

Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение
«Сланцевский центр социального обслуживания несовершеннолетних
«Мечта»»

**Современные психолого-педагогические методики
и подходы в работе с детьми-инвалидами с ТМНР**

методическое пособие

для педагогов

составитель: А.И.Ковалевская,
специалист по реабилитации инвалидов

Сланцы
2020

Особенности психолого-педагогического обследования детей с ТМНР

Психолого-педагогическая диагностика детей с ТМНР отличается по задачам и методам от комплексного обследования этой категории лиц на психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Ведущей задачей ПМПК является выявление отклонений в развитии, определение их характера и выбор оптимального образовательного маршрута (дифференциальная диагностика).

Психолого-педагогическая диагностика реализует задачу всестороннего качественного анализа особенностей познавательной и игровой деятельности, коммуникативной и эмоционально-волевой сфер, пространственной и социально-бытовой ориентировки, личностного развития.

Изучение ребёнка на ПМПК осуществляется с использованием унифицированного набора стандартизованных экспериментальных методик, тестов, других методических средств. Основным методом психолого-педагогической диагностики детей с ТМНР – динамическое наблюдение за их поведением и деятельностью как в специально организованной, так и в обычной повседневной среде.

Содержание психолого-педагогической диагностики обеспечивает оценку готовности детей с ТМНР к самостоятельной повседневной деятельности в основных жизненных областях (М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко, И.Н. Миненкова, В.В. Радыгина, Е.А. Якубовская). В силу этого в процессе диагностики изучается уровень сформированности моторных, познавательных, коммуникативных, бытовых, трудовых, социальных, досуговых, регуляторных умений.

При проведении психолого-педагогической диагностики ребенка с ТМНР следует учитывать ряд специфических *требований*:

1. При подборе диагностических заданий необходимо предусматривать, что дети с ТМНР лучше всего воспринимают задачи, решение которых связывается с вполне ощутимой пользой для них (еда, выделительная функция, защита). Диагностические задания должны включать ребёнка в привычные для него виды деятельности.
2. Для установления контакта с ребёнком с ТМНР следует определить свойственную ему стереотипную манеру поведения (привязанность к специфическим и нефункциональным действиям и ритуалам) и подключиться к ней.
3. Учитывая своеобразие речевого развития таких детей экспериментальные диагностические методики должны представлять собой сочетание вербальных и невербальных заданий. В большинстве случаев следует использовать невербальные методики.
4. При подборе диагностических заданий следует исходить из того, насколько они будут доступны для выполнения, учитывая сочетания нарушений у детей, степень их тяжести. Особое внимание следует уделять способам предъявления заданий (показ, использование табличек с текстом заданий или названий предметов, словесно-жестовая форма объяснений, словесное устное объяснение).
5. Речь экспериментатора в процессе предъявления диагностических заданий должна быть дозированной и умеренной, нужно стараться избегать непрерывного потока слов.
6. Следует адаптировать стимульный материал в соответствии с познавательными, зрительными и двигательными возможностями ребёнка: величина, форма, объёмность, цвет, контрастность.

7. Предпосылкой результативного выполнения диагностических заданий является обеспечение удобного положения тела. Гармоничное мускульное напряжение способствует целенаправленному восприятию и двигательной активности: использование поддерживающих приспособлений: кольцо для руки, фиксатор для головы, вертикализатор или стойка, стол с вырезом, наклонная доска для лежания на животе, подтяжки и пояс для груди для детей с гипотонусом.

8. Диагностика не проводится при плохом функциональном состоянии ребёнка, ребенок не должен испытывать голод, жажду, боль и другие неприятные ощущения.

9. При попытке выполнении диагностических заданий используется позитивное подкрепление, следует знать, какая стимуляция ребёнку приятнее всего.

10. Полученные результаты следует подвергать количественному и качественному анализу. Последнему отдается предпочтение.

11. Отмечается особенность поведения ребенка, его контактность, отношение к неудачам, восприятие похвалы

Имеющиеся методические наработки в области диагностического изучения детей различных категорий при необходимости модифицировались в целях адекватного применения при обследовании детей с комплексными нарушениями (А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард; С.Д. Забрамная; И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева; М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, А.А. Семенович; Е.А. Стребелева; С.Я. Рубинштейн и др.).

Диагностические программы для детей с комплексными нарушениями развития, составленные М.В. Жигоревой, И.Ю. Левченко включают в себя следующие разделы:

1. Медицинское обследование и изучение семейного анамнеза.

2. Изучение социального развития детей: характер взаимодействия ребенка с окружающими; коммуникативные навыки; навыки самообслуживания; игровые навыки.

3. Исследование психического развития: конструктивного праксиса; пространственных представлений; особенностей восприятия; мнестической деятельности; мыслительной деятельности; особенностей внимания; моторных возможностей; речевого развития.

Для оценки уровня социального развития детей с комплексными нарушениями используются предложенные Т.В. Николаевой, Е.А. Стребелевой и другими исследователями шкалы навыков социального развития.

В работах М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко и др. описана диагностика коммуникативных способностей детей с ТМНР.

Она включает в себя следующие блоки информации:

– какие моторные и когнитивные возможности (предпосылки) есть у человека?

– как общался человек до настоящего момента?

– насколько сильна у него заинтересованность в коммуникации?

– какие условия, влияющие на коммуникацию человека, существуют в его семье, школе?

Более детальная диагностика коммуникативных возможностей детей включает изучение следующих вопросов: актуальная для ребенка система коммуникации; языковые аспекты коммуникации; когнитивные способности и понимание речи; сенсорные аспекты коммуникации; эмоциональные и психосоциальные аспекты коммуникации.

Введение

В настоящее время в реабилитации детей – инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями развития применяются зарубежные методики, а также активно разрабатываются отечественные модели, программы и методы работы с детьми, имеющими комплексные нарушения развития. В качестве примеров можно привести методики ранней помощи детям от 0 до 3 лет, в том числе РЕКiP, методика двигательного развития П. Лаутеслахера; различные методы альтернативной и аугментивной коммуникации (жесты, карточки, технические средства коммуникации); методики для речевого, интеллектуального и эмоционального развития («Нумикон», «Аутизон», «Начинаем говорить»); нейропсихологический и сенсорно-интегративный подходы в занятиях; методы музыкальной, танцевальной и театральной абилитации; творческие мастерские, в том числе танцевальная, театральная и мультипликационная студии, керамическая мастерская и многие другие.

В данном пособии представлены эффективные психолого-педагогические методы работы, которые успешно применяются в реабилитации детей-инвалидов, имеющих комплексные нарушения развития, с целью ознакомления с ними специалистов ЛОГБУ «Сланцевский ЦСОН «Мечта» и внедрения их в практику.

Особенности психолого-педагогического обследования детей с ТМНР

Психолого-педагогическая диагностика детей с ТМНР отличается по задачам и методам от комплексного обследования этой категории лиц на психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Ведущей задачей ПМПК является выявление отклонений в развитии, определение их характера и выбор оптимального образовательного маршрута (дифференциальная диагностика).

Психолого-педагогическая диагностика реализует задачу всестороннего качественного анализа особенностей познавательной и игровой деятельности, коммуникативной и эмоционально-волевой сфер, пространственной и социально-бытовой ориентировки, личностного развития.

Изучение ребёнка на ПМПК осуществляется с использованием унифицированного набора стандартизованных экспериментальных методик, тестов, других методических средств. Основным методом психолого-педагогической диагностики детей с ТМНР – динамическое наблюдение за их поведением и деятельностью как в специально организованной, так и в обычной повседневной среде.

Содержание психолого-педагогической диагностики обеспечивает оценку готовности детей с ТМНР к самостоятельной повседневной деятельности в основных жизненных областях (М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко, И.Н. Миненкова, В.В. Радыгина, Е.А. Якубовская). В силу этого в процессе диагностики изучается уровень сформированности моторных, познавательных, коммуникативных, бытовых, трудовых, социальных, досуговых, регуляторных умений.

При проведении психолого-педагогической диагностики ребенка с ТМНР следует учитывать ряд специфических *требований*:

1. При подборе диагностических заданий необходимо предусматривать, что дети с ТМНР лучше всего воспринимают задачи, решение которых связывается с вполне ощутимой

пользой для них (еда, выделительная функция, защита). Диагностические задания должны включать ребёнка в привычные для него виды деятельности.

2. Для установления контакта с ребёнком с ТМНР следует определить свойственную ему стереотипную манеру поведения (привязанность к специфическим и нефункциональным действиям и ритуалам) и подключиться к ней.
3. Учитывая своеобразие речевого развития таких детей экспериментальные диагностические методики должны представлять собой сочетание вербальных и невербальных заданий. В большинстве случаев следует использовать невербальные методики.
4. При подборе диагностических заданий следует исходить из того, насколько они будут доступны для выполнения, учитывая сочетания нарушений у детей, степень их тяжести. Особое внимание следует уделять способам предъявления заданий (показ, использование табличек с текстом заданий или названий предметов, словесно-жестовая форма объяснений, словесное устное объяснение).
5. Речь экспериментатора в процессе предъявления диагностических заданий должна быть дозированной и умеренной, нужно стараться избегать непрерывного потока слов.
6. Следует адаптировать стимульный материал в соответствии с познавательными, зрительными и двигательными возможностями ребёнка: величина, форма, объемность, цвет, контрастность.
7. Предпосылкой результативного выполнения диагностических заданий является обеспечение удобного положения тела. Гармоничное мускульное напряжение способствует целенаправленному восприятию и двигательной активности: использование поддерживающих приспособлений: кольцо для руки, фиксатор для головы, вертикализатор или стойка, стол с вырезом, наклонная доска для лежания на животе, подтяжки и пояс для груди для детей с гипотонусом.
8. Диагностика не проводится при плохом функциональном состоянии ребёнка, ребенок не должен испытывать голод, жажду, боль и другие неприятные ощущения.
9. При попытке выполнении диагностических заданий используется позитивное подкрепление, следует знать, какая стимуляция ребёнку приятнее всего.
10. Полученные результаты следует подвергать количественному и качественному анализу. Последнему отдается предпочтение.
11. Отмечается особенность поведения ребенка, его контактность, отношение к неудачам, восприятие похвалы

Имеющиеся методические наработки в области диагностического изучения детей различных категорий при необходимости модифицировались в целях адекватного применения при обследовании детей с комплексными нарушениями (А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард; С.Д. Забрамная; И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева; М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, А.А. Семенович; Е.А. Стребелева; С.Я. Рубинштейн и др.).

Диагностические программы для детей с комплексными нарушениями развития, составленные М.В. Жигоревой, И.Ю. Левченко включают в себя следующие разделы:

1. Медицинское обследование и изучение семейного анамнеза.
2. Изучение социального развития детей: характер взаимодействия ребенка с окружающими; коммуникативные навыки; навыки самообслуживания; игровые навыки.

3. Исследование психического развития: конструктивного праксиса; пространственных представлений; особенностей восприятия; мнестической деятельности; мыслительной деятельности; особенностей внимания; моторных возможностей; речевого развития.

Для оценки уровня социального развития детей с комплексными нарушениями используются предложенные Т.В. Николаевой, Е.А. Стребелевой и другими исследователями шкалы навыков социального развития.

В работах М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко и др. описана диагностика коммуникативных способностей детей с ТМНР.

Она включает в себя следующие блоки информации:

- какие моторные и когнитивные возможности (предпосылки) есть у человека?
- как общался человек до настоящего момента?
- насколько сильна у него заинтересованность в коммуникации?
- какие условия, влияющие на коммуникацию человека, существуют в его семье, школе?

Более детальная диагностика коммуникативных возможностей детей включает изучение следующих вопросов: актуальная для ребенка система коммуникации; языковые аспекты коммуникации; когнитивные способности и понимание речи; сенсорные аспекты коммуникации; эмоциональные и психосоциальные аспекты коммуникации.

Методы психолого-педагогической работы с детьми-инвалидами с ТМНР

Одним из важных методов реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) является *метод базальной стимуляции*, который направлен на удовлетворение базовой образовательной потребности: осознание собственного тела и, как следствие, осознание собственного Я. Основное значение для удовлетворения этой потребности имеет восприятие: границ собственного тела; положения тела в пространстве и сохранение равновесия; отдельных частей тела и их функций. В процессе базального воздействия стимулируются соматическая, вестибулярная, вибрационная, оральная области восприятия.

Развитие восприятия и осознания собственного тела способствует развитию моторики и рассматривается как базовое условие формирования познавательных, бытовых, трудовых, коммуникативных и социальных умений ребенка. Чем обширнее ребенок приобретает опыт в данной области, тем интенсивнее происходит развитие его отношений к себе, другим людям, предметному и социальному миру. Метод предполагает воздействие интенсивными, «пробивающими» ограничения, раздражителями с целью оказания ребенку помощи в осознании собственного тела и понимании жизненно важных ситуаций, связанных с удовлетворением личных потребностей» (А. Фрелих).

Используется в работе с детьми, которые полностью ориентированы на помощь других людей в основных областях жизнедеятельности из-за существенного ограничения функционирования всех частей тела. Базальная стимуляция помогает привести в действие имеющиеся органы восприятия и обработки информации, наполнить окружающий мир доступным содержанием, дать возможность ребенку пассивно пережить различный опыт.

Используемые раздражители просты и сокращены до минимума: тактильные (прикасания, обхватывания), вестибулярные (покачивания и поворачивания отдельных частей тела, движений тела вверх и вниз, ускорения и замедления некоторых движений), вибраторные (колебания, надавливание). Детям с комплексными нарушениями развития требуется достаточно сильная, чаще повторяющаяся стимуляция, производимая в

отсутствие других воздействий, но занятия по стимуляции не должны проводиться в механической форме, превращаясь в «раздражающую терапию» (Э. Фишер).

Желательно осуществлять базальную стимуляцию в деятельности по уходу за ребёнком. Все действия нужно сопровождать эмоционально-смысловыми комментариями, предварительно оповещать о них. Важно в процессе стимуляции наблюдать за ребёнком, выделяя те раздражители, приёмы и упражнения, которые доставляют ему положительные эмоции. Основная цель базальной стимуляции: посредством развития восприятия собственного тела дать понять ребёнку с ТМНР, что он в состоянии самостоятельно оказывать влияние на окружающий мир.

Методики психомоторной коррекции. В основе методик лежит теория движений Н. А. Бернштейна. Психомоторная коррекция в составе комплексной реабилитации и абилитации является средством коррекции двигательных нарушений, стимуляции физического и моторного развития детей. Основными целями применения данных методик являются:

- развитие навыков имитации (подражания);
- формирование умения следовать инструкциям педагога;
- формирование навыков произвольной организации движений (в пространстве собственного тела и во внешнем пространстве);
- формирование коммуникативных функций и способности социального взаимодействия.

Методики игровой терапии. Коррекция игрового взаимодействия занимает особое место в комплексной реабилитации и абилитации детей с ТМНР и РАС, поскольку игра является ведущей деятельностью ребенка дошкольного возраста, а нарушение формирования и развития игровых навыков приводит к дальнейшему искажению психического развития ребенка. Методики могут использоваться для работы с детьми 2–15 лет с разным уровнем психического развития. Из общей программы методик педагог или родители выбирают игры для каждого занятия в зависимости от задач занятия, возраста, возможностей, интересов детей и наличия на занятии помощников.

Игровая терапия может способствовать решению следующих задач:

- учебных: получение и развитие навыков (моторных, речевых, коммуникативных, социальных, академических);
- коррекционных: развитие внимания, памяти, пространственных представлений и т. д.;
- терапевтических: преодоление тревожности, агрессии, страхов.

В работе с детьми используются дидактические, подвижные, ролевые игры. Ролевые игры являются самыми сложными и используются в последнюю очередь, но именно они являются основой развития интерперсональных взаимоотношений. В игровой деятельности дети проходят ряд этапов:

I этап — отраженного повторения за взрослым наглядных действий (совершаемых взрослым);

II этап — сопряженной игры с совместным проигрыванием элементов заданного действия (одевание куклы, кормление, катание в коляске);

III этап — сюжетной игры (с использованием вопросных форм);

IV этап — усложнение сюжетной игры и переход к игре ролевой, сюжетно-ролевой.

Методики музыкальной терапии. Эффективность музыкальной терапии была доказана во многих исследованиях. Основная цель данного вида терапии — наладить и усовершенствовать двухстороннюю коммуникацию ребенка. Музыкальная терапия предполагает «выстраивание» гибких и разнообразных взаимоотношений между

взрослым и ребенком, между ребенком и звуками, между звуками музыкальных инструментов и голосом ребенка. Через музыкальный опыт углубляются и начинают активно использоваться для взаимодействия с окружающим миром слуховое, зрительное и тактильное восприятие, двигательный контроль и произвольность, способность усваивать пространство. Это способствует активизации многих психических и когнитивных процессов, эмоциональному развитию ребенка.

В работе с детьми с ТМНР может использоваться логоритмика, важно помнить, что многие задания по логоритмике трудновыполнимы, но их обязательно надо вводить, используя этапность действий, отработку по частям сначала заданий по моторике, потом речевых заданий, после этого объединять их воедино с музыкальным аккомпанементом или без него.

Метод сенсорной интеграции основан на положении о том, что восприятие сигналов из внешнего мира и внутренней среды организма формируется на основе совместной деятельности ряда сенсорных систем: зрительной, слуховой, тактильной, проприоцептивной, вестибулярной, вкусовой и обонятельной (Джин Айрес).

Данные методики основываются на оценке нарушений переработки сенсорной информации у детей, и преследуют цель обеспечения их «адекватной» сенсорной стимуляцией. Стимуляции могут различаться в зависимости от реагирования ребенка на сенсорные стимулы. Отдельные приемы сенсорной интеграции используются в качестве вспомогательных в других методиках. Методики сенсорной стимуляции могут быть узконаправленными и комплексными. В качестве примера можно привести методики: тренинг слухового восприятия, Томатис-метод, метод Поргеса, DIR-model или Floor-time, мета-когнитивные или тренирующие «Theory of mind» (ТОМ) и т.д.

Многоканальный характер восприятия позволяет человеку использовать несколько органов чувств одновременно: ощущения различных модальностей в результате сложной аналитико-синтетической деятельности мозга объединяются в целостный образ предмета (явления, ситуации) и интерпретируются в соответствии с прежним сенсорным опытом.

Объединение чувственной информации в единое целое называется сенсорной интеграцией.

Многие проблемы обучения и поведения детей с ТМНР и РАС являются результатом искажения процесса восприятия сенсорной информации. Для них характерна неспособность интегрировать сенсорную информацию, поступающую от различных органов чувств, для того чтобы получить точную картину реального окружения, поэтому окружающий мир выступает для них как хаотичный и раздробленный. Например, для некоторых детей понять, что им говорят, если к ним в это же время прикасаются, невозможно: они либо понимают, что им говорят, но не чувствуют прикосновения, либо чувствуют прикосновение, но не понимают, о чем идет речь.

Дисфункция сенсорной интеграции проявляется через ограничения поведенческого спектра: гиперфункция – в виде сенсорных защит, гипофункция – в виде сенсорной аутоstimуляции. Обычно дисфункция сенсорной интеграции проявляется в дефицитности нескольких сенсорных систем, поскольку они взаимосвязаны, и нарушения одной приводят к проблемам в развитии других. Дети с дисфункцией сенсорной интеграции не могут самостоятельно справиться с перечисленными проблемами. Их профилактика и преодоление сопряжены с проведением специальных мероприятий, направленных на улучшение интеграции между различными сенсорными системами.

Метод сенсорной интеграции предполагает стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем. Он реализуется в двух глобальных направлениях.

1. *Создание специальных средовых условий*, облегчающих восприятие окружающих объектов и продуктивное взаимодействие с ними (адаптация среды с учётом потребностей ребёнка с дисфункцией сенсорной интеграции).

2. *Развитие способов полисенсорного восприятия*, которое предполагает совершенствование отдельных перцептивных умений (зрительных, слуховых, тактильных и др.) и обучение комплексному использованию этих умений (синтез информации, поступающих от различных органов чувств).

Особое внимание уделяется формированию сочетанности в сенсорном восприятии. В совместной деятельности различных сенсорных систем имеется объективный порядок постоянных взаимосвязей, который включает в себя три основные «цепочки»:

1) тактильная – проприоцептивная – вестибулярная – зрительная;

2) тактильная – слуховая – зрительная;

3) тактильная – вкусовая – обонятельная – зрительная.

Генетическим началом этих цепей являются тактильные функции, а их всеобщим эффектом – зрительное восприятие. Зрительная сенсорная система выступает как преобразователь и интегратор всего чувственного опыта человека. Определённый порядок интегрирования сенсорных впечатлений позволяет подбирать оптимальные комплексы стимульного воздействия на ребёнка.

Основная идея метода сенсорной интеграции: впечатления собственного тела (тактильные, проприоцептивные, вестибулярные) являются базой для приобретения и накопления сенсорного опыта и развития личности в целом. При применении данного метода ребёнку отводится активная роль, в отличие от метода базальной стимуляции. Способность к сенсорной интеграции позволяет ребёнку с тяжёлыми комплексными нарушениями синтезировать целостную картину окружающего мира и адекватно взаимодействовать с ним.

Методики поведенческой терапии (АВА-терапия). Поведенческая терапия разработана в рамках бихевиорального направления (J.O. Cooper, T.E. Heron, & W.L. Heward; O.I. Lovaas; С. Эстербрук, Р. Эстербрук). Исследователи утверждают, что структурированные и функциональные программы прикладного анализа поведения эффективны в работе с детьми, имеющими РАС (М. Лазинд, Л. Ватерс, J.T. Fovel). Поведенческая терапия или прикладной поведенческий анализ (applied behavioral analysis – АВА) предполагает последовательную трансформацию поведения ребенка и его обучение необходимым навыкам во всех областях. Применяются методы «директивного подхода» и «случайного обучения» («естественный поведенческий подход»).

В данных методиках поведение человека анализируется с точки зрения причин его возникновения и выявления функций, поддерживающих данное поведение. Затем, с помощью специально подобранной системы стимулов-подкрепителей, закрепляются положительные формы поведения и, соответственно, ослабляются негативные проявления поведения. Основную роль в АВА-терапии играет мотивация детей и система поощрений их успехов в обучении, которая бывает достаточно разнообразной: от натуральных вознаграждений до социального одобрения. Желаемое поведение ребенка вознаграждается подходящим только для него способом, что является побуждением повторять данное поведение многократно.

Методики продуктивной деятельности. Основные принципы, на которые опираются методики продуктивной деятельности: опора на творческий процесс; постоянное обращение к личному опыту ребенка; акцентирование деятельности не на продукт (результат работы), а на сам процесс деятельности. Методики включают работу с краской и рисование; работу с бумагой; работу с пластилином, пластиком и глиной; керамику.

В ходе продуктивной деятельности решается ряд учебных, коррекционных, терапевтических задач.:

- приобретение и совершенствование навыков обучения: сидеть за столом, слушать инструкцию;
- приобретение и совершенствование навыков, необходимых для рисования, лепки, работы с бумагой;
- приобретение навыков совместной деятельности;
- изучение цветов, форм, размеров, строения тела человека и животных; развитие и коррекция сенсорной сферы: зрительной и тактильной чувствительности;
- развитие мелкой моторики, внимания, воображения, памяти, зрительно-моторной координации и пространственных представлений;
- увеличение коммуникативных возможностей и организация продуктивной деятельности;
- закрепление обучающего поведения

Эрготерапия (или оккупационная терапия) направлена на оказание помощи лицам с тяжелыми комплексными нарушениями через подбор доступных занятий и способов деятельности для того, чтобы они смогли достичь максимально высокого уровня независимости и самостоятельности в повседневной жизни.

Эрготерапия базируется на том факте, что целенаправленная, имеющая для человека смысл деятельность, устремленная на решение определенной задачи, улучшает его моторные, познавательные, бытовые и трудовые, досуговые и социальные эмоциональные функциональные возможности. Она сформировалась как антитеза постельному режиму с его пассивностью, отличается от трудотерапии тем, что сохраняет элементы игры, творчества, развлечения и отдыха. В основе эрготерапии лежит движение, но в процессе эрготерапевтического воздействия не стремятся тренировать какие-либо отдельные двигательные функции, основная задача – обеспечить стимулы для появления у ребенка потребности двигаться и действовать.

Отличительной чертой эрготерапии является междисциплинарность: эрготерапия включает в себя знания медицины, специальной психологии и педагогики, социологии, биомеханики и эргономики.

В работе с детьми, имеющими комплексные нарушения, с помощью эрготерапии сопровождается их *повседневная активность, труд и продуктивная деятельность, досуг*. К повседневной активности относятся: личная гигиена, одевание и раздевание, приём пищи, приём медикаментов, функциональное общение по поводу удовлетворения физических потребностей, мобильность, удовлетворение сексуальных потребностей. К труду и продуктивной деятельности – выполнение домашних обязанностей, забота о других людях, лепка, рисование, конструирование и др. К досугу – отдых, игра, хобби и др. В этих областях эрготерапия применяется в следующих целях:

1. *Нормализация позы и положения конечностей.*

В качестве примера рассмотрим основные правила и вспомогательные приспособления для обеспечения позы «сидя» ребёнка на занятиях.

А. Стабильная основа и распределение давления. Ребёнок должен сидеть на плотном, но не твёрдом сидении, опираясь на него всей поверхностью бедра. Если он сползает, используются фиксирующие ремни на бедрах. Для снижения давления на бедра можно использовать сиденье с вырезанной впадиной под ягодицами, валик между ног, боковые опоры для туловища, предотвращающее от скольжения покрытие сидения.

Б. Возможность наклоняться вперёд. Не рекомендуется жёстко фиксировать ребёнка ремнями к стулу, даже если он неуверенно сидит. Ремни должны быть достаточно мягкими и эластичными. Целесообразно крепить их к спинке стула, перекрещивая на груди ребёнка.

В. Наличие опоры для спины. Это придаёт дополнительную стабильность и возможность расслабить мышцы спины. Если сиденье слишком длинное между спиной и спинкой рекомендуется положить не слишком мягкую подушку, прикрепив её к спинке стула.

Г. Свободное положение ступней. Ступни должны стоять на подножке или на полу всей поверхностью. Должна присутствовать возможность перемещать ступни на подножке. Длина подставки под ноги делается в две длины ступни + 10 см, ширина – не более расстояния между ножками стула.

Д. Поддержка для шеи для детей с ослабленными управляющими функциями шеи. Для игр и занятий можно использовать поролоновый воротник с небольшой выемкой под подбородок.

Е. Стол и подлокотники, которые обеспечивают дополнительную опору верхней части тела.

Вспомогательными приспособлениями для сидения могут быть детское автомобильное кресло и угловой напольный стул. Эрготерапия подразумевает также изготовление индивидуальных вспомогательных приспособлений. Такими приспособлениями для сидения могут быть: тазик, наполненный фасолью или рисом; перевёрнутое ведро с вырезанными отверстиями для ног; прочная картонная коробка и др.

2. Обеспечение передвижения.

Передвигаться можно самостоятельно или с помощью различных приспособлений, которые может порекомендовать или изготовить специалист. Выбор вспомогательных приспособлений зависит от многих факторов: возраста ребёнка, степени его двигательных нарушений, ситуации, в которой предстоит передвигаться ребёнку.

В положении лёжа используется роликовая доска, покрытая мягким материалом с валиком для разведения ног. Ребёнок удобно лежит на этой доске на животе и при передвижении отталкивается руками от пола. В положении сидя – покрытый мягкой тканью надувной круг для плавания, который прикреплен к круглой доске на роликах, а также трёхколёсный самокат. Сидя на этих приспособлениях, ребёнок отталкивается ногами, не опираясь на руки. Для передвижения стоя с опорой используются большой деревянный ящик на деревянных полозьях с ручкой, стул со спинкой на полозьях, различные типы ходунков, два шеста с дисками (типа лыжных палок), обруч и кольца для метания.

3. Стимуляция повседневной активности.

Достигается за счёт приспособления объектов окружающей среды к потребностям детей с тяжёлыми комплексными нарушениями. При еде, одевании, пользовании туалетом, уходе за телом, выполнении домашних обязанностей используются специально подобранные или изготовленные вспомогательные приспособления. Например, обеспечить

самостоятельность при приёме пищи помогут неглубокая и округлая металлическая ложка, черенок которой сгибается и наклоняется, вставляется в подходящую рукоятку; пластиковый стаканчик с вырезом для носа; ограничитель для тарелки и др.

4. Тренировка функций рук.

Прежде чем учить действовать руками, специалист раскрывает ладонь ребёнка так, чтобы пальцы были выпрямлены, большой палец отведён, а запястье разогнуто. Применяются несколько способов:

а) рука ребёнка разворачивается в плечевом суставе наружу, разгибается в плечевом суставе предплечьем и ладонью вверх;

б) специалист проводит пальцем по тыльной поверхности ладони от большого пальца к мизинцу;

в) используется фиксатор для большого пальца, который не только выпрямляет и отводит большой палец, но и разгибает запястье.

Раскрытыми ладонями предлагается потереть друг о друга, похлопать; погладить ладонями ребёнка разные части его тела, называя их; вкладывать между ладонями игрушки с различными наполнителями и надавливать на них, сводя его ладони; давать удерживать шершавые, гладкие, сухие, тёплые, холодные, липкие предметы; использовать игрушки, которые надевают на палец или на руку.

5. Вовлечение в творческую деятельность для развития ручной умелости.

К основным видам творческой деятельности детей с ТМНР, в том числе с РАС, относятся: рисование и чёткивание; лепка из глины, пластилина, теста; склеивание предметов и аппликация; составление коллажей; создание печатей; конструирование из природного и бросового материала; оформление поделок бумагой, тканью, пуговицами, нитками.

Использование эрготерапии увеличивает мобильность ребёнка с тяжёлыми комплексными нарушениями, помогает осваивать новые движения и позы, улучшает манипулятивную функцию рук, а, следовательно, активность в повседневной жизни и социальные возможности.

В работе с детьми с ТМНР и РАС может применяться *приём совместно-разделённых действий*. В удовлетворении всех потребностей ребёнка с нарушениями развития взрослому легче самому приложить усилия и исполнить необходимое действие. Взрослый сам говорит, сам показывает, сам открывает и закрывает, сам моет и убирает, думает и формулирует, благодарит и приветствует, позволяя ребёнку лишь наблюдать за всем этим, оставаясь в положении пассивного потребителя. В результате ребёнок с ТМНР, в том числе с РАС, оказывается недееспособным.

Суть приёма совместно-разделённых действий заключается в соблюдении пропорционального соотношения усилий ребёнка и усилий взрослого в совместной деятельности. На начальном этапе доля активности взрослого превышает активность ребёнка. Например, взрослый подносит чашку, а ребёнок пьёт; взрослый начинает проговаривать фразу, а ребёнок подхватывает и завершает её. Затем доля активности ребёнка увеличивается и, в конце концов, доводится до максимального уровня, главным субъектом деятельности выступает ребёнок, а взрослый наблюдает, оценивает, сопровождает его действия инструкцией.

Важнейшие положения об организации совместно-разделённой деятельности обучающего и обучаемого были сформулированы А.И. Мещеряковым при разработке системы помощи слепоглухим детям. Он утверждал, что в начале формирования умения необходимо ориентироваться на малейшие проявления активности ребёнка, помощь

взрослого должна быть строго дозирована – она не должна быть так велика, чтобы ребенок совсем отказался от самостоятельности, и достаточно велика, чтобы был достигнут нужный результат. Затем ребенок побуждается к первой активности, выполняет отдельные доступные для него операции – здесь действие становится совместным и разделенным между взрослым и ребенком. Постепенно часть действия, выполняемая взрослым, становится все меньше, а часть, выполняемая ребенком, при возрастании его активности в совместной деятельности, – все больше. При этом мера трудности каждой последующей задачи должна возрастать. А.И. Мещеряков иллюстрировал прием совместно-разделённых действий обратной математической зависимостью: сначала активность взрослого равна единице, а ребёнка – нулю; задача в том, чтобы активность взрослого свелась к нулю, а детская стала равна единице.

Данные положения целесообразно спроецировать на процесс обучения и воспитания ребенка с другими типами дизонтогенеза – нарушениями интеллекта, двигательной сферы, речи, комплексными нарушениями.

Подробно механизм реализации приема совместно-разделённых действий А.И. Мещеряков раскрывал на примере обучения слепоглухого ребёнка самообслуживанию. Он выделял три этапа работы: совместный, совместно-разделённый и разделённый.

На *этапе совместных действий* взрослый берёт детские руки в свои, вкладывает в руку ребёнка ложку и рукой ребёнка пытается зачерпнуть пищу, а затем донести её до детского рта. Активность ребёнка может либо равняться нулю, либо детская активность присутствует, но носит отрицательный характер, ребёнок сопротивляется. Протест оценивается положительно, сопротивление ребёнка рассматривается как диалог между ним и взрослым. Взрослый должен действовать мягко, однако настойчиво. Ребёнок должен убедиться, что насильно принуждать его не собираются, но и в покое не оставят.

Совместно-разделённый этап начинается, когда ребёнок от «возражений» или безразличия переходит к сотрудничеству. Надо ослабить руководящее усилие, не так крепко сжимать руку ребёнка, как раньше, позволить ему самому повторить некоторые движения взрослого. Рука ребёнка должна оставаться в руке взрослого, но действовать он должен сам.

На *этапе разделённого действия* взрослый снимает свою руку с детской руки. Ребёнок действует самостоятельно. Взрослый следит, как это у него получается, и приходит на помощь время от времени, всё реже и реже. Когда в контроле взрослого отпадёт необходимость, активность ребёнка равна единице, активность взрослого – нулю.

По данной схеме можно обеспечить усвоение ребенком с нарушенным развитием бытовых, трудовых, познавательных умений. Взаимодействие с взрослым в процессе совместно-разделённого действия с предметом является благоприятной основой для развития коммуникативных и социально-эмоциональных умений ребенка, освоения им независимого образа жизни.

В качестве примеров эффективного применения приведенных выше методик можно привести примерную трехступенчатую модель коррекционно-развивающей программы для детей с комплексными нарушениями М.В. Жигоревой, И.Ю. Левченко. Программа включает в себя несколько блоков: формирование и активация мотивационных механизмов психологического развития; развитие коммуникативной деятельности; развитие конструктивной деятельности; развитие пространственных представлений; развитие зрительного гнозиса; развитие слухового восприятия; развитие

тактильного восприятия; развитие памяти; развитие мыслительных процессов; развитие эмоционально-волевой сферы и личности.

Также представляет интерес опыт обучения детей с ТМНР в «Центре лечебной педагогики» г. Пскова. Авторским коллективом разработаны программы обучения детей данной категории предметно-практической деятельности, элементам художественного творчества, ведения домашнего хозяйства и трудовой допрофессиональной деятельности (С.В. Андреева, С.Н. Бахарева, Е.А. Виноградова, А.М. Царёв).

Литература

1. Вентланд, М. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : учебно-методическое пособие / М. Вентланд, С. Е. Гайдукевич, Т. В. Горудко и др. // Науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Минск : БГПУ, 2009. – 276 с.
2. Гайдукевич, С. Е. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : пособие для педагогов и родителей / С. Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др. // Науч. ред. С. Е. Гайдукевич. 2-е изд. – Минск : УО «БГПУ им. М. Танка», 2008. – 144 с.
3. Дюкен, Ф. Альтернативные средства коммуникации с неговорящими детьми : учебное пособие / Ф. Дюкен, Л. В. Лопатина. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. – 80 с.
4. Жигорева М. В. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение / М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко. – М. : Национальный книжный центр, 2016. – 208 с.
5. Коррекция сенсорного развития учащихся с тяжелыми множественными нарушениями развития / Под. ред. Г. Е. Большаковой. – Новополоцк : УО «ГЦКРОиР», 2015. – 71 с.
6. Миненкова, И. Н. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития / И. Н. Миненкова // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб.-метод. пособие / С. Е. Гайдукевич и др.; науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Мн : УО «БГПУ им. М. Танка», 2007. – С. 69–74.
7. Миненкова, И. Н. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития / И. Н. Миненкова // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб.-метод. пособие / С. Е. Гайдукевич и др.; науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Мн : УО «БГПУ им. М. Танка», 2007. – С. 86–92.
8. Миненкова, И. Н. Основы методики коррекционно-развивающей работы : учебно-метод. пособие / И. Н. Миненкова, В. В. Радыгина, Е. А. Якубовская. – 2-е изд., испр. – Минск : БГПУ, 2014. – 212 с.
9. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития : информационно-методический сборник для специалистов / Под ред. А. Л. Битовой, О. С. Бояршиновой. – М. : МГППУ, 2017. – 118 с.