

Общие рекомендации по осуществлению присмотра и ухода за детьми- инвалидами

Содержание:

- 1) Термины и определения, сокращения.
- 2) Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии.
- 3) Обеспечение соблюдения детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами дошкольного и школьного возраста личной гигиены и режима.
- 4) Примерные обязанности лица, осуществляющего уход и присмотр за ребенком- инвалидом.
- 5) Общие рекомендации при помощи в подготовке домашних заданий детей – инвалидов.
- 6) Особенности сопровождения детей с нарушениями зрения.
- 7) Особенности сопровождения детей с нарушениями слуха.
- 8) Особенности присмотра и ухода за детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
- 9) Особенности сопровождения ребенка с интеллектуальными нарушениями.
- 10) Особенности сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.
- 11) Особенности организации присмотра и ухода с тяжелыми множественными нарушениями развития.
- 12) Список используемой литературы.

Термины и определения, сокращения

- альтернативная и дополнительная коммуникация (АДК): различные средства общения, специальные методики, специальные системы коммуникации, которые разрабатывают для детей, у которых по каким-то причинам отсутствует или затруднена звучащая речь;
- адресность: принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах;
- дополнительная коммуникация: использование специальных средств коммуникации в дополнение к устной речи;
- визуальная и тактильная поддержка: символы, помогающие ребенку ориентироваться в пространстве, времени, последовательности событий или действий;
- депривация: психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение длительного времени;
- жизненные компетенции: навыки, знания и умения, а также способы их применения, которые необходимы ребенку для максимально возможного независимого и самостоятельного функционирования;
- инвалид: лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты;
- инвалидность: социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты; результат взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и барьерами (отношенческими и средовыми), которые

мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими;

- **ребенок с ОВЗ:** физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий;
- **позиционирование:** подбор безопасных поз и режима их смены для ребенка с двигательными нарушениями, препятствующих появлению вторичных осложнений;
- **психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК):** комиссия, созданная в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей для своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей, подготовки по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций;
- **психолого-педагогический консилиум (ППК)** является одной из форм взаимодействия руководящих и педагогических работников организации, осуществляющей образовательную деятельность, с целью создания оптимальных условий обучения, развития, социализации и адаптации обучающихся посредством психолого-педагогического сопровождения;
- **привязанность:** эмоциональная связь между ребенком и основным заботящимся о нем лицом;
- **развивающая среда:** физические и психологические условия в окружении ребенка для его эмоционально-личностного и когнитивного развития, для появления у него новых способов взаимодействия с миром,

расширения возможностей адаптации и саморегуляции;

- развивающий уход: подход к уходу и сопровождению детей, в процессе которого, помимо задачи непосредственного физического ухода за ребенком, перед лицом, осуществляющим уход, стоят задачи установления эмоциональных отношений и развития способностей и возможностей подопечного, в том числе развития собственной активности ребенка; профилактики и преодоления сенсорной, двигательной, социальной и других форм депривации, развития коммуникативных способностей ребенка, стимуляции двигательного развития, формирования навыков самообслуживания и участия в повседневных бытовых процедурах, развития самовосприятия и формирования образа себя;
- ребенок-инвалид: лицо в возрасте до 18 лет, признанное в установленном порядке инвалидом;
- социальная интеграция (интеграция в социуме, в обществе): двусторонний процесс, направленный на социальную адаптацию ребенка или взрослого с нарушениями развития к общей системе социальных отношений и взаимодействий, а также на перестройку общества в соответствии с нуждами и потребностями таких людей;

Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии

У детей с отклонениями в развитии обычно наблюдается более низкая работоспособность ЦНС, поэтому они, прежде всего, нуждаются в достаточной продолжительности сна. От 1 года до 3-4 лет ребенок должен спать не менее 14-15 часов в сутки. Надо помнить о больших индивидуальных различиях в работоспособности ЦНС этих детей. Поэтому при отклонениях в развитии, сочетающихся с общей физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может удлиняться. В этих случаях решать вопрос о продолжительности сна следует только с врачом.

Для детей с отклонениями в развитии крайне важно, чтобы все промежутки дня между кормлениями, сном, гигиеническими и лечебными процедурами, а также специальными занятиями были заняты доступной и интересной для них деятельностью.

Дети с отклонениями в развитии часто отличаются повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних дыхательных путей. Они хуже, чем здоровые сверстники, приспосабливаются к изменяющимся условиям внешней среды и прежде всего к температурным и атмосферным изменениям.

При изменении погоды, особенно атмосферного давления самочувствие многих из них ухудшается:

они становятся более беспокойными, плаксивыми, раздражительными, жалуются на головные боли, у некоторых из них пропадает аппетит, появляется вялость, сонливость. Поэтому особенно важное значение имеет укрепление их общего здоровья. Одним из таких способов является закаливание организма, которое необходимо начинать с раннего возраста. Выбор способа закаливания зависит от характера заболевания, возраста и индивидуальных особенностей ребенка. Закаливание детей первых лет жизни осуществляется главным образом в процессе повседневного ухода за

ребенком. Детей постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе, к умыванию прохладной водой, к ношению облегченной одежды. Как средства закаливания применяются обтирания, обливания.

Солнечные ванны как средство закаливания для детей с ранним органическим поражением ЦНС в первые годы жизни применять не рекомендуется. Это связано с тем, что у многих из них имеется склонность к повышению внутричерепного давления, иногда повышенная судорожная готовность и возбудимость ЦНС.

Для всех детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеют специальные занятия по развитию их моторики, особенно по развитию координации движений, функции равновесия, по коррекции прямохождения, ходьбы, развитие ритма и пространственной организации движений.

У многих детей с отставанием в развитии нарушен ритм выполнения движений. Это особенно часто наблюдается у детей с двигательными и речевыми расстройствами. Поэтому важно научить ребенка согласовывать свои движения с заданным ритмом. Для этого с малышом полезно проводить специальные задания под счет, хлопки, музыку. Выполнение движений в заданном ритме не только улучшает моторику ребенка, но и активизирует его внимание, повышает эмоциональный тонус ребенка, соответствует его речевому развитию.

У детей с отклонениями в развитии обычно недостаточно развиты такие физические качества как ловкость, скорость, сила и выносливость. Поэтому с ними крайне важно выполнять специальные упражнения, формирующие основные двигательные навыки и умения и способствующие развитию физических качеств. К таким упражнениям относятся ходьба, бег, прыжки, лазание, а также различные действия с предметами и игрушками. Малыша важно как можно раньше научить захватывать различные по объему, форме и весу предметы, манипулировать ими, а также узнавать их на ощупь с закрытыми глазами.

Если ребенок вялый, малоподвижный, не стремится к самостоятельной деятельности, его надо постоянно заинтересовывать, стимулировать к игре и двигательной активности, предлагая доступные для него задания. Детям с повышенной отвлекаемостью полезно предлагать задания, требующие организованности и выдержки.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии неразрывно связано с укреплением его здоровья.

Прежде всего, следует наладить режим его сна и питания. Не следует приучать ребенка спать на руках у матери. Это допустимо в самых исключительных случаях, например, когда малыш болен. Укладывать ребенка спать следует в одно и то же время. Если у него с большим трудом вырабатывается биологический ритм «сон-бодрствование» и он не спит ночью, а предпочитает спать днем, попробуйте не укладывать его днем. Перед ночным сном с ребенком полезно погулять, поиграть в спокойные, тихие игры; не следует перед сном возбуждать его ласками, дарить новые игрушки, читать новые книжки. Играть лучше в одну и ту же игру или читать хорошо знакомую и любимую им книжку. Взрослый, который укладывает малыша спать, должен быть как можно более спокоен.

Малыша с двигательными нарушениями, особенно с детским церебральным параличом, следует переворачивать во сне с одного бока на другой. Если ребенок спит на животе, его головка должна быть повернута в сторону. Если это не так, необходимо следить, чтобы ночью он не спал на животе.

Если малыш спит больше нормы, не волнуйтесь, помните, что его нервная система очень слабая и нуждается в отдыхе.

Если у ребенка судороги, следует быть к нему особенно внимательным во время ночного сна; хорошо, если кто-то из членов семьи спит с малышом в одной комнате.

Некоторые дети с отклонениями в развитии могут, не просыпаясь, кричать по ночам, иногда даже вставать и ходить по комнате.

Если эти состояния довольно регулярны, то есть возникают в одно и то же время после засыпания и особенно если в это время ребенок мочится, родителям обязательно следует посоветоваться с врачами, поскольку в этих случаях может потребоваться специальное лечение.

При кормлении ребенка следует обратить внимание на то, как он усваивает различные виды пищи. Некоторые дети, отстающие в психомоторном развитии, могут иметь различные врожденные нарушения обмена веществ, в связи с чем, они не усваивают различные продукты, например, молоко, сахар, белковую пищу. Во всех этих случаях необходимо как можно раньше обратиться к врачу и строго придерживаться назначенной им диеты.

**Обеспечение соблюдения детьми с ОВЗ и
детьми-инвалидами дошкольного и школьного возраста
личной гигиены и режима дня включает:**

- организацию прогулок, спортивного часа и отдыха детей;
- возможность организации дневного сна и зон отдыха;
- организацию самоподготовки (приготовление домашних заданий);
- организацию занятий по интересам, физкультурно-оздоровительные мероприятия;
- обучение навыкам личной гигиены (уходу за кожей, волосами, одеждой, обувью).

Примерные обязанности лица, осуществляющего уход и присмотр за ребенком- инвалидом:

1. Обеспечение сопровождения инвалида.
2. Оказание технической помощи в позиционировании, перемещении и передвижении, получении информации и ориентации.

3. Оказание технической помощи в обеспечении коммуникации, в том числе с использованием коммуникативных устройств, планшетов, средств альтернативной коммуникации.

4. Оказание помощи в использовании технических средств реабилитации (изделий) и обучения.

5. Оказание помощи в ведении записей, приведении в порядок рабочего (учебного) места и подготовке необходимых принадлежностей.

6. Оказание помощи в самообслуживании и соблюдении санитарно-гигиенических требований обучающимся.

Лицо, осуществляющее уход должно решать задачи не только непосредственного физического ухода и присмотра за ребенком, но и установления эмоциональных отношений и развития способностей и возможностей ребенка, в том числе развития его собственной активности, профилактики и преодоления сенсорной, двигательной, социальной и других форм депривации, развития коммуникативных способностей ребенка, стимуляции двигательного развития, формирования навыков самообслуживания и участия в повседневных бытовых процедурах.

Например:

- помогает перемещаться в пространстве квартиры (дома) или на придворовой территории;
- помогает в техническом использовании средств коммуникации (планшета, карточек, наушников и т.д.);
- помогает в использовании технических средств реабилитации или перемещения (например, при использовании лифта, подъемных платформ, тренажеров);
- помогает организовать рабочее место для приготовления домашних заданий;
- помогает в приеме пищи, в уходе за собой (если ребенок не может это делать сам).

Общие рекомендации, которые важны при организации сопровождения большинства детей с ОВЗ:

- дети с ОВЗ – очень уязвимые дети, особо нуждающиеся в спокойной, доброжелательной, безопасной обстановке;
- любому ребенку, а ребенку с ОВЗ особенно, важно правильно выстроить режим дня. Важны четкая структура проведения занятий, фиксированность и ритуальность частей, «свобода в рамках структуры». Обучение грамотному распределению времени является важным аспектом сопровождения;
- им требуются особые условия при подготовке к урокам, в том числе адаптация учебного материала с учетом особенностей развития;
- для всех детей, а для детей с ОВЗ особенно, крайне важны похвала, положительная оценка достижений и успехов, представление положительной перспективы, повышение самооценки;

Сопровождающим ребенка с ОВЗ, необходимо как можно больше узнать об особенностях и возможностях ребенка: собрать рекомендации специалистов (рекомендации Психолого- медико- педагогической комиссии), проанализировать ситуацию в семье.

Кроме информации, которую можно получить у родителей, педагогов, педагогов-психологов, учителей-дефектологов, чрезвычайно важно выделить время, для того чтобы самим понаблюдать за ребенком. Надо отметить, что ребенок может делать сам, что делает с некоторой помощью, где ему требуется значительная помощь, а что он совсем не может делать.

Оценив предстоящую деятельность ребенка, можно предположить, где, когда, в каких делах ребенку потребуются помощь, специальное оборудование и другие условия.

Дети, которые используют вспомогательные приспособления, например слуховые аппараты, или зависят от специального оборудования, могут рассказать об этом другим детям, на совместных мероприятиях с другими детьми показать, как они работают.

Общие рекомендации при помощи в подготовке домашних заданий детей – инвалидов могут сводиться к следующим моментам:

В связи с тем что общий темп обучения у ребенка с ОВЗ снижен, ему необходимо предоставлять больше времени, более широкий спектр возможностей для выполнения заданий, модифицировать их, исходя из его потребностей.

Отдельные виды домашних упражнений и заданий, объемные тексты следует упростить, придать другую структуру, по-другому сформулировать, сократить или разбить на несколько частей, на этапы работы над ними.

Умение хорошо обобщать, придавать учебному материалу структуру, выделять основное и второстепенное является важным вспомогательным средством для гражданина, осуществляющего уход за ребенком.

Особое внимание надо уделять возможности восприятия материала по различным сенсорным каналам, активно используя дополнительные пособия, образы, схемы, интерактивные технические средства.

Повторяемость задания, его детализация и постоянство предъявляемых инструкций обеспечивают цельность восприятия.

Часто требуется дополнительное объяснение содержания задания, проверка его понимания. На вопрос: «Все ли понятно?» – ребенок с ОВЗ чаще ответит утвердительно, даже если он ничего не понял. Следует обязательно проверить, как понято домашнее задание. Время, затраченное на проверку понимания инструкции или требования, окупается с лихвой при выполнении работы или ответе.

Динамичная смена видов деятельности в рамках одного занятия при подготовке к урокам позволяет преодолевать истощаемость психических процессов, удерживать функцию активного внимания и формировать активную позицию ребенка в различных ситуациях.

Необходимо планировать двигательные разминки и специальные релаксационные упражнения, использовать и обучать самого ребенка приемам саморегуляции.

При общении с ребенком важно разговаривать громким четким голосом, простыми словами и короткими предложениями; обращать внимание воспитанников на важные сообщения, повторять важные мысли.

Необходимо стремиться к тому, чтобы ребенок с ОВЗ был включен в совместную деятельность со сверстниками. Поощряйте ситуации взаимодействия: совместная игра важна для социального включения.

Ребенку с ОВЗ важно научиться спрашивать и принимать помощь от взрослых и сверстников.

Ребенок с ОВЗ может привыкнуть к особому отношению, в результате он может проявлять эгоизм, бесцеремонность, требовать к себе повышенного внимания. Это может создать барьер между ним и сверстниками.

Необходимо найти баланс, избежать противопоставления детей друг другу, основываясь на признании равенства всех детей и ценности каждого из них.

Учите его адекватным способам выражения эмоций; заменяйте постепенно непродуктивные способы (крик, попытки порвать книжку, ударить и т.д.) на социально приемлемые (спрятать руки за спину, отвернуться, сказать «не хочу»).

Взаимодействие с родителями и окружением ребенка является залогом обучения, социальной адаптации и эффективности любого коррекционно-развивающего воздействия. Родители являются наиболее важным звеном в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком с ОВЗ: только семья может закрепить у ребенка полученные новые знания и умения.

Постепенно уменьшайте ваше участие и ждите большего от ребенка.

Будьте терпеливы, не торопите его. Учитесь ждать, пока он справится сам.

Не помогайте излишне, поощряйте самостоятельность, формируйте у ребенка активную жизненную позицию, веру в себя и свои силы.

Особенности сопровождения детей с нарушениями зрения.

Зрительное нарушение – это острота зрения менее 0,3 на лучший глаз с коррекцией и/или поле зрения менее 15 градусов.

Различают следующие типы детей с нарушением зрения:

- слепые/незрячие дети (острота зрения на лучшем видящем глазу от 0,01 до 0,04);
- слабовидящие дети (острота зрения на лучшем видящем глазу при коррекции от 0,05 до 0,2);
- дети с косоглазием и амблиопией (с остротой зрения менее 0,3).

При отсутствии зрения возникает некоторое общее отставание в развитии слепого ребенка по сравнению с развитием зрячего, что обусловлено меньшей активностью при познании окружающего мира. Это проявляется в области как физического, так и умственного развития.

Периоды развития слепых детей не совпадают с периодами развития зрячих.

До того времени пока слепой ребенок не выработает способов компенсации слепоты, представления, получаемые им из внешнего мира, будут неполны и отрывочны и ребенок будет развиваться медленнее.

Функции и стороны личности, которые менее страдают от отсутствия зрения (речь, мышление и т.д.), развиваются быстрее, хотя и своеобразно, другие (движения, овладение пространством) – медленнее. Отсутствие зрительного контроля над движениями осложняет формирование координации.

У слепых и слабовидящих детей отмечают изменения в сфере внешних эмоциональных проявлений. Все выразительные движения (кроме вокальной мимики) при глубоких нарушениях зрения ослаблены.

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, координации; ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии.

Значительно страдает восприятие (полнота, точность и скорость отображения). Правильно отражаются лишь некоторые, часто второстепенные признаки объектов, в связи с чем образы искажаются. Информация, получаемая слабовидящим, с помощью остаточного зрения становится более полной, если поступает в комплексе с осязательной.

Чрезвычайно важен слуховой анализатор. Нарушения восприятия накладывают отпечаток на развитие мышления и речи, так как эти психические функции развиваются на основе представлений о предметах и явлениях окружающей среды.

Для слепых и слабовидящих детей память имеет особенно важное значение, так как большое количество информации им приходится хранить в памяти.

У детей с нарушениями зрения в начале обучения могут возникнуть специфические затруднения в овладении навыками чтения и письма. Дети не видят строк, путают сходные по начертанию буквы, что мешает овладению техникой чтения, пониманию содержания читаемого. Смешение цифр по начертанию препятствует овладению процессами счета и решению задач.

В обычных условиях обучения дети не видят написанного на доске, в таблице, у них быстро наступает утомление и снижение работоспособности.

У детей потеря зрения приводит к сдерживанию в формировании активной позиции, снижению уровня самостоятельности, появлению замкнутости, необщительности. При гиперопеке со стороны взрослых наблюдается снижение устремлений ребенка к самопроявлению в элементарных формах самообслуживания, в дальнейшем возникают осложнения в формировании личности.

У слепых и слабовидящих детей отмечают изменения в сфере внешних эмоциональных проявлений. Все выразительные движения (кроме вокальной мимики) при глубоких нарушениях зрения ослаблены. Зная эти особенности детей с нарушением зрения и их причины, необходимо создать наиболее благоприятные условия.

Заранее выясните, какие особенности у вашего подопечного, его режим зрительной или тактильной работы, режим физических нагрузок. Поговорите со специалистами, родителями, ознакомьтесь с рекомендациями медиков.

Организация пространства главная задача, поэтому для комфортного проживания ему надо помочь именно в этом плане. Ребенок должен знать основные ориентиры комнаты, место, где проводится подготовка к занятиям, путь к кровати. В связи с этим не следует менять обстановку и место ребенка.

Помните, маршрут, который у зрячего не вызовет ни малейших затруднений, от слепого потребует мобилизации и напряжения всех жизненных сил, затраты нервной энергии, времени. Ребенку сложно ориентироваться и в малом пространстве.

Вход в здание. Обязательно нужны перила. Перила должны быть по обеим сторонам лестницы на высоте 50 см. Удобнее всего перила круглого сечения с диаметром не менее 3–5 см. Длина перил должна быть больше длины лестницы на 30 см с каждой стороны. Начало и окончание перил надо пометить тактильными ориентирами.

Внутреннее пространство. Вдоль коридоров можно сделать поручни по всему периметру, для того чтобы человек мог, держась за них, ориентироваться при передвижении по зданию. Еще одним способом облегчения ориентации инвалида по зрению внутри помещения может являться разнообразное рельефное покрытие полов

– при смене направления меняется и рельеф пола. Это могут быть и напольная плитка, и просто ковровые дорожки.

Еще одним решением проблемы передвижения по лестнице слабовидящего или незрячего ребенка могут быть тактильные ориентиры для лестниц и коридоров (обозначение на ощупь). Желательно, чтобы предметы мебели обозначены табличкам, которые должны быть написаны крупным шрифтом контрастных цветов или были таблички с надписью шрифтом Брайля.

Можно использовать звуковые ориентиры по сопровождению незрячего ребенка в здании (в начале и в конце коридора, обозначение этажа).

Кухня. У ребенка с нарушениями зрения должно быть свое постоянное место, которым будет пользоваться только он. Также желательно, чтобы это место находилось в непосредственной близости от прохода с поручнем.

Для слабовидящего ребенка важно выбрать оптимально освещенное рабочее (учебное) место, где ему максимально видно предметы. Желательно, чтобы пособия, которыми пользуется ребенок, были не только наглядными, но и рельефными, чтобы они смогли их потрогать.

Разговаривать с ребенком с нарушением зрения должны более медленно, ставить вопросы четко, кратко, конкретно, с тем чтобы ребенок мог осознать их, вдуматься в содержание. Не следует торопить их с ответом, дать 1–2 минуты на обдумывание. Необходимо создавать опору на другие модальности. Ребенок может учиться через прикосновения или слух с прикосновением трогать предметы.

Особое внимание следует уделять точности высказываний, описаний, инструкций, не полагаясь на жесты и мимику. Игровой материал должен быть крупный, соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор – меньше кочана капусты и т.п. Размещать демонстрационный материал нужно так, чтобы он не сливался в единую линию, пятно.

Не забывайте о важности общения со сверстниками. У слабовидящих детей часто недостает игровых, ролевых и коммуникативных умений. Постарайтесь придумать и организовать совместные игры во время досуговых мероприятий, продумайте работу ребенка в парах. Во время мероприятий и при выполнении домашних заданий помогайте, описывайте происходящее, называйте участников общения по именам.

Особенности сопровождения детей с нарушениями слуха.

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота).

Глухота – наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Глухие дети – это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным. Среди глухих, рано потерявших слух, есть дети, которые не приобрели речевых навыков или утратили их. По этому признаку глухие дети делятся на две категории:

- глухие без речи (ранооглохшие);
- глухие, сохранившие речь (позднооглохшие).

Тугоухость – стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми. Группа слабослышащих детей также неоднородна. В зависимости от степени понижения слуха и других факторов она весьма разнообразна по уровню речевого развития детей. Для педагогических целей слабослышащие дети школьного возраста делятся на две категории:

- 1) слабослышащие дети, обладающие развитой речью с небольшими ее недостатками;
- 2) слабослышащие дети с глубоким речевым недоразвитием.

Нарушение слухового восприятия и возникающее в результате этого нарушение речевого общения создают своеобразие в психическом развитии ребенка, страдающего слуховым дефектом. Ребенок без речи (при глухоте с раннего возраста) или с недоразвитой речью может не понимать обращенную к нему речь, объяснения взрослого, окружающую его речь, он может не

понимать прочитанного текста. Он подчас оказывается лишенным возможности выразить даже самую элементарную мысль.

Степень развития речи зависит не только от степени слухового дефекта, но и от времени возникновения последнего. Самое незначительное понижение слуха, возникшее в очень раннем возрасте, может привести к задержке развития речи, к ее дефектному развитию, – и в то же время частичное снижение слуха, возникшее после 3 лет, может оставить речь в значительной мере сохранной. Степень развития речи зависит и от тех педагогических условий, в какие ребенок с нарушением слуха был поставлен после возникновения слухового дефекта. Если для ребенка, только что потерявшего слух, создаются специальные условия в детском саду, специальном учреждении или дома, если его рано обеспечивают звукоусиливающей аппаратурой, обучают чтению с губ, исправляют ошибки, допускаемые им в речи, ведут беседы на доступном ему словаре, то речь его, естественно, развивается лучше. Уровень речевого развития ребенка с нарушением слуха зависит также от его индивидуальных особенностей.

Более активные, живые, общительные дети говорят лучше, чем вялые и замкнутые.

Важно помнить, что функционирование слухового анализатора находится в прямой зависимости от уровня развития речи. Чем богаче речь, тем легче пользоваться неполноценным слуховым анализатором для ее восприятия. Только хорошо владеющий речью может догадаться о тех недостающих элементах воспринимаемой речи, которые он не мог расслышать.

Для детей с нарушениями слуха очень важно развивать речевые навыки!

Нарушение слуха (первичный дефект) приводит к недоразвитию речи (вторичный дефект) и к замедлению или специфичному развитию других функций, связанных с пострадавшей (восприятие, мышление, внимание, память), что и тормозит психическое развитие в целом.

У многих детей с нарушениями слуха отмечаются некоторая дискоординация движений, неуклюжесть и неловкость их походки.

Необходимо помнить, что двигательные ощущения для глухих – средство самоконтроля, база, на которой формируется устная речь. Восприятие информации ребенком с нарушением слуха происходит на слухозрительной основе, постоянно задействованы оба анализатора.

Ребенок с сохранным слухом может одновременно слушать и писать, слабослышащий ребенок испытывает значительные трудности в распределении внимания.

У детей с нарушением слуха образная память развита лучше, чем словесная. Уровень развития словесной памяти зависит от лексического запаса слабослышащего ребенка, ему требуется гораздо больше времени на запоминание.

Плохослышащий ребенок не всегда понимает эмоциональные проявления окружающих в конкретных ситуациях, следовательно, не знает, как сопереживать, нередко неадекватно реагирует.

Ребенок с нарушением слуха может использовать непривычные, излишние с точки зрения сверстников невербальные средства для привлечения внимания собеседника (взять за руку, постучать по плечу, подойти очень близко, заглядывать, смотреть в рот и т.д.), что воспринимается слышащими как проявление агрессивности («неагрессивная агрессивность»).

Заранее выясните, какие особенности у вашего подопечного: глухой или слабослышащий; пользуется ли ребенок слуховыми аппаратами (в дальнейшем нужно это контролировать); каким количеством слуховых аппаратов он слухопротезирован (при смешанной форме нарушения слуха слуховой аппарат может быть на одном ухе); каким ухом ребенок лучше слышит и т.д. Слуховой аппарат или кохлеарный имплант не разрешают все проблемы ребенка.

Нормально слышащие дети не всегда могут правильно воспринимать и интерпретировать поведение плохо слышащих сверстников. Детям нужно

объяснить, что слуховая аппаратура требует бережного отношения и что она может только ограниченно компенсировать понижение слуха.

Дети с нарушениями слуха предпочитают играть в небольших группах, сидеть в тихом месте.

Основным способом восприятия устной речи для детей с нарушенным слухом является слухозрительное восприятие речи, когда они видят лицо, губы говорящего и «слышат» его с помощью слуховых аппаратов. Во время подготовки к урокам и досуговых мероприятий необходимо учитывать эту особенность. Слабослышащий должен иметь возможность видеть говорящего. Старайтесь не поворачиваться к слабослышащему спиной; делая важные сообщения, смотрите на ребенка. Важно следить за тем, чтобы плохо слышащий ребенок быстро отыскивал взглядом говорящего и быстро переводил взгляд с одного говорящего на другого. Это должно стать осознанной необходимостью для ребенка. Говорите чуть медленнее, не повышайте голоса, не утрируйте артикуляцию, не искажайте ритм и интонацию.

Значение имеет и место расположения говорящего: восприятие речи собеседника, располагающегося спиной к источнику света, спиной или боком к ребенку, негативно скажется на понимании речи. Особенности «слуховых» возможностей ребенка (неисправность слухового аппарата, неполное «слышание») и участие в разговоре двух или более собеседников также являются дестабилизирующими факторами при восприятии речи.

Слабослышащему ребенку надо дать почувствовать, что ему нет необходимости делать вид, что он хорошо слышит. Важно не скрывать имеющегося нарушения и ни в коем случае не стесняться пользоваться слуховым аппаратом.

Ребенок с нарушениями слуха часто не понимает интонации, он должен видеть эмоции. Но необходимо контролировать степень проявления эмоций, для того чтобы ребенок не испугался и не закрылся.

Дети с нарушениями слуха недостаточно улавливают эмоциональные оттенки, тонкости коммуникации, интонации. Требуется дополнительная работа, уточняющая и углубляющая эту сторону познания.

Не выключайте ребенка из игры и общения, не спешите объяснять или действовать за него. В любой ситуации отдавайте приоритет самостоятельному действию.

Каждая ситуация должна быть ситуацией общения в контексте осуществления какого-то общего дела, действия. Поэтому каждое новое слово, для того чтобы включиться в активную речь детей, должно мотивироваться конкретной ситуацией дела.

Создайте широкий спектр возможностей для выполнения заданий, поручений.

Лицу, осуществляющему присмотр и уход часто следует дополнять речь другого говорящего, опираясь на другие модальности, в частности используя наглядные пособия, рисунки, символные карты. Дополняйте информацию таким образом, чтобы ребенок мог ее воспринимать обязательно с использованием своего зрения.

Во время беседы или при выполнении задания используйте способы оперативной помощи ребенку с нарушением слуха: повторите фразу, напишите ключевое или непонятое слово, напишите всю фразу. Письменная речь служит серьезным вспомогательным средством для организации общения и обучения особенно глухого ребенка.

Важно подчеркнуть, что функционирование слухового анализатора находится в прямой зависимости от уровня развития речи. Чем богаче речь, тем легче пользоваться неполноценным слуховым анализатором для ее восприятия. Только хорошо владеющий речью может догадаться о тех недостающих элементах воспринимаемой речи, которые он не мог расслышать. Используйте любую возможность, чтобы развивать речевые навыки.

Если речь ребенка нечеткая, старайтесь не ограничивать его во времени, создайте условия для того, чтобы ребенок мог высказаться.

Помогайте ему правильно использовать лексику и грамматические конструкции, поощряйте его высказывания.

Старайтесь по возможности исправлять речь подопечного. В ваших силах указать на неправильное выражение и тут же дать образец правильного: заменить неудачное слово, исправить падежное окончание обязательно в условиях словосочетания, а не в изолированном слове, показать место словесного ударения. Ошибками в звукопроизнесении должен заняться специалист. Но если ребенок сказал что-то невнятно, если его не поняли, нужно попросить его повторить сказанное («Скажи лучше») или (если вы все-таки догадались, что он имел в виду) написать то, что он сказал: при чтении дети даже с плохим произношением всегда говорят лучше. Необходимо контролировать, что ребенок правильно понял сказанное. Спрашивайте, проверяйте, поощряйте вопросы.

Особенности присмотра и ухода за детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – НОДА).

Дети с НОДА – широкая и неоднородная группа, основной характеристикой которой являются задержки формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций (врожденные или рано приобретенные). Двигательные расстройства характеризуются нарушениями координации, темпа движений, ограничением их объема и силы, что приводит к невозможности или частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и пространстве.

Развитие движений тесно связано с развитием других навыков, поэтому ребенку с НОДА трудно не только учиться двигаться, но и развиваться в других важных областях: игре, общении, самообслуживании.

Детей с НОДА условно можно разделить на 2 категории:

1. Дети, у которых нарушения обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы (большинство

составляют дети с ДЦП). ДЦП возникает из-за повреждения тех частей центральной нервной системы, которые «отвечают» за управление движениями, но могут быть повреждены и другие отделы мозга, управляющие другими функциями. В этом случае у ребенка будут сопутствующие нарушения (нарушения зрения, слуха; особенности формирования и развития психических функций). Особое место в клинике ДЦП занимают речевые расстройства. Частыми у детей с ДЦП являются нарушения письменной речи – дисграфии и дислексии.

У детей с ДЦП нарушена пространственная ориентация. Это проявляется в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое.

Характер и тяжесть двигательных нарушений, возможные нарушения зрения и слуха определяют качественные особенности восприятия и переработки любой сенсорной информации, задержку темпа и сроков формирования сложных функций, основанных на интеграции сенсорной информации (зрительно-моторной координации и др.).

Особенности зрительного восприятия характеризуются изменением темпа восприятия, фрагментарностью и недифференцированностью, слабостью ориентировочно-зрительных реакций и зрительного внимания (трудностями фиксации взгляда и удержания его на объекте, зрительного прослеживания за объектом/предметом). У детей с преимущественным поражением правых или левых конечностей наблюдается выпадение или значительное ограничение полей зрения, что не только затрудняет формирование сложных зрительно-моторных координаций, но и в значительной степени определяет трудности формирования первичных форм зрительной коммуникации (контакта «глаза в глаза»).

Особенности слухового восприятия характеризуются неустойчивостью ориентировочно-поисковых слуховых реакций. Ребенок не всегда

ориентируется на источник звука, испытывает затруднения в определении направленности и силы звучания, в различении контрастных звучаний.

Внимание и память имеют ряд особенностей. Часто страдают произвольность внимания, его устойчивость и переключаемость. Ребенок с трудом и на короткое время сосредоточивается на предлагаемом объекте или действии, часто отвлекается. Требуется дополнительное время для переключения внимания с одного вида деятельности на другой. Объем воспринимаемой информации в единицу времени, как правило, сужен.

Память может быть нарушена в системе одного анализатора (зрительного, слухового, двигательного-кинестетического). Мыслительные процессы характеризуются инертностью, низким уровнем операции обобщения. Часто отмечается эмоциональная лабильность. В клинике детского церебрального паралича важное место занимают разнообразные речевые расстройства. В качестве ведущих специалисты выделяют дизартрию (расстройство произносительной стороны речи, при котором расстройства артикуляции сочетаются с нарушениями голоса и дыхания) или анартрию (отсутствие звучащей речи).

2. Дети с собственно ортопедической патологией, не имеющие выраженных нарушений интеллектуального развития. У некоторых детей несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть парциально нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления. Дети данной категории нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

В помещениях, где проживает ребенок с НОДА, должна быть создана «безбарьерная» архитектурная среда, позволяющая пользоваться всеми инфраструктурами и помещениями.

В соответствии с рекомендациями врача-ортопеда / инструктора ЛФК определяются правила посадки и передвижения ребенка; специальные

приспособления, правильная мебель. В помещении желательно предусмотреть следующие условия:

- пространство для передвижения коляски;
- место для отдыха;
- вертикализатор;
- медицинскую кушетку с клиновидными подставками;
- наклонные парту.

При ДЦП безопасным является положение ребенка в рефлекс-запрещающих позициях (позы, которые придают для снижения активности патологических рефлексов и нормализации мышечного тонуса), с фиксацией конечностей и головы, с частой сменой положения (с интервалом в 10–15 минут). То есть ребенку важно находиться в стабильной позе, при которой влияние тонических рефлексов было бы минимальным.

Ребенок с двигательными нарушениями должен иметь возможность передвигаться по помещениям тем способом, которым он может; говорить и писать так, как позволяют его моторные возможности.

Дидактические материалы

Особые образовательные потребности ребенка с НОДА вызывают необходимость специального подбора учебного и дидактического материала, позволяющего эффективно осуществлять процесс подготовки к урокам: использование учебников и учебных материалов, наглядно-дидактического, иллюстративного материала, речевых упражнений в сочетании с другими приемами (пояснениями, указаниями, вопросами); знаково-символического моделирования (создание моделей и их использование в целях формирования представлений о структуре объектов, об отношениях и связях между элементами этих объектов); вербальных средств коммуникации, применение невербальных средств коммуникации.

Альтернативными (невербальными) средствами коммуникации могут являться: специально подобранные предметы; графические/печатные

изображения (тематические наборы фотографий, рисунков, пиктограмм и др., а также составленные из них индивидуальные коммуникативные альбомы);

электронные средства (устройства видеозаписи, электронные коммуникаторы, речевые тренажеры, планшетный или персональный компьютер с соответствующим программным обеспечением и вспомогательным оборудованием и др.).

Вышеперечисленные и другие средства могут и должны использоваться для развития вербальной коммуникации, для которых она становится доступной.

Организация образовательной деятельности при подготовке домашних заданий

Для облегчения процесса письма можно использовать следующие приспособления:

- насадка на ручку;
- массажный мячик (мячик вкладывается в руку ребенка и помогает
- удерживать позу руки при письме);
- удерживающая резинка (с помощью этого нехитрого приспособления также можно помочь удерживать позу руки при письме);
- тренажер для письма;
- ограничители строки;
- дополнительная разлиновка тетрадей;
- образец написания букв;
- специальные прописи для детей с моторными трудностями.

Вся учебно-воспитательная и коррекционная работа осуществляется в условиях тесной взаимосвязи и слаженной работы воспитателя (учителя, специалиста) и лица, осуществляющего присмотр и уход.

Важным компонентом при организации и проведении занятий и мероприятий с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата является создание условий для их адаптации и социализации.

Обязательным условием является соблюдение индивидуального ортопедического режима. В соответствии с рекомендациями врача-ортопеда, инструктора ЛФК определяются правила посадки и передвижения ребенка с использованием технических средств реабилитации; рефлекс-запрещающие позиции (поза, которую взрослый придает ребенку для снижения активности патологических рефлексов и нормализации мышечного тонуса) обеспечивают максимально комфортное положение ребенка в пространстве и возможность осуществления движений.

Для каждого ребенка рекомендуются наиболее адекватные позы. Нужно следить за тем, чтобы ребенок не сидел в течение длительного времени с опущенной вниз головой, согнутыми спиной и ногами. Это приводит к стойкой патологической позе, способствует развитию сгибательных контрактур коленных и тазобедренных суставов. Для того чтобы этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы его ноги были разогнуты, стопы стояли на опоре, а не свисали, голова и спина были выпрямлены.

Соблюдение ортопедического режима позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

Важным условием также является организация работы по формированию навыков самообслуживания, гигиены, социально-бытовой ориентации у детей с двигательными нарушениями. При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации необходимо учитывать наличие у детей с церебральным параличом целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности недостаточность пространственных представлений.

Наличие у детей выраженных проблем двигательного характера делает необходимым использование действий по подражанию, пассивно-активных и

совместных действий, продумывание специального содержания деятельности детей.

Особое внимание уделяется формированию движений, обеспечивающих технику письма (обучение работе на компьютере, оснащенный специальными приспособлениями).

Речевые возможности ребенка с НОДА во многом зависят не только от клинических проявлений заболевания (гипертонуса, гипотонуса, дистонии, гиперкинезов, апраксии), но и от его эмоционального состояния, положения тела и головы в пространстве, внешних влияний (сенсорных и эмоциональных раздражителей). Важнейшей составляющей коммуникативного поведения является усвоение и практическое использование доступных ребенку коммуникативных средств: системы «контакта глазами», пантомимических (жесты, мимика, пантомимика), паралингвистических (вокализы, интонация), речевых. В специально организованных коммуникативных ситуациях ребенок с НОДА учится выражать свое состояние, просьбы, желания, сопровождать и оценивать свои действия, предметы (объекты) взаимодействия, передавать впечатления об увиденном и прожитом, планировать на будущее и др.

Условия восприятия и понимания ребенком обращенной речи:

- краткость и выразительность обращения (инструкции, просьбы, комментария, сообщения);
- заданное количество повторений, обращение в медленном темпе, с выделением пауз для ожидаемой реакции ребенка; сочетание речевых стимулов с невербальными (жестом, пантомимикой, показом действия);
- любая инструкция, вопрос должны начинаться с обращения к ребенку, установления зрительного контакта (глаза в глаза), с тем чтобы привлечь и удержать его внимание;
- стимуляция доступной ребенку речи в различных коммуникативных ситуациях: при выражении просьбы, желания, недовольства или удовлетворения, в условиях организованного предметно-манипулятивного взаимодействия.

В ситуации коллективного взаимодействия речевое высказывание ребенка с НОДА организуется с помощью приема сопряженной речи (хорового или парного проговаривания с другими детьми), пения (произнесения нараспев с интонационным выделением гласных), послогового проговаривания слова (фразы) с фиксацией каждого слога доступным движением руки (тела). В том случае, если речь ребенка малопонятна или практически недоступна, используются технологии невербальной коммуникации (карточки, предметы).

По мере овладения ребенком практическими действиями необходимо сокращать объем оказания помощи – от полного сопровождения всей операции (цепочки действий) к отдельным действиям, а также изменять характер помощи – от неречевого (действий, предметов, жестов) к речевому (прямому указанию ошибки или оценке действия, поощрению). Предлагая ребенку помощь, нужно фиксировать, способен ли он использовать ее полностью или частично, насколько при этом улучшается результативность его действий.

Особенности сопровождения ребенка с интеллектуальными нарушениями.

Задержка психического развития (ЗПР) – это темповое отставание у детей развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания.

Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

Диагностика ЗПР проводится коллегиально комиссией в составе медицинских специалистов, педагогов и психологов. Дети с задержкой психического развития нуждаются в специально организованном

коррекционно-развивающем обучении и медицинском сопровождении. Задержка психического развития представляет собой обратимые нарушения интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер, сопровождающиеся специфическими трудностями в обучении. Число лиц с ЗПР достигает 15–16% в детской популяции. ЗПР является в большей степени психолого-педагогической категорией, однако в ее основе могут лежать органические нарушения, поэтому данное состояние также рассматривается медицинскими дисциплинами – прежде всего педиатрией и детской неврологией.

Поскольку развитие различных психических функций у детей происходит неравномерно, обычно заключение «задержка психического развития» устанавливается детям-дошкольникам не ранее 3 лет, но иногда и в процессе школьного обучения.

Нарушения интеллекта у детей с ЗПР носят легкий характер, однако затрагивают все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь. Восприятие у ребенка с ЗПР фрагментарно, замедленно, неточно. Отдельные анализаторы работают полноценно, однако ребенок испытывает трудности при формировании целостных образов окружающего мира. Лучше развито зрительное восприятие, хуже – слуховое, поэтому объяснение учебного материала детям с ЗПР должно сочетаться с наглядной опорой. Внимание у детей с задержкой психического развития неустойчиво, кратковременно, поверхностно. Ситуации, связанные с концентрацией, сосредоточенностью на чем-либо, вызывают затруднения.

В условиях переутомления и повышенного напряжения обнаруживаются признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания. Память у детей с задержкой психического развития характеризуется мозаичностью запоминания материала, слабой избирательностью, преобладанием наглядно-образной памяти над вербальной, низкой мыслительной активностью при воспроизведении информации.

У детей с задержкой психического развития более сохранно наглядно-действенное мышление; более нарушенным оказывается образное мышление

ввиду неточности восприятия. Абстрактно-логическое мышление невозможно без помощи взрослого.

Дети с ЗПР испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением; не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы. Состояние неполного умственного развития характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, определяющих общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него. Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизированными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков. Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности. При легкой степени интеллектуального расстройства, несмотря на видимую задержку развития, дети в дошкольном возрасте в состоянии усвоить навыки общения и самообслуживания. Вероятны некоторые трудности обучения в школе. К позднему подростковому возрасту при благоприятных условиях они могут частично осваивать программу 5–6-х классов обычной школы и в дальнейшем справляться с посильной работой, не требующей навыков абстрактного мышления, жить и вести хозяйство самостоятельно, нуждаясь в наблюдении и руководстве лишь в ситуациях серьезного социального или экономического стресса. Многие взрослые будут в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения и

вносить вклад в общество. Умеренная степень характеризуется заметным отставанием в развитии с детства, но большинство может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки.

Взрослые будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе. При тяжелой форме (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3–6 лет) вероятно необходимость постоянной поддержки. В дошкольном периоде дети, как правило, неспособны к самообслуживанию и общению. Только в подростковом возрасте при систематическом обучении оказываются возможными ограниченное речевое и невербальное общение, освоение элементарных навыков самообслуживания.

В некоторых случаях при систематической тренировке возможно формирование некоторых навыков самообслуживания, что требует постоянного сопровождения и ухода. Элементарное общение возможно лишь на невербальном уровне.

У части детей интеллектуальная недостаточность является вторичной, обусловленной нарушениями так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевых и других компонентов формирующейся личности.

У всех детей с умственной отсталостью не сформирована готовность к школьному обучению. Это проявляется в незрелости функционального состояния центральной нервной системы (слабость процессов торможения и возбуждения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании связей между анализаторами) и служит одной из причин того, что они с трудом овладевают навыками чтения и письма, часто путают буквы, сходные по начертанию, испытывают трудности при самостоятельном воспроизведении текста. В целом у них не сформированы нужные для усвоения программного материала умения, навыки и знания, которыми нормально развивающиеся дети обычно овладевают в дошкольный

период. Им трудно соблюдать принятые в школе нормы поведения. Они испытывают трудности в произвольной организации деятельности: они не умеют последовательно выполнять инструкции учителя, переключаться по его указанию с одного задания на другое. Испытываемые ими трудности усугубляются ослабленностью их нервной системы: они быстро утомляются, работоспособность их падает, а иногда просто перестают выполнять начатую деятельность.

Многочисленные исследования показали, что дети с интеллектуальными нарушениями характеризуются не соответствующим возрасту недостаточным развитием внимания, восприятия, памяти, недоразвитием личностно-деятельностной основы, отставанием в речевом развитии, низким уровнем речевой активности, замедленным темпом становления регулирующей функции речи.

Всем детям свойственно снижение внимания. Исследования психологов выявили у большинства детей неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия, пространственные и временные нарушения, недостаточность планирования и выполнения сложных двигательных программ. Таким детям нужно больше времени для приема и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений. Особенно ярко это проявляется в сложных условиях (например, при наличии одновременно действующих речевых раздражителей, имеющих значимое для ребенка смысловое и эмоциональное содержание). Одной из особенностей восприятия таких детей является то, что сходные качества предметов воспринимаются ими как одинаковые (овал, к примеру, воспринимается как круг).

У этой категории детей недостаточно сформированы пространственные представления: ориентировка в направлениях пространства осуществляется на уровне практических действий, затруднено восприятие перевернутых изображений, возникают трудности при пространственном анализе и синтезе

ситуации. Развитие пространственных отношений тесно связано со становлением конструктивного мышления.

При сопровождении детей с интеллектуальными нарушениями в группе продленного дня необходимо учитывать ряд рекомендаций:

- ставьте вопросы, инструкции четко, кратко, для того чтобы ребенок смог осознать их, вдуматься в содержание. Не торопите с ответом, дайте время на обдумывание;
- привлекайте различные виды деятельности – игровую, трудовую, предметно-практическую, учебную – для повышения уровня умственного развития;
- для того чтобы избежать быстрого переутомления, целесообразно переключать ребенка с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий;
- при смене видов деятельности или задания убедитесь, что ребенок вас понял;
- рационально используйте разнообразный наглядный материал. Это позволит создать полисенсорную основу, повысить мотивацию к усвоению различных навыков, используйте для каждого ребенка необходимые ему наглядные опоры (например, заведите тетрадь, в которой он фиксирует именно то правило, которое плохо усваивает);
- поддерживайте и поощряйте любое проявление детской любознательности и инициативы;
- используйте разнообразные педагогические меры по отношению к ребенку: интересы детей с интеллектуальными особенностями, как правило, имеют узкую направленность, малоустойчивы; найти нужную меру воздействия удастся не всегда сразу – одна и та же мера нередко теряет силу в связи с адаптацией ребенка к ней;

- оценивайте успешность ребенка в зависимости от темпа его продвижения к более высокому уровню знаний, к познавательной самостоятельности;
- проявляйте особый такт с детьми с интеллектуальными нарушениями: необходимо замечать и поощрять малейшие успехи детей, развивать в них веру в собственные силы и возможности, поддерживать положительный эмоциональный настрой;
- не замечайте нежелательных действий, если ребенок делает это с целью привлечь внимание;
- хвалите и уделяйте внимание тогда, когда поведение соответствует желаемому.

Особенности сопровождения детей

с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС).

Детский аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушений психического развития, связанных с социальным взаимодействием, с социальной коммуникацией, нарушениями воображения и символической игры.

РАС – это целый ряд нарушений развития, характеризующихся различными проявлениями своеобразия эмоциональной, волевой и когнитивной сфер, поведения в целом. Самые легкие из них (при синдроме Аспергера и «мягких» вариантах раннего детского аутизма) характеризуются трудностями коммуникации, невозможностью считывания эмоционального и социального контекста ситуации и т.д. Наиболее тяжелые проявляются в отрешенности, невозможности осознания других людей, отсутствии реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразном характере поведения, наличии большого количества стереотипий, аффективных вспышек и других поведенческих нарушениях.

По классификации О.С. Никольской все разнообразие детей с ранним детским аутизмом может быть условно отнесено к четырем группам:

Для детей 1-й группы характерны проявления полевого поведения:

ребенок отрешен, не вступает в контакт, но в то же время может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, часто отсроченно по времени.

При попытке взрослого вмешаться в действие ребенок или пассивно уходит от контакта, или не реагирует вовсе.

Со слов родителей, ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить – но вызвать такое повторение произвольно практически не удастся.

Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций также чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно может прочитать название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п.

Дети, отнесенные ко 2-й группе, более напряженные, скованные в движениях, демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения.

Речь – эхολаличная и стереотипная, часто не связанная по смыслу с происходящим. Контакт с ребенком часто носит абсолютно формальный характер, скорее по поводу предмета, а не с человеком. При этом вмешаться в деятельность ребенка можно лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым.

Третья группа детей с РАС в речевом отношении может опережать сверстников: первые слова у них нередко появляются до года, быстро растет словарь, речь удивляет своей взрослостью. Уже в возрасте до трех лет для ребенка характерны длинные монологи на аффективно значимые для него темы, использование штампов и цитат. Речь оторвана от конкретной ситуации. Родители обращаются за помощью не вследствие отставания в общем развитии ребенка, а в связи с трудностями во взаимодействии с таким

ребенком: с его конфликтностью, невозможностью с его стороны уступить, непониманием им правил социума в целом, резкой дезадаптацией в среде сверстников. Часто они не чувствуют подтекста ситуации, проявляют большую социальную наивность.

Дети моторно неловки, отмечаются нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство.

Наблюдаются проблемы с произвольной регуляцией. Критичность таких детей также снижена. Отмечается своеобразие познавательной и мыслительной деятельности. Внешне таких детей можно охарактеризовать как эмоциональных, упорных, активных и энергичных, хотя их преимущественно речевая активность носит своеобразный аутостимуляционный характер. На самом деле и эти дети уязвимы по отношению к неожиданным изменениям ситуации, подвержены страхам, их тревога проявляется в «активных» формах. Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, хотя в быту именно с близкими у него складываются непростые, зачастую «провокационные» отношения. Именно этим детям психиатрами часто выставляется диагноз «синдром Аспергера».

Для детей 4-й группы характерны чрезвычайная пугливость (особенно в контактах), ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослых. Родители, приходящие с такими детьми, чаще жалуются не на трудности эмоционального контакта, а на задержку психического развития в целом. Дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы своего поведения в обществе. Однако это происходит на фоне трудностей восприятия и эмоциональной оценки выражения лица, что значительно усложняет адаптацию детей. Они не в состоянии понять чувства другого человека, встать на его место.

Они замедлены в своей деятельности, застревают в ней и быстро утомляются. Работают они, как правило, тщательно, будто бы боясь что-либо

сделать неправильно. Поощрение часто вызывает ускорение их деятельности.

На фоне волнения и неуверенности у них часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии.

Специфично и восприятие такого ребенка: часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, часто имеются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Наблюдаются и трудности в понимании сложных речевых конструкций, метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов.

Отмечаются повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, наличие страхов, в частности страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого, звука. Почти всегда наблюдается сверхзависимость ребенка от матери, реже от какого-либо другого, близко связанного с ним человека.

Особенностью этого варианта развития являются огромные трудности организации продуктивного взаимодействия с окружающими при одновременном наличии выраженной потребности в общении.

Родители таких детей чаще всего претендуют на обучение ребенка в массовой школе.

Лицо, сопровождающее ребенка с расстройствами аутистического спектра, должно учитывать следующее:

- важно, чтобы ребенок заранее познакомился с человеком, который будет осуществлять присмотр и уход (постепенно: интенсивность контактов сначала должна быть строго дозированной, а общение – четко организованным);
- как правило, процесс адаптации ребенка с РАС к любым изменениям является длительным и нестабильным. Для ребенка важна продолжительность контактов (относится прежде всего к воспитателю и тьютору);

- нужно дозировать аффективные контакты с ребенком, так как может наступить пресыщение, – тогда даже приятная ситуация становится для ребенка дискомфортной и может разрушить уже достигнутое.
- кроме того, у ребенка должно быть достаточно свободного времени в одиночестве, для того чтобы он смог восстановиться после чрезмерной стимуляции;
- наблюдение и фиксация поведения могут помочь определить причину неадекватного поведения и подсказать те действия, которые его скорректируют;
- можно создать группу друзей, которые могли бы помогать и служить положительной моделью поведения в ситуациях общения, игровой деятельности или во время подготовки домашних заданий;
- как и другим детям с ОВЗ (возможно, в большей степени), ребенку с РАС необходима четкая и подробно разработанная организация жизни (порядок и ритуал).
- но сохранение сложившихся форм взаимодействия не означает жесткой фиксации. Ребенку можно помочь стать более гибким, не разрушая, а постепенно усложняя и развивая усвоенный им порядок взаимодействия, вводя в него все больше возможных вариаций; для такого ребенка должна быть продумана организация досуговых мероприятий, так как организация свободного спонтанного общения со сверстниками для него более трудна, чем структурированная ситуация;
- ребенку с аутизмом необходимы постоянная поддержка взрослого, его ободрение, с тем чтобы перейти к более активным и сложным отношениям с миром. Здесь необходимо умение чувствовать настроение ребенка, понимать его поведение. В процессе работы в поведении аутичного ребенка выявляются стимулы, на которые необходимо опираться;
- общение с ребенком должно осуществляться негромким голосом, в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом.

- Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений. Не следует обращаться к нему с прямыми вопросами или настаивать на продолжительности выполнения задания в случае отказа. Одежда взрослого должна быть темных тонов, и в ней должно быть постоянство – это поможет ребенку привыкнуть к ним; при трудностях с удержанием внимания поддержку может оказать продуманная организация наглядного материала, способствующая его удержанию и произвольному переключению;
- аутичным детям наиболее доступны схемы, и именно на них необходимо опираться при выполнении заданий, поручений;
- обращайтесь к ребенку по имени как можно чаще, чтобы он знал, что вы обращаетесь к нему. Обращайте его внимание на важные послания, говорите, например, так: «смотри, слушай внимательно»;
- избегайте вопросов типа «Зачем ты это сделал?», потому что аутичный ребенок не способен объяснить причину своего поступка и вербально выразить свои желания. Ребенку требуется специальное обучение для понимания и объяснения другим людям причин своих действий. Старайтесь задавать аутичному ребенку такие вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка;
- не пытайтесь ускорить разговор, не перебивайте, не торопите и не поправляйте ребенка во время ответов.

Особенности организации присмотра и ухода

с тяжелыми множественными нарушениями развития.

В Российской Федерации разработан ГОСТ Р 70190-2022 «Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги по осуществлению развивающего ухода за детьми-инвалидами», действие которого распространяется на услуги по осуществлению развивающего ухода государственными, муниципальными и иных форм собственности организациями социального обслуживания, а также образовательными,

медицинскими, реабилитационными организациями и гражданами, оказывающими услуги по уходу за детьми-инвалидами».

Услуги по развивающему уходу предоставляют следующим категориям:

1. С тяжелыми множественными нарушениями развития – специфическое состояние психофизического развития вследствие органического поражения ЦНС, при котором совокупность нарушений интеллекта, поведения, коммуникации, движения, сенсорных функций (в частности – зрения и слуха) существенно препятствует развитию самостоятельной жизни и деятельности человека в обществе. Выявляется значительная неоднородность группы детей с ТМНР по количеству, характеру, выраженности различных первичных и последующих нарушений в развитии, специфике их сочетания. Чаще всего у них встречаются следующие проблемы:

- интеллектуальные нарушения характерны для большинства детей с ТМНР. Степень интеллектуальных нарушений может быть различной: от легких до тяжелых и глубоких. Даже при сохранном интеллекте, как правило, наблюдается выраженная задержка развития. Двигательные нарушения также часто встречаются у детей с ТМНР. Выраженность двигательных проблем варьирует от моторной неловкости и сложностей с формированием предметных действий до тяжелых опорно-двигательных нарушений, характеризующихся неспособностью самостоятельно удерживать свое тело в сидячем положении и выполнять произвольные движения;
- нередко наблюдаются нарушения зрения или слуха (иногда и их сочетание), от незначительных проблем до полной потери;
- эпилепсия диагностируется у многих детей с ТМНР. Части детей удается подобрать противосудорожную терапию, однако встречаются и некупируемые формы эпилепсии;
- могут присутствовать также расстройства аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы;

- особенности сенсорной интеграции, которые могут проявляться в виде гиперчувствительности и защитных реакций по отношению к определенным стимулам или в виде активного поиска специфических ощущений. Это может выглядеть как необычное и непонятное поведение;
- различные соматические заболевания также могут влиять на развитие ребенка.

Важно понимать, что ТМНР представляют собой не сумму различных ограничений, а сложное качественно новое явление с иной структурой, отличной от структуры каждой из составляющих. Различные нарушения влияют на развитие человека не по отдельности, а в совокупности. В связи с этим ребенку требуется значительная помощь, объем которой существенно превышает размеры поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении. От объема и качества получаемой помощи напрямую зависят степень самостоятельности ребенка и возможности его участия в жизни общества.

Вне зависимости от структуры дефекта все дети с тяжелыми и множественными нарушениями в той или иной степени нуждаются во взрослом, который, с одной стороны, возьмет на себя физический уход или помощь в самообслуживании, а с другой – станет посредником во взаимодействии между ребенком и внешним миром.

2. Со значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, особенно в сочетании с выраженными нарушениями языковых и речевых функций. Они не способны самостоятельно поддерживать позу сидя, ползать на четвереньках, стоять и ходить, даже при отсутствии других нарушений нуждаются в развивающем уходе. Таким детям может быть сложно понять происходящее и выстроить адекватную картину мира из-за того, что они не могут посмотреть в нужную сторону, поскольку не могут обернуться, не могут понаблюдать за деятельностью, поскольку не могут оказаться в том

месте, где происходит что-то интересное. Если ребенок не перемещается самостоятельно, он не может получить опыт обследования пространства, новые сенсорные впечатления. Из-за моторных трудностей нередко дети не могут говорить, даже если они понимают речь, вследствие чего взаимодействие с этими детьми затрудняется. Бывает сложно выяснить, что ребенок понимает, что знает.

3. С выраженными нарушениями психических функций. К нарушениям психических функций относят нарушения сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций, речи, последовательных сложных движений. Группа детей с выраженными нарушениями психических функций достаточно разнородна. В ней можно выделить две подгруппы: дети с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы и дети с выраженными нарушениями интеллекта. У детей с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы затруднен контакт с внешним миром и другими людьми. Дети мало откликаются на попытки взаимодействия с ними, не интересуются деятельностью других людей. У них могут присутствовать проявления агрессии, аутоагрессии, стереотипного или полевого поведения, из-за чего они нуждаются в постоянном присмотре. Как правило, у детей с выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы есть сложности с развитием навыков самообслуживания, а также бытовых навыков. Отсутствие коммуникации и сотрудничества делает практически невозможным определение уровня их интеллектуального развития. Очевидно, что таким детям необходима специальная помощь для установления эмоционального контакта, развития коммуникации, формирования образа себя и саморегуляции, обучения навыкам самообслуживания.

Дети с выраженными интеллектуальными нарушениями, как правило, отличаются очень низким темпом восприятия, формирования ответа и обучения. Им сложно понять обычную речь, сложно уловить связи между явлениями, сложно спланировать и организовать деятельность. При обучении таким детям требуется большое количество повторов и постоянство внешних условий, даже при освоении самых простых навыков.

4. С выраженными врожденными или рано приобретенными нарушениями зрения, слуха или слепоглухотой. Большую часть информации об окружающем мире человек получает благодаря зрению. Слух играет очень большую роль в формировании речи и с ее помощью – в систематизации опыта и получении новых знаний от других людей. Если у ребенка отсутствуют или сильно поражены оба этих канала восприятия, особенно если эти нарушения возникли с рождения или в раннем возрасте, ему сложно адаптироваться в мире, установить контакт с другими людьми, освоить коммуникацию, язык, навыки самообслуживания, бытовой и трудовой деятельности. В случае, когда такие дети получают грамотную поддержку, они могут научиться общаться, читать и писать с помощью шрифта Брайля и стать достаточно самостоятельными.

Как правило, таким детям при реализации соответствующих адаптированных программ обучения, в том числе СИПР, ПМПК в качестве специальных образовательных условий рекомендует ассистента (приказ Минтруда России от 12 апреля 2017 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта “Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья”»).

Присмотр и уход необходимо выстраивать на принципах развивающего ухода:

- уважение личности ребенка, т.е. принятие ребенка со всеми присущими ему особенностями, внимательное отношение к его чувствам и потребностям, предоставление возможности свободного выбора и личной

самостоятельности. При взаимодействии с ребенком с ТМНР необходимо учитывать его возможности и давать ему время ими воспользоваться, а также помогать в расширении их границ, какими бы они ни были изначально;

- принцип индивидуального подхода, т.е. учет индивидуальных особенностей, интересов и потребностей ребенка на всех этапах оказания психолого-педагогической помощи: при постановке ее целей, при планировании необходимых для ее реализации мероприятий, технологии помощи, при оценке динамики развития ребенка и в ежедневном взаимодействии с ним;

- принцип ориентированности на формирование основных жизненных компетенций, т.е. целью психолого-педагогической помощи ребенку с ТМНР является становление навыков, которые применимы в повседневной жизни, а также предпосылок элементарной трудовой деятельности. При этом важно, чтобы у ребенка формировалось на доступном для него уровне понимание значения и смысла происходящего. Большая часть работы проводится не в форме занятий с заданиями, а в обычных бытовых ситуациях. Показателем успешности работы являются изменения в реальной жизни, причем не только появление сформированного навыка, но и повышение вовлеченности ребенка в те или иные виды деятельности;

- принцип развития собственной активности ребенка. Активность ребенка заключается в возможности проявлять инициативу и принимать участие в осуществлении ежедневной деятельности. Повышение собственной активности ребенка, переход от объектной к субъектной позиции в значимых для него сферах жизни рассматривается как приоритетная цель в развитии;

- принцип социальной интеграции. Для успешного развития дети с ТМНР должны приобретать социальный опыт, доступный их сверстникам: занятия адаптированной физкультурой и спортом, прогулки на детских площадках, участие в культурных и досуговых мероприятиях и т.д.;

- принцип комплексного воздействия. В течение дня развивающие среды (в которых ребенку предлагается освоить что-то новое как на уровне

приобретения знаний или навыков, так и на уровне решения задач либо адаптации к новым условиям, саморегуляции, выработки новых форм поведения) должны сменяться комфортными (среда, где ребенок испытывает физический комфорт, состояние отдыха, отсутствие новых задач, связанных с адаптацией либо приобретением навыков), для того чтобы ребенок мог отдохнуть и восстановиться. В связи с высокой истощаемостью и небольшими возможностями обработки и усвоения информации ребенок с ТМНР в среднем в течение дня должен большую часть времени находиться в комфортной среде, попадая в развивающую среду не слишком часто и ненадолго.

Создание баланса между комфортными и развивающими средами для конкретного ребенка – это отдельная задача, она может решаться только в результате совместного обсуждения индивидуальной программы ребенка. Факторы, которые необходимо учитывать при создании комфортной среды для ребенка с тяжелыми нарушениями развития:

1. Удовлетворенность базовых физиологических потребностей. Контроль за режимом сна, диетой и чувство сытости. Здесь важно учитывать рекомендации, родителей, законных представителей, постоянно взаимодействующих с ребенком.

2. Стабильная и удобная поза. Это особенно важно для детей с двигательными нарушениями, которые не могут самостоятельно регулировать и менять положение своего тела. Стабильная и удобная поза может облегчить боль, уменьшить или снять дискомфорт, дать возможность ребенку участвовать в различных событиях.

3. Оптимальная влажность, чистота и температура воздуха. Для каждого ребенка эти показатели индивидуальны. Это связано как с особенностями, так и с привычками ребенка (например, если ребенок привык находиться в помещении, где постоянно поддерживается температура воздуха +24 °С, то для него пребывание в более холодном помещении будет дискомфортным).

4. Размер помещения. Размер помещения может оказывать влияние на то, насколько комфортно чувствует себя ребенок. И это также индивидуально, как и другие условия среды. Например, для многих детей с ТМНР, особенно при нарушенном зрении, может быть дискомфортно нахождение в большом пространстве. Такой ребенок может сопротивляться, если его пытаются переместить из кровати на пол, отказываться ползать и ходить.

5. Сенсорная насыщенность. Звуки, освещенность, поверхности, цвет стен, запахи и т.п. Важно, чтобы в окружении ребенка не было тех сенсорных стимулов, которые вызывали бы у него дискомфорт. Также существенную роль играет интенсивность стимула. Необходимая ребенку интенсивность ощущений зависит от индивидуальной чувствительности. Например, для гиперчувствительных детей естественные звуки могут быть слишком громкими. Другим детям, в частности слабослышащим, наоборот, доступны только громкие звуки. Освещение в помещении также необходимо подбирать индивидуально.

У многих людей вызывает дискомфорт мерцающий свет ламп дневного света или яркий свет, направленный в глаза (в такую ситуацию нередко попадают дети, лежащие на спине при включенном верхнем свете). Некоторым детям с нарушениями зрения свойственна светобоязнь в целом: такие дети могут щуриться или прикрывать глаза. При этом слабовидящим детям бывает недостаточно обычной освещенности помещения, обеспечиваемой дневным светом. Им нужен дополнительный свет ламп общего освещения или местный свет, направленный на зону деятельности или на отдельные предметы.

Какие сенсорные стимулы для ребенка оптимальны – вопрос очень индивидуальный, и их необходимо учитывать. Следует внимательно наблюдать за ним, чутко отслеживать реакции, проходить через пробы и ошибки, с тем чтобы сделать сенсорную среду комфортной.

Например, ребенку, который не переносит громких звуков, в шумных местах могут помочь наушники или беруши.

6. Отношения с близкими взрослыми. Выстраивание и развитие отношений с близкими взрослыми очень важно для любого ребенка. Необходимо стремиться к постоянству окружающих людей и не допускать ежедневной сменяемости. Присмотр и уход за детьми должно осуществлять ограниченное число лиц.

7. Количество людей в помещении. Многим детям с ТМНР сложно, когда в комнате много людей. Это может быть связано с повышенным уровнем шума и большим количеством мелких событий (один человек чихнул, другой что-то сказал, третий перешел с места на место, четвертый подвинул со скрипом стул и т.д.). Все эти события не требуют непосредственного реагирования и многими людьми вообще не замечаются, однако ребенку с ТМНР или ребенку с эмоционально-волевыми трудностями может быть сложно понять, какие из происходящих событий значимы, а какие нет, какие звуки что обозначают, есть ли в них какая-то угроза. Из-за этого ему сложно сфокусировать свое внимание (это пример стрессогенной среды), либо начинают нарастать эмоции возбуждения, ощущение хаоса и т.п. Критерии комфортного для ребенка количества людей – его спокойствие, включенность в общение или деятельность, а также оценка общего состояния ребенка, если в присутствии других людей он также расслаблен, как и один на один с близким взрослым, – значит эта ситуация является для него комфортной.

8. Коммуникация. Для создания комфортной среды необходимо, чтобы окружающие понимали, что хочет сказать ребенок, реагировали на его сигналы. Нередко бывает, что ребенок с ТМНР не может выразить свое мнение понятным другим людям способом. Это может сильно расстраивать его и быть причиной частых истерик. Во многих случаях взаимопонимание и общение можно наладить с помощью методик альтернативной или дополнительной коммуникации (АДК).

9. Содействие когнитивному развитию в процессе развивающего ухода. Содействуя ребенку в когнитивном развитии, ухаживающие взрослые должны решать следующие задачи:

- предоставление ребенку возможностей для получения разнообразного сенсорного опыта, профилактика сенсорной и моторной депривации;
- формирование представлений об окружающем мире, свойствах и функциях объектов, а также формирование у ребенка символических и языковых понятий, обозначающих эти свойства;
- формирование у ребенка умения использовать объекты окружающего мира в своих целях;
- формирование у ребенка умения использовать возможности своего тела во взаимодействии с объектами окружающего мира для достижения задуманного результата;
- освоение причинно-следственных связей между событиями, а также других мыслительных операций (сравнение, сериация, нахождение взаимно-однозначных соответствий и проч.).

В обязательном порядке в помещении необходимо выделить место для отдыха и, по возможности, использовать сенсорно-интегративную стратегию – обеспечить возможности и оборудование, с тем чтобы комфортно лежать, качаться, прыгать, в том числе на батуте, залезать на возвышения, в темное тихое место, пространство, обжимающее со всех сторон (например, гамак из тянущейся ткани или коробка, в которую ребенок может поместиться целиком, ощущая границы поверхности и своего тела, и др.); следует подобрать материалы для тактильной стимуляции (возможности для контакта с водой, крупами, полужидкими субстанциями). В то же время, несмотря на когнитивные нарушения и своеобразные интересы, которые могут быть у детей с ТМНР, культурное содержание и формы предлагаемой занятости, деятельности и материалов должны, с одной стороны, соответствовать возрасту и полу (гендеру) ребенка, а также

социальным ожиданиям по отношению к детям данного возраста и местной культуры, а с другой стороны – быть адаптированы к возможностям понимания и участия ребенка с ТМНР.

Для когнитивного развития необходима визуальная поддержка в помещениях. Визуальная поддержка – это использование средств АДК и различного рода надписей или иных форм маркирования объектов для того, чтобы облегчить пользователям ориентировку в пространстве, времени, событиях, правилах поведения, а также чтобы упорядочить свою деятельность. В зависимости от состояния и особенностей ребенка, а также доступных ему средств коммуникации визуальные опоры могут быть представлены в форме предметов-символов, барельефов, фото-, цветowych и/или тактильных указателей, а также схематичных изображений. Важно, чтобы для каждого ребенка была выбрана доступная ему форма предъявления визуальной поддержки: для кого-то это будут предметы в ячейках или на карточках; для кого-то – фотографии предметов; для кого-то цветные картинки, для кого-то – черно-белые. Как правило, к любым символам принято добавлять подписи печатным шрифтом или шрифтом Брайля, если освоение чтения находится в зоне ближайшего или актуального развития ребенка. Это поможет ребенку, которому трудно понимать обращенную речь, разобраться в происходящем, сделает мир понятнее и, следовательно, доступнее для исследования.

Визуальная поддержка:

- помогает осваивать символы, обозначающие предметы, действия и события;
- помогает упорядочивать предметы и пространство, находить нужное;
- дает представление о времени и последовательности событий (см. визуальные расписания);
- учит планировать деятельность и действовать по плану;
- развивает регуляцию эмоций; помогает сформировать самоконтроль (за счет улучшения ориентировки в пространстве, времени и событиях при

использовании визуальных опор снижается тревожность, ребенок учится распределять свое время, силы, деньги и т.п.);

- позволяет составить четкую структуру рутин и событий дня, отдельного занятия, а также осваивать новые комплексные навыки в индивидуальном ритме.

Формы визуального расписания:

- визуальная опора «сначала – потом»: простейшее расписание, состоящее из двух граф с подписями «сначала» и «потом», под которыми располагаются два события: действие, которое необходимо выполнить сначала, и поощрение, которое можно получить после выполнения действия;

- последовательность событий: расписание, которое демонстрирует последовательность предстоящих событий (например: умыться, одеться, позавтракать, пойти гулять...);

- поведенческая цепочка: визуальная последовательность действий, которые необходимо выполнить, для того чтобы достигнуть целевого результата (например, цепочка «мыть руки»: поднять рукава, открыть кран, намочить руки, взять мыло, мылить руки, смыть мыло под краном, закрыть кран, вытереть руки полотенцем);

- календарь: таблица с датами, в которую можно внести предстоящие события и последовательность событий в течение дня;

- визуализация времени – отображение временных промежутков с помощью наглядных средств: таймеров, календарей и проч.

Особое внимание необходимо уделять использованию детьми технических средств реабилитации, если они у ребенка есть: правильно перемещать в инвалидное кресло-коляску и из нее, использовать укладки и другие средства позиционирования при необходимости, внимательно относиться к ношению ребенком очков и слуховых аппаратов (следить за их пригодностью и гигиеной) и т.д. Кроме того, для слабовидящих детей использовать укрупненный текст и соблюдать другие рекомендации, предусмотренные для этой категории детей и т.д.

Список используемой литературы:

1. РЗ6 Рекомендации по вопросу осуществления присмотра и ухода за обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, детьми-инвалидами в группах продленного дня. – М.: МГППУ, 2023. – 78 с.
2. Информационно-методический сборник для специалистов - Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Под редакцией А.Л. Битовой, директора РБОО «Центр лечебной педагогики», О.С. Бояршиновой, канд. биол. Наук. Москва 2017 г.
3. ГОСТ Р 70190-2022 «Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги по осуществлению развивающего ухода за детьми-инвалидами», действие которого распространяется на услуги по осуществлению развивающего ухода государственными, муниципальными и иных форм собственности организациями социального обслуживания, а также образовательными, медицинскими, реабилитационными организациями и гражданами, оказывающими услуги по уходу за детьми-инвалидами.
4. Методические рекомендации по обучению родителей основам организации ухода за детьми-инвалидами. Составители: Зуева Ю.Ю.- медицинский психолог Калитеевский А.Е. – зав.отделением Зайцев С.И. – юрисконсульт. ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского