

«Комментированное рисование эмоциональных состояний». Оно формирует у детей умение распознавать чувства по мимике и позе.

Эти занятия имеют положительные отклики от родителей таких детей и специалистов, работающих с ними.

Одна из важнейших задач общества - полноценное развитие любого ребенка - требует поиска наиболее эффективных путей достижения этой цели, где тесно должны переплетаться интересы родителей, медицинских работников, педагогов и психологов.

### **Формирование мотивации к самостоятельному передвижению и приобретению навыков самообслуживания у детей с ДЦП.**

Добиш Н.А., Овчинникова Ю.Н.,  
ЦППРиК "Детская личность", Москва  
тел. 89629638342

В современном образовательном пространстве г. Москвы функционируют несколько специальных коррекционных школ-интернатов VI вида, где дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут получить комплексную реабилитацию. Как показывает практика, при обучении наблюдается преобладание учебной деятельности, а как следствие, статического положения детей при обучении.

Обучение и лечение должны быть комплексными. "Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции", как указывали И.Ю.Левченко, О.Г. Приходько (2001). В связи с недостаточной физической реабилитацией в учебных учреждениях родители вынуждены возить детей для ее проведения в профильные учреждения. При этом ребенок исключается из учебного процесса, что отрицательно влияет не только на обучение, но и на весь коррекционный процесс в целом.

Специалистам по коррекционной педагогике и психологии хорошо известно, что обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки должны отрабатываться в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей). Постепенно роль взрослого должна уменьшаться и наконец, ребенок, по возможности, должен овладевает самостоятельным выполнением различных действий.

Организации двигательного режима для детей с ДЦП в условиях школы-интерната является актуальной проблемой для современных учебных учреждений.

Обратимся к обзору основных методов физической реабилитации ДЦП, используемых в мировой практике.

Метод Войта (Войта – терапия). В основе метода лежит рефлекторная локомоция: на определённые раздражения в определённых положениях тела дети отвечают повторяющимися двигательными реакциями туловища и конечностей.

Нейро-развивающая терапия (Бобат-терапия). Основа подхода - применение специальных положений тела ребенка, приемов ухода за ним, которые особым образом контролируют нервную систему.

Система проприоцептивного облегчения (метод Кабата) - лечебная гимнастика. Метод Кабата использует принципы взаимной иннервации и постепенной индукции Шеррингтона. Целью спастической терапии является получение сознательного контроля мышц через ту часть коры головного мозга, которая не была повреждена.

Динамическая проприоцептивная коррекция в нагрузочных костюмах «Адели» и «Гравистат». Метод динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР) предложен профессором К. А. Семеновой в 1993 г. Принцип

воздействия состоит в целевой коррекции движений и осанки пациента с помощью настраиваемых элементов.

Метод кондуктивной педагогики - лечебно-педагогический метод реабилитации детей с нарушениями движения и множественными нарушениями в развитии, разработанный венгерским врачом и педагогом Андрашем Пете. Смысл кондуктивной педагогики - это многостороннее развитие личности на основании активных занятий. Для этого обеспечивается комплексная программа, которая в зависимости от возраста отражает образ и ритм жизни здорового ребенка (включая его физические, психические и социальные потребности).

Следует отметить, что основой всех вышеперечисленных методов является движение. Активный двигательный режим и положительные эмоции служат источником энергии для самозащиты организма на всех уровнях его жизнедеятельности, как в норме, так и при патологии.

Дети с ДЦП испытывают значительные трудности при выполнении различных двигательных действий. Иногда эти трудности бывают не связаны с основным заболеванием. Дети привыкают к тому, что многое за них выполняют окружающие их взрослые и не испытывают потребности в самостоятельных действиях.

В течение года дефектологи нашего центра совместно с врачом и инструктором ЛФК проводили исследование, целью которого являлось формирование мотивации к самостоятельному передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с ДЦП.

Дети с тяжелой формой ДЦП обучаются в нашем Центре при постоянном сопровождении взрослых. Это, несомненно, затрудняет их активность и снижает мотивацию к любым самостоятельным действиям. Чтобы преодолеть эти трудности, нами были разработаны и апробированы индивидуальные программы, направленные на формирование мотивации к самостоятельному передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с ДЦП.

Для индивидуальных программ были выбраны 2 ученика начальной школы. Каждый из них несколько раз в неделю занимался с инструктором ЛФК, посещал массажный кабинет, а также проходит занятия в бассейне. Динамическое наблюдение врача невролога осуществлялось по окончании каждого курса ЛФК.

Наблюдая за этими детьми в течение 2 лет, мы отмечаем тенденцию к отсутствию переноса умений и навыков, полученных в ходе коррекционных занятий, во внеурочную деятельность. В связи с этим мы посчитали целесообразным закреплять навыки, полученные на занятиях ЛФК во внеурочное время. Наши наблюдения показали, что наиболее успешной формой, позволяющей развивать и закреплять умения и навыки, является игра. Эта форма деятельности интересна и доступна для большинства детей с ДЦП.

Приведем примеры реализации индивидуальных программ, направленных на формирование мотивации к самостоятельному передвижению.

Яша П. диагноз: спастический тетрапарез, умственная отсталость умеренной степени, дизартрия. Обучается в 3 классе начальной школы Центра по программе специальной коррекционной школы VIII вида, в классе со сложной структурой дефекта. Передвигается с помощью взрослых, также с помощью двух тростей с квадратной опорой или ходунков на колесах. Программу обучения освоил частично.

Цель игры: формирование мотива самостоятельного передвижения с помощью трости с квадратной опорой.

Задачи: формирование осознания необходимости самостоятельного передвижения, знакомство с условиями прохождения маршрута; усвоение последовательности этапов прохождения маршрута и условий прохождения; знакомство с техническими средствами, помогающими осуществлять передвижение по маршруту.

Условия: Игра на самостоятельное передвижение с системой поощрений

(печати, фишки) и штрафов. К концу каждой недели ребенок должен собрать определенное количество печатей и фишек. В конце игры ребенок обменивает их на большой приз и получает «Медаль Путешественника». Маршруты пролегают в пределах здания Центра в зависимости от ежедневного расписания ребенка. Каждый маршрут разбит на этапы. Маршруты отмечены в «Дневнике путешественника».

Даниил Д. (8 лет) Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия. Передвигается в коляске. Обучается в 1 классе Центра по программе общеобразовательных школ. В обучении успешен, является лучшим учеником в классе.

Цель игры: формирование мотива самостоятельного передвижения на коляске и мотива к самообслуживанию (умения одеваться и раздеваться).

Задачи: формирование осознания необходимости самостоятельного передвижения и развития навыков самообслуживания, знакомство с условиями игры; усвоение последовательности этапов прохождения маршрута и условий прохождения; развитие умения самостоятельно одеваться и раздеваться.

Условия: Аналогичная вышеописанной игра на развитие самостоятельности. За определенное количество фишек ребенок получает маленький приз. В конце игры ребенок получает медаль. Маршруты пролегают в пределах здания Центра в зависимости от ежедневного расписания ребенка. Формирование навыков самообслуживания происходит во время основных режимных моментов. Маршруты и основные режимные моменты отмечены в «Дневнике самостоятельности».

Обязательным условием проведения игр была видеосъемка процесса. Анализ результатов показал, что у учеников, участвующих в исследовании, значительно изменился двигательный статус. Это было зафиксировано на видео, а также врачом неврологом, инструктором ЛФК и родителями детей.

Исследования показали, что в рамках образовательного учреждения возможно разработать и ввести индивидуальные маршруты реабилитации, направленные на формирование мотивации к самостоятельному

передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с тяжелой формой ДЦП.

## **Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха**

Донская М.В., Куликова Н.В. Центральная ПМПК г.Астрахань

[ormpk555@mail.ru](mailto:ormpk555@mail.ru)

В условиях возрастающей гуманизации, демократизации общества и современной жизни России значительно возрастает интерес к проблеме социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная адаптация детей и подростков с нарушениями слуха определяется не только степенью снижения слуха, но и особенностями их поведения.

Расстройством поведения считается поведение, обращающее на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям и отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества (Вострогнутов Н. В.). По утверждению Д. Н. Исаева: «поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, квалифицируется как девиантное» [1, с. 245].

Эти определения с некоторыми добавлениями могут быть приняты и для оценки отклонений поведения детей и подростков с нарушениями слуха.

Диагноз нарушенного поведения обычно основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжёлых разрушениях собственности; поджогах, воровстве, прогулах в школе и уходах из дома, частых и тяжёлых вспышках гнева, вызывающем провокационном поведении, откровенном постоянном непослушании [1, с.245- 246].

Данные системного мониторинга центральной психолого-медико-педагогической комиссии г.Астрахани за 2010-2011 учебный год