

Министерство просвещения Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра теории и методики обучения лиц с ограниченными возможностями
здоровья

**Коррекционно-развивающая работа по преодолению дефицитарного
восприятия у детей разных нозологических групп в условиях
реабилитационного центра**

Выпускная квалификационная работа

Допущено к защите:
И. о. зав. кафедрой
теории и методики
обучения лиц с ОВЗ
канд. пед. наук, доцент
С. Н. Бездетко

дата

подпись

Исполнитель:
Косолапова Виктория Эрнстовна,
обучающийся ОТР-2241z гр.

подпись

Руководитель:
Кубасов Александр Васильевич,
д/ филол. н., профессор кафедры
теории и методики обучения
лиц с ОВЗ

подпись

Екатеринбург 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	8
1.1. Сущность и структура коррекционно-развивающей деятельности в условиях реабилитационного центра.....	8
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с дефицитарным восприятием.....	14
1.3. Особенности коррекционно-развивающей деятельности у детей разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.....	33
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	42
2.1. Обзор диагностических методик, направленных на определение уровня сформированности различных видов восприятия.....	42
2.2. Организация и проведение констатирующего эксперимента.....	47
2.3. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	53
2.4. Анализ результатов обследования различных видов восприятия у детей разных нозологий.....	58
ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ДЕФИЦИТАРНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	64
3.1. Обзор коррекционно-развивающих программ, направленных на преодоление дефицитарного восприятия у детей различных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.....	64
3.2. Коррекционно-развивающая деятельность по преодолению	

дефицитарного восприятия у детей разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.....	67
3.3. Анализ результатов контрольного эксперимента.....	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	81
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	83

ВВЕДЕНИЕ

В связи с ростом численности детей с ограниченными возможностями здоровья, разнообразием нозологических групп, возникает запрос на эффективную социально-педагогическую реабилитацию.

Коррекционно-развивающие мероприятия для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью должны осуществляться с учётом общих и специфических особенностей лиц – нарушениями зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, задержкой психического и речевого развития, интеллектуальными нарушениями.

Для перечисленных нами групп могут быть характерны особенности восприятия, переработки, хранения и пользования информацией. Отмечается снижение работоспособности при длительных умственных и физических нагрузках. Такие дети испытывают трудности адаптации к новым условиям, что снижает и ограничивает их возможности полноценного социального взаимодействия.

О данных особенностях лиц с особыми образовательными потребностями должен знать каждый участник коррекционно-развивающих мероприятий.

Степень выраженности дефекта зависит от нескольких факторов: степень проявления нарушений, время его возникновения, возраст, начало коррекционно-развивающей деятельности, включённость родителей в процесс коррекции, собственный потенциал ребёнка.

Цель коррекционно-педагогической деятельности направлена на результат, т. е. на полную или частичную компенсацию, гарантирующую возмещение или преодоление нарушенных функций. У детей с особыми образовательными потребностями процессы компенсации требуют детального изучения и коррекции, это обуславливает **актуальность исследования.**

Проблема исследования заключается в увеличении количества детей с

ограниченными возможностями здоровья, усугублении уровня нарушений первичного дефекта. Многие дефекты осложняются на ранних этапах развития ребёнка, следовательно, страдает развитие высших психических функций – это внимание, восприятие, мышление, память, эмоционально-волевая сфера.

Объект исследования – дефицитарное восприятие у детей разных нозологических групп.

Предмет исследования – процесс преодоления дефицитарного восприятия в рамках коррекционных занятий с детьми разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.

Гипотеза исследования – проведение разносторонних и многопрофильных коррекционно-развивающих занятий с детьми различных нозологических групп в условиях реабилитационного центра приведут к положительной динамике, повышению уровня познавательной активности, снижению уровня вторичного дефекта, а главное преодолению дефицитарного восприятия посредством развития компенсаторно-приспособительных механизмов.

Цель работы – изучить, разработать и апробировать направления и формы возможных занятий с детьми разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра, создать программу курса коррекционно-развивающих занятий с детьми разных нозологических групп, включить в неё перечень коррекционных методик по развитию различных видов восприятия в условиях реабилитационного центра.

Для достижения цели были определены следующие **задачи исследования**:

1. Проанализировать различные нозологические группы и влияние определённой патологии на дальнейшее развитие ребёнка.

2. Изучить научную и методическую литературу по вопросу направлений и форм коррекционных занятий с детьми различных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.

3. Провести теоретический анализ особенностей проведения

коррекционных занятий для каждой нозологической группы детей.

4.Рассмотреть возможные механизмы коррекции для детей различных нозологических групп.

5.Исследовать проблему коррекционной деятельности, определить основные понятия, историю ее изучения и современное состояние.

6.Подобрать и проанализировать диагностические методики, направленные на определение уровня сформированности высших психических функций, когнитивных способностей, познавательной и двигательной активности.

7.Составить примерный план диагностической работы по выявлению вторичных отклонений в развитии детей различных нозологических групп.

8.Проанализировать содержание коррекционной работы, направленной на развитие компенсаторно-приспособительных механизмов в процессе коррекционных занятий с детьми разных нозологических групп.

9.Разработать проект программы по созданию курса коррекционных занятий с детьми разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.

Экспериментальная база исследования:

Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков «Салют» г. Уфа, ул. Авроры д. 18/2

Теоретико-методологическая основа.

Проблема особых образовательных потребностей детей с ОВЗ изучалась многими зарубежными и отечественными учеными. В отечественной науке теоретические и историко-социальные аспекты указанной проблемы в аспектах социальной работы, реабилитации и специальной педагогики освещены в работах Е. Л. Луценко, И. И. Мамайчук, Л. М. Шипицыной и др.

Существенный вклад в представления об инвалидности у детей вносят разработки Т. Д. Добровольской, А. В. Осадчих, С. П. Пешкова, Н. Б. Шабалиной, Е. Р. Ярской-Смирновой, Н. Н. Малофеева и др.

Научная значимость.

Теоретические положения работы были дополнены:

- теоретическим анализом и практическим описанием форм коррекционных занятий для разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра;

- новыми механизмами коррекции дефекта для детей различных нозологических групп;

- разработкой и описанием содержания методики, направленной на определение уровня сформированности высших психических функций, когнитивных способностей, познавательной и двигательной активности детей с различными дефектами;

- новыми данными о компенсации дефицитарного восприятия детей в условиях реабилитационного центра.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования его результатов при разработке практических рекомендаций по совершенствованию технологии социальной реабилитации в системе реабилитации и абилитации с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Отобраны методики для диагностики уровня развития детей различных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.

Составлена программа социально-педагогической коррекции для обучающихся разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра.

Структура выпускной квалификационной работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

1.1. Сущность и структура коррекционно-развивающей деятельности в условиях реабилитационного центра

До начала 20 века дети с инвалидностью были почти полностью изолированы от общества, их обучение проходило в специальных интернатах, отсутствовало какое-либо взаимодействие с социумом и окружающим миром. На данный момент ситуация кардинально изменилась, само понятие «инвалидности» приобрело новый смысл, не только медицинский, но и социально значимый. Специалисты реабилитационных центров разрабатывают технологии социального, социально-медицинского, социально-педагогического и социокультурного сопровождения инвалидов.

В 2012 году после ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов, расширились подходы к инвалидности, как к эволюционному понятию результативного взаимодействия людьми с ограниченными возможностями здоровья и социально-средовыми барьерами [65]. Ведь именно они противостоят полному участию инвалидов в жизни социума. Принятие данной Конвенции определило некоторые нововведения в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты граждан. Именно это позволило ввести в правовую и профессиональную сферы понятия «реабилитация» и «абилитация». Следовательно, появились правовые основания развивать комплексные реабилитационные и абилитационные программы, особенно в социальной и медицинской сферах.

Дети с инвалидностью – это та категория граждан, остро нуждающаяся не только в социальной защите, но и в понимании их особенностей со стороны

общества, которое будет помогать максимально им интегрироваться в общество.

Инвалидность детей существенно ограничивает их жизнедеятельность, формирует предпосылки к социальной дезадаптации. Отмечаются сложности в самостоятельности, взаимодействии со сверстниками и взрослым окружением, овладении в будущем профессиональными навыками.

Уровень интеграции детей с ОВЗ и инвалидностью в социум зависит от различных факторов: социально-бытовой ориентации, профессионально-трудовой подготовки. Получение детьми с ОВЗ и инвалидностью социального опыта, освоение ими системы общественных установок и правил помогает решить некоторые проблемы людей данной категории.

Образовательная деятельность – одна из самых трудных и важных аспектов жизни, с которыми сталкиваются дети с ограниченными возможностями и инвалидностью, а также их родители. Независимо от состояния здоровья ребёнка, ему гарантировано получение доступного ему уровня образования. Это прописано в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», государство обязано предоставить все условия для получения образования [66]. Ребёнок с инвалидностью может получать образование несколькими способами, в зависимости от его состояния здоровья и мнения родителей.

1. На дому:

- обучение производится общеобразовательным учреждением, преподаватели проводят занятия, осуществляют промежуточную и итоговую аттестацию; ребёнку выдаётся документ государственного образца о соответствующем уровне образования;

- обучение проводят родители, в таком случае дополнительные расходы родители берут на себя, по итогам обучения родителям выдаётся справка органа управления образованием о том, что он сам занимался обучением ребёнка-инвалида.

2. В общеобразовательном учреждении:

- инклюзивное образование, интегрированное в процесс общего образования для детей с особыми образовательными потребностями;
- коррекционные школы, реализующие ФАОП, оказывающие помощь семье в воспитании ребёнка с ОВЗ и инвалидностью;
- коррекционные классы общеобразовательных школ, позволяет решать задачи своевременной активной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в условиях общеучебных классов;
- дистанционное обучение – образовательные услуги, предоставляемые детям с ОВЗ и инвалидностью с помощью особой информационно-образовательной среды.

На данный момент устанавливается понятие, что *инвалид* – это человек, имеющий особые ограничения собственных возможностей, который может принимать активное участие в социальной деятельности, должен иметь равноценные возможности и права с остальными членами общества. Этому способствует введение правового понятия «человек с ограниченными возможностями». Нарушение функциональных возможностей ребёнка может быть врождённым или приобретённым, временным или постоянным.

Государственная политика в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью направлена на их реабилитацию, социализацию и интеграцию в обществе. С 1996 года действует Федеральный закон о «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», он определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов. Согласно ст. 9 данного закона, реабилитация инвалидов – это цельная система комплексного сопровождения, включающая в себя медицинский, психолого-педагогический и социально-экономические аспекты [66]. Все они направлены на частичную или полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья человека, а также ограниченным функционированием его организма.

Первостепенной целью реабилитации является максимально возможное восстановление социального статуса ребёнка с инвалидностью, формирование

новых навыков, активизация угасших, достижение им самостоятельности, знакомство с доступными профессиями и профессиональное ориентирование. Важно научить ребёнка с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья адаптироваться к новым условиям в социуме.

Реабилитационная деятельность должна охватывать следующие аспекты развития – когнитивное, социальное, физическое, психическое. Из них складываются следующие виды реабилитации:

1. Социальная – комплекс мер по восстановлению прав ребёнка, улучшение его состояния в обществе, формированию социального статуса, избавление от ограничений жизнедеятельности, вызванных ограничениями здоровья. Социальная реабилитация основывается на следующих принципах – дифференцированность, комплексность, преемственность, этапность и доступность, а также непрерывность. Основные категории социальной реабилитации: социально-средовая, социально-бытовая, социально-медицинская, профессионально-трудовая.

2. Психолого-педагогическая – комплекс мероприятий, направленных на формирование новых знаний, умений и навыков детей, их воспитание и обучение, обучение самоконтролю, помощь в получении соответствующего уровня общего или дополнительного образования, подготовка к освоению специальности.

3. Медицинская – комплекс медицинских мер по восстановлению утраченных функций организма.

На данном этапе понятия реабилитации детей с ОВЗ и инвалидностью огромное значение имеет социокультурная реабилитация. Согласно Л. П. Храпылиной, социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий (услуг), осуществляемых в интересах инвалидов и направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, с использованием средств культуры, искусства, творчества [69]. Целью социокультурной реабилитации для детей с

инвалидностью и их семей является создание культурно-развивающей среды, включающей ребёнка в жизнь социума, формирование его социальной активности, выявление сильных сторон ребёнка для его дальнейшего проявления в обществе.

Необходимость внедрения социокультурного аспекта в систему реабилитации детей с ОВЗ обосновано основополагающей ролью самореализации и развития личности, а также накопленным практическим опытом социокультурной деятельности с детьми-инвалидами в учреждениях культуры, показывающим благотворное влияние средств творчества, искусства и культуры на их образ жизни. Плодотворная интеграция культуры, искусства и творчества в процесс реабилитации обеспечивает формирование у детей новых духовно-нравственных и социальных установок, адекватной самооценки, а также положительным образом воздействует на здоровье человека, увеличивает мотивацию к деятельности в различных сферах.

Социально-педагогическая деятельность является одной из самых важных понятий социальной реабилитации. Её становление в обществе говорит о внимании социума к проблемам детства, к гуманизации социальной жизни страны к детям с ОВЗ. Понимание социально-педагогической деятельности в системе реабилитации детей с ОВЗ помогает создать комплексный подход к решению проблемы ранней инвалидизации детского населения. Это помогает избежать одностороннего подхода к реабилитации детей с ОВЗ и инвалидностью, не преувеличивать роли отдельных компонентов реабилитации и абилитации ребёнка, грамотно его маршрутизировать [57].

Деятельность реабилитационного центра подразумевает многоуровневую систему взаимодействия специалистов медико-социально-педагогического профиля. Их основной целью является развитие ребёнка, удовлетворение его основных потребностей, знакомство с миром, социальная защита, способность к самореализации, а главное – подготовка к условиям конкуренции в социуме с помощью использования собственных доступных

ресурсов и потенциальных возможностей организма.

Следовательно, медико-социально-педагогическая направленность реабилитационных центров представляет собой особый вид индивидуальной адресной деятельности, направленный на оказание помощи каждому обратившемуся ребёнку с учётом его особых образовательных потребностей.

Сущность социального сопровождения ребёнка определяется целью становления отношений человека с точечной группой и социальной средой на основе удовлетворения потребности в социокультурной адаптации и самореализации человека, осуществляемой с помощью развития личности человека в условиях коррекционно-развивающей среды.

Социально-педагогическая деятельность распространяется на различные возрастные группы детей, но часто пересекается с педагогикой перевоспитания [51].

Субъектом реабилитационной деятельности является отдельный специалист, группа специалистов, решающих поставленные задачи относительно ребёнка с ОВЗ и инвалидностью, в данном процессе должны использоваться все возможности социума. Трудности в осуществлении реабилитационного процесса часто имеют внутренние и внешние аспекты, следовательно, специалист по комплексной реабилитации является проводником между личностью и средой.

В ГБУ Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Салют» города Уфа первостепенное значение в успешности реабилитационных мероприятий играет комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика. Она проводится специалистами в консилиуме, целью которого является выявление зоны актуального развития, определение потенциал развития ребёнка на один курс (14 дней) и дальнейшая маршрутизация на 3-4 курса, то есть на год.

Для выявления уровня сформированности навыков детей от 0 до 2 лет используется шкала КАТ/КЛАМС Приложение 1. Она разработана Американской академией педиатрии и представляет собой компиляцию всех

распространенных шкал, максимально унифицированную и упрощенную. Данная методика, позволяющая оценить формирование навыков решения наглядных (раздел КАТ) и речевых (раздел КЛАМС) задач, а также развитие моторики ребенка (шкала развития макромоторики), сопоставляя возраст развития с фактическим возрастом, определяют коэффициент развития, который равен отношению возраста развития к фактическому возрасту. Для диагностики детей более старшего возраста используются различные диагностические методики.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с дефицитным восприятием

У большинства детей с нарушениями развития наблюдаются нарушения различных видов восприятия. Дефицитное восприятие у детей – это нарушение восприятия, связанное с тяжёлыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. В результате недостатка сенсорных стимулов возникают явления нарушения эмоциональной сферы.

Часто встречаемые проявления дефицитного восприятия у детей:

1.*Нечёткость восприятия изображений.* Часто подолгу сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что нарушает восприятие новой информации.

2.*Трудности восприятия количества объектов.* Они сказываются на объёме внимания и оперативной памяти.

3.*Недостаточность активного осязательного восприятия.* Например, у детей с ДЦП есть трудности узнавания предметов на ощупь.

4.*Пространственные нарушения.* Они сохраняются надолго и не всегда исчезают с возрастом полностью (нарушения восприятия перспективы, глубины и т. д.).

5.*Недостаточность объёмных представлений.* Приводит к неправильному представлению о форме и сущности окружающих предметов

[28].

При дефицитарном развитии возможна компенсация за счёт сохранности других анализаторных систем и интеллектуальных возможностей ребёнка, а самое главное в условиях адекватного воспитания и обучения.

У детей различных нозологических групп с дефицитарным восприятием часто выделяются следующие особенности:

- нарушение восприятия – искажение существующих параметров в первичных зонах повреждённых анализаторов, недостаточная сформированность по различным модальностям (зрительная, слуховая, тактильная, кинестетическая), фрагментарность психических образов, отсутствие их целостности вследствие отсутствия взаимодействия всех анализаторов;

- нарушение внимания – угасший интерес к окружающему миру, ослабевание ориентировочно-исследовательского рефлекса из-за потери главного канала психического информирования. Дефицит произвольного внимания осложняет процесс обучения, уменьшает зону актуального и ближайшего развития;

- нарушение памяти – искажение психических образов восприятия, предшествующих запечатлению и сохранению информации;

- нарушение мышления – нарушения внимания, искажение воспринимаемой информации, существенные ошибки и пробелы первичной информации, которая в дальнейшем должна обрабатываться мышлением;

- особенности личности – инфантилизм, эгоцентризм, нарушения в идентификации собственного «Я», нарушения эмоционально-волевой сферы и самооценки, неадекватно претенциозные запросы;

- проблемы в построении межличностных отношений – зависимость от людей, более компетентных в социуме и окружающем мире.

Дети с дефицитарным восприятием относятся к группе нарушений психического развития из-за недостаточного развития высших психических функций, связанных с определённой модальностью, часто именно это

нарушение является основным в группе расстройств. *Основные модальности* – слух, зрение, опорно-двигательный аппарат. В некоторых случаях дефициты восприятия разных модальностей могут пересекаться и формировать сложные дефекты. Также встречаются случаи сложных дефектов развития, при которых нарушение модальности ведущее (первичный дефект), а иное нарушение будет вторичным. В большинстве случаев, дефицитарное восприятие проявляется в нарушении формирования одной модальности, влияющей на развитие других психических функций и личности ребёнка в целом. Первостепенными причинами считают нарушения формирования соответствующих анализаторных звеньев – от анализатора до соответствующего участка коры головного мозга.

Кроме коры головного мозга причинами нарушений являются нервные пути, прокладывающие связь между глубинными структурами мозга, а именно таламуса, и анализаторами определённой модальности, которые являются биологическими факторами восприятия.

Выделяются конкретные виды дефицитарного восприятия. Один из них – *слуховые нарушения*.

Основные причины слуховых нарушений:

1. Вирусные заболевания: менингит, энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп.
2. Поражение внутреннего уха и стволовой части слухового нерва.
3. Поражение среднего уха.
4. Врождённая деформация слуховых косточек или атрофия, или недоразвитие слухового нерва.
5. Некоторые химические отравления.
6. Родовые травмы.

Сущность слуховых нарушений состоит в том, что первичный дефект связан непосредственно с нарушением слухового анализатора, которое ведет к недоразвитию речи. Как следствие замедляется формирование ряда других психических функций, связанных со слуховым восприятием опосредованно.

Р. М. Боскис выделяет следующие нарушения слуха:

- глухие;
- рано оглохшие дети;
- поздно оглохшие дети;
- слабослышащие;
- тугоухость.

При нарушении слуха психическая деятельность ребёнка уплощается, при условии, что ребёнок частично или полностью не слышит речь, следовательно, создаётся недостаток речевых полей, влияющий на недостаток формирования собственной речи и различных сторон мышления.

Познавательное развитие детей с дефицитным восприятием по слуховой модальности также нарушено. Непроизвольное внимание является ведущим, практически все свойства внимания недостаточно развиты, но поддаются коррекции при регулярных занятиях. У глухих и слабослышащих детей большое значение имеет зрительное внимание, но при частом упоре только на него, может произойти переутомление и потеря устойчивости. Следовательно, при коррекции дефицитов слухового восприятия важно применять различные виды деятельности и совмещать их между собой для увеличения произвольности различных видов внимания и его быстрого переключения [31].

Кроме того, замедляется навык опознавания предметов и их свойств. Аналитическое восприятие главенствует над синтетическим, значит, что таким детям сложно даётся обобщение образных элементов, объединение полученных ощущений в целостный образ. Всё это говорит о важности комплексности предметной и словесной деятельности, формирующее различные виды восприятия. Также дети с нарушениями слуховой модальности часто испытывают сложности восприятия и осознания перспективных изображений и пространственно-временных отношений между предметами.

Для ребёнка с дефицитом слухового восприятия необычайно важно

развитие кинестетического восприятия, т. к. оно имеет большое значение в развитии и коррекции познавательных функций, и подстраивается в компенсаторные механизмы восприятия. Двигательное восприятие нарушено, т. к. ребёнку сложно понять взаимосвязь слухового восприятия и телесных ощущений. Часто возникают сложности в сохранении равновесия, координации движений, сниженная скорость выполнения определённых движений. Важно, что при снижении слухового восприятия возникают трудности самоконтроля и критичности личности. В некоторых случаях нарушения в развитии проявляются в различных видах осязания. Сами закономерности развития такие же, как и у детей в норме с нормальным слухом. Тем не менее, объёмный предмет легче распознается всеми детьми. Но различия осязания детей в норме и с нарушенным слухом наиболее явно ощущаются в случае мышления (анализ, синтез, обобщения), качество мыслительных операций у детей с дефектами слуха ниже, нежели у детей с нормативным развитием.

Образная память у глухих и слабослышащих детей ведущая. При этом лучше запоминаются несущественные признаки. Дети не пользуются словесными обозначениями при запоминании информации. Целостный образ, с одной стороны, со временем теряет свою целостность, а с другой стороны, такое своеобразие запоминания с возрастом усиливается. Словесное запоминание в силу слухового нарушения сильно затруднено и значительно отстает от нормы. Также словесное запоминание зависит от простоты грамматических конструкций.

Наглядно действенное мышление играет основную роль при выполнении различных действий, при этом само мышление инертное и малоподвижное. Умение решать наглядно-действенные задачи формируется в более старшем возрасте. Дети используют более элементарные действия при способе решения каких-либо задач. При усвоении речи, мышление длительное время продолжает оставаться на стадии наглядно-образного. Наблюдаются трудности в решении многих задач, сформулированных

словесно. Логическая сторона мышления без специального обучения выражена формально, без глубокого содержания и осмысления. Фактически у таких детей может отсутствовать критическое мышление, необходимое для зрелой жизни. Переход от неспецифических манипуляций к специфическим и собственным предметным действиям совершается медленнее.

Дети с дефектом слуха испытывают трудности в игре, особенно при игровом замещении предметов. В школьные годы с трудом формируются учебные навыки и действия даже при сохранении высокой мотивации.

Развитие всех сторон мышления с учетом различных видов деятельности замедляется, и требуется достаточно много времени на развитие мыслительных операций [14].

Овладение речью происходит только в условиях специального обучения, т. к. в естественных условиях речь не формируется. Дети опираются на зрительное восприятие, подкреплённое речевыми и двигательными ощущениями. Зрительная кора является сенсорной основой формирования речи у детей с проблемами слуха. Зрительные ощущения обязательно должны подкрепляться двигательными ощущениями. (Таким образом, жестовый язык глухих имеет обоснованную нейробиологическую основу).

Речевой анализ начинается с анализа зрительного восприятия. Тип преобразования речи – зрительный. Также отмечаются своеобразие и неблагоприятные условия формирования речедвигательных навыков. У детей с нарушенным развитием слуха чрезвычайно сложно сформировать речь, и далеко не все овладевают именно речевой деятельностью. В лучшем случае, дети учатся считывать информацию по губам или через мимику, но при этом сама речь может отсутствовать.

Личность ребенка формируется в социуме в условиях нарушенных функций слуха и речи, что влияет на своеобразные проявления личностных свойств. Ребенок, потерявший слух в младенчестве, оказывается в гораздо более сложном положении по отношению к окружающим его людям, чем нормально слышащий. В научной литературе отмечают нарушение словесного

общения, которое частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей. Отставание в речевом развитии приводит к затруднениям в осознании своих и чужих эмоциональных состояний, что, в свою очередь, ведет к упрощению межличностных отношений.

Важным фактором, влияющим на развитие личности, является наличие или отсутствие нарушения слуха у родителей. Так, глухие дошкольники, имеющие глухих родителей, не отличаются от слышащих сверстников по эмоциональным проявлениям, по числу интеллектуальных эмоций, тогда как в поведении глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность эмоциональных проявлений — меньшее их количество и разнообразие.

В младшем школьном возрасте глухие дети глухих родителей более общительны со сверстниками, более любознательны, у них наблюдается стремление доминировать в коллективе, быть лидерами. Глухие дети слышащих родителей более стеснительны, менее общительны, стремятся к уединению.

В подростковом возрасте, по исследованиям американских психологов, у глухих детей глухих родителей наблюдается более точное представление о самих себе, своих возможностях и способностях, более адекватная самооценка по сравнению с глухими детьми слышащих родителей.

У глухих детей возникают трудности с развитием внутреннего контроля за своими эмоциями и поведением, замедлено формирование социальной зрелости.

В младшем и старшем подростковом возрасте большое влияние на развитие личности глухих детей оказывают условия обучения и взрослые, осуществляющие этот процесс. Черты личности, которые они оценивают как положительные, часто связаны с учебной ситуацией: это внимательность на уроках, умение решать задачи, аккуратность, трудолюбие, успеваемость. К ним добавляются человеческие качества: чуткость, умение прийти на помощь. У глухих детей наблюдаются значительные трудности понимания эмоций

других людей, их оттенков, высших социальных чувств, затруднено понимание причинной обусловленности эмоциональных состояний, имеются большие трудности формирования морально-этических представлений и понятий [14].

По мере продвижения в обучении у глухих детей наблюдается все более глубокое и тонкое понимание личностных и эмоциональных особенностей того или иного человека и межличностных отношений, повышается правильность оценки результатов своей деятельности, самокритичность, устанавливается соответствие притязаний собственным возможностям. Направление их развития аналогично тому, которое наблюдается у слышащих детей, однако соответствующие изменения появляются позднее (на два года и более).

Тем не менее, такие дети могут в случае специального обучения выработать большую точность распознавания эмоционального состояния говорящего, умение выделять и оценивать различные качества его личности. Отмечается исключительная способность понимать эмоциональное состояние говорящего.

Вторую группу составляют нарушения по *зрительной модальности*. В этиологии зрительных нарушений отмечают следующие факторы:

1. Генетические факторы – нарушения обмена веществ (альбиносы), генетические заболевания (нарушения развития глазного яблока), наследственная патология сосудистой оболочки и сетчатки глаза (амавроз врождённый Лебера, болезнь ванн Бухема, сотовидный хориоидит Дойна).

2. Внутриутробные факторы – патологическое течение беременности, вирусные заболевания.

По степени снижения остроты зрения выделяют следующие нарушения:

- дети с малым процентом остаточного зрения (до 10%);
- слепые или дети с остаточным зрением (90% потери зрения);
- тотально слепые;
- частично слепые;

- слабовидящие.

По времени наступления слепоты выделяют 2 группы нарушений и, соответственно, 2 группы детей – слепорожденные и поздноослепшие.

Рассмотрим более подробно познавательное развитие. Свойства внимания оказываются под влиянием нарушения зрения. Тем не менее, при организации коррекционно-развивающей деятельности внимание таких детей может достичь хорошего уровня развития.

Ограниченность зрительных впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование свойств внимания (объем, распределение, переключаемость, концентрация и т. д.).

Нарушение деятельности зрительного анализатора приводит к образованию новых нейронных связей, перестраивая нервную деятельность сенсорной коры так, что зрительная кора начинает обрабатывать слуховые сигналы и ориентироваться на них.

У незрячих и слабовидящих детей зрительное восприятие совершенствуется с помощью других сенсорных эталонов – слуховых, вибрационных и тактильных. Часто дети с таким спектром нарушений имеют слабый интерес к изучению окружающего мира, снижена познавательная активность, проявляется избирательность восприятия, чаще схематическое освоение зрительных образов предмета [10].

У детей при остаточном зрении страдает скорость и корректность зрительного восприятия. Нарушения бинокулярного зрения вызывают пространственную слепоту, ухудшается восприятие перспективы и глубины пространства. Отмечаются нарушения синхронности познания признаков, размера, цвета и формы предметов.

При этом отмечается компенсаторный механизм по слуховой модальности – улучшенная способность дифференцировать шумы, неречевые и речевые звуки, определять локализацию источников звука, направление звуковой волны. Слух у детей с нарушениями зрения развивается в основном теми же темпами, что и у нормотипичных, но сильно обостряется.

Тактильное восприятие является одним из основных информационных анализаторов для ребёнка с дефектом зрения. С помощью повышенной тактильной чувствительности незрячие дети имеют возможность читать брайлевский шрифт и приобщаться к культуре.

Дети с нарушениями зрения имеют большой диапазон индивидуальных различий в объёме памяти и скорости запоминания. Отмечается слабость в запоминании зрительных мнемических образов. Объём слуховой памяти часто превышает условную норму в сравнении с нормотипичными детьми.

Улучшение мнемических процессов состоит в многочисленных повторениях, а также логической обработке и усвоении информации, в дальнейшем её применении.

Включение осязания и других сохранных анализаторов в процесс знакомства со свойствами нового предмета ускоряет узнавание объекта и содействует развитию памяти.

Нарушения зрительного восприятия влияет на возможность воспринимать окружающий мир целиком, следовательно, слабовидящим и незрячим людям приходится формировать целостный образ предмета исходя из фрагментарного восприятия отдельных элементов, доступных для изучения.

Мышление слабовидящего или слепого ребёнка не имеет какой-либо зависимости от зрительной патологии. Различные понятия усваиваются детьми формально без реального чувственного образа, как правило, воспринимаются очень узко и в контексте усвоенного или совсем неверно усвоенного [60].

На становление речи ребёнка влияет своеобразие нарушений зрительных функций, из-за которых меняются взаимодействия анализаторов друг с другом. Слух и тактильные ощущения в формировании речи являются ведущими. Меняется темп развития речи, выявляются нарушения словарно-семантической стороны речи. Проявляется формализм. Большое количество слов находятся в пассивном словаре и не имеют под собой образного

подкрепления в памяти и мышлении ребёнка.

Часто дети с нарушениями зрения являются более ранимыми и менее уверенными в себе, имеют сниженный эмоциональный интеллект, в некоторых случаях проявляется эмоциональная лабильность. Уровень притязаний снижен, возникают страхи перед новым и неизведанным пространством, наполненным различными предметами.

Волевые качества ребёнка с дефектом зрения развиваются в процессе различных видов деятельности, характерные для каждого из возрастов и соответствующие зоне ближайшего и актуального развития ребёнка.

Паттерны поведения, сформированные адекватно возрасту и уровню развития ребёнка, будут стимулировать активность к изучению и проявлению в окружающем мире. У детей с нарушениями зрения формируется особенное соподчинение мотивов – от общего к частному. Усложнение мотивов деятельности способствует переходу к более сложным и социально значимым формам деятельности в детском коллективе.

Различия возникают в осуществлении самого процесса учебной деятельности: она протекает в более замедленном темпе, особенно в первые периоды ее становления, поскольку только на основе осязания и остаточного зрения вырабатывается автоматизм движения руки, контроль за протеканием и результативностью деятельности. Огромное значение имеет стиль взаимодействия и воспитания.

У детей с глубокими нарушениями зрения формирование различных видов деятельности замедляется. До трёх лет с задержкой формируется предметная деятельность, которая должна быть ведущей в этом возрасте. Следовательно, предметные действия несовершенны, что впоследствии скажется на формировании сторон мышления [56].

Отмечается значительное расхождение между пониманием функционального назначения предмета и возможностью выполнить конкретные действия с ним. Отсутствие зрительного подражания компенсируется за счёт усвоения и повторения пассивных движений.

В игровой деятельности наблюдаются трудности овладения всеми структурными ее компонентами. Трудности организации совместной деятельности и предметного общения детей остаются как в дошкольном, так и в раннем дошкольном возрасте.

Детям сложнее решить конфликтные ситуации в совместной игровой деятельности.

Учебная деятельность формируется не от этапа к этапу, а является длительным и сложным процессом. Учение на первых этапах имеет не учебную мотивацию. У детей появляется особая чувствительность к оценке результатов учения, стремление исправить свои ошибки, решать трудные задачи.

Рассмотрим еще один тип дизонтогенеза – *нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА)*. Данный тип относится к двигательным расстройствам, имеющий органическое центральное или периферическое происхождение. Выделяют:

- врождённую патологию опорно-двигательного аппарата (вывих бедра, кривошея, деформация стоп, аномалии развития позвоночника, различные недоразвития конечностей);
- заболевания нервной системы (полиомиелит, детский церебральный паралич и др.);
- приобретённые заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата (травмы и/или заболевания скелета).

Педагогическая классификация детей с нарушениями ОДА базируется на анализе уровня сформированности познавательной деятельности и социально-коммуникативного потенциала.

1. Дети с НОДА на фоне сохранного интеллекта – с преобладающими функциональными двигательными нарушениями, передвигающиеся самостоятельно или с применением вспомогательных средств, уровень психического и речевого развития соответствует возрастным нормам.

2. Дети с когнитивными нарушениями – передвигаются при помощи

ортопедических средств или лишённые возможности самостоятельного передвижения, имеющие нейросенсорные нарушения в комплексе с расстройствами манипулятивной деятельности и дизартрическими расстройствами разной степени выраженности [52].

Кроме того, нарушения опорно-двигательного аппарата дифференцируют по степени тяжести нарушений двигательных функций и по уровню сформированности двигательных навыков.

Нейрофизиологические основы двигательных нарушений состоят в следующем. Двигательный функционал ребёнка определяется несколькими уровнями нервной деятельности, двигательными отделами коры больших полушарий, подкорковыми узлами, базальными ядрами, мозжечком и спинным мозгом. Следовательно, двигательная система представляет собой сложную иерархическую организацию двигательных функций.

Большой спектр факторов может стать причиной нарушений опорно-двигательного аппарата. Самые частые заболевания – плоскостопие, дисплазия тазобедренных суставов, сколиоз и различные формы детского церебрального паралича (ДЦП).

Детский церебральный паралич – неврологическое заболевание, обусловленное непрогрессирующим повреждением и/или аномалией головного мозга у плода или новорожденного ребенка с развитием нарушений моторики и поддержания позы.

В Российской Федерации на 1000 новорождённых приходится 2-3 случая ДЦП, который является основной причиной детской неврологической инвалидности.

Основным проявлением дефицитарного восприятий у детей с НОДА является нарушенное взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, а именно среди звеньев двигательной системы и механизмами произвольных движений.

Формы детского церебрального паралича (К. А. Семенова):

- тетраплегия (тетрапарез) — общее поражение всех четырех

конечностей;

- диплегия (параплегия) — поражение либо верхних, либо нижних конечностей;

- гемиплегия (гемипарез) — поражение либо правой, либо левой половины тела;

- моноплегия — редко встречающееся поражение одной конечности.

Помимо основных четырех форм ДЦП, говорят еще о трех формах:

1. Гемипаретическая форма. Характеризуется изменчивым мышечным тонусом. Наблюдаются резкие частые движения при произвольных движениях или червеобразные, непрерывные спазмы.

2. Атонически-астатическая форма. По-другому называют мышечной гипотонией. Мышцы характеризуются слабостью, дряблостью и вялостью.

3. При осложненных формах ДЦП отмечаются сочетания различных вариантов нарушения мышечного тонуса [27].

Несмотря на разные формы ДЦП, выделяют общие признаки, которые характерны для данной группы нарушений. Первичным дефектом будет отсутствие или значительная недостаточность моторных образов. Вторичный дефект – нарушения зрительного и тактильного восприятия, нарушения речи, нарушения пространственного гнозиса и праксиса. Третичным дефектом является специфическое развитие личности и социальная дезадаптация.

Особенностями детей с ДЦП является:

- наличие параличей или парезов;
- нарушения мышечного тонуса;
- синкенизии;
- недостаточная сформированность реакций равновесия и координации движений;
- нарушения в ощущениях собственного тела;
- гиперкинезы и тремор.

А также для детей с ДЦП характерны нарушения развития высших психических функций, познавательной деятельности и личности в целом.

При различных типах нарушений опорно-двигательного аппарата часто проявляется снижение всех функций внимания из-за повышенной психофизической утомляемости. Нарушены устойчивость, переключаемость, избирательность, концентрация и распределение. Ребёнку сложно сконцентрироваться на конкретной цели, совершить произвольный выбор во время активной деятельности сенсорных анализаторов по приёму и обработки различной информации. Кроме того, на снижение функций внимания могут влиять физиологические особенности, из-за которых ребёнок не может фиксировать взгляд и удерживать его продолжительное время. На это влияет уровень развития прослеживающей функции глаз, ограничение поля зрения, нистагм и др.

Ограниченный функционал движений влияет на функции ощущения. Нарушается согласованность движений, в том числе зрительно-моторной координации. Из-за рефлекторности глазодвигательных реакций долгое время может сохраняться зрительный след от предыдущего изображения, препятствующий восприятию новой информации. В некоторых случаях возможна нечеткость зрительного восприятия из-за коморбидных нарушений зрения. Ребёнку может быть сложно воспринимать и удерживать несколько объектов сразу, на это влияет сниженный объём внимания и памяти. В пассивном словаре ребёнка могут находиться слова, не подкреплённые сенсорным образом.

Ребёнку с нарушениями ОДА бывает сложно определить предмет и его свойства на ощупь. Недоразвитие пространственных ощущений проявляются достаточно рано и не всегда компенсируются в полном объёме. Дефицит представлений приводит к неверному представлений о форме, размере и сущности предметов окружающего мира.

Ограничения в игровой и социально-бытовой деятельности мешают формированию пространственно-временных представлений. Наибольшие сложности возникают при практической ориентации в различных направлениях.

Дефицитарное восприятие детей с НОДА определяет недостатки образной памяти, преобладают фрагментарность и нечёткость образов.

Отмечаются ошибки слухоречевой памяти. Например, дети могут добавить новый несуществующий признак в исходном материале. Также могут непреднамеренно поменять элементы и порядок воспроизведения материала. Стоит отметить, что при ДЦП наблюдаются трудности смыслового запоминания. Механическая память может соответствовать возрастной норме или превышать её. Словесно-логическая память также задерживается в своем развитии.

Двигательные нарушения влияют на овладение наглядно-действенным и наглядно-образным мышлением. Отсюда можно сделать вывод, что те мыслительные операции, которые находятся внутри предметных и игровых действий будут развиваться с отставанием от нормы. Нарушается развитие словесно-логического мышления, поскольку, вследствие ДЦП нарушено формирование модальности с воображением, памятью и речевой деятельности. В мышлении такие дети опираются на несущественные признаки.

При гиперкинетической форме ДЦП абстрактно-логическое мышление легче достигает нормативных показателей. При других формах ДЦП наблюдаются задержки развития различных видов мышления. Также отмечаются трудности установления сходства и различия причинно-следственной связи между предметом и явлением окружающего мира. Классификация предметов осуществляется по принципу конкретных ситуативных связей. Задерживается формирование обобщающих понятий. Процесс овладения понятием количества протекает при патологическом формировании стереотипа счётного действия. И по характеру мыслительной деятельности дети с нарушениями двигательного развития находятся под влиянием церебротонических явлений, которые выражаются в низкой интеллектуальной работоспособности, а также в инертности психической деятельности.

Частота речевых нарушений при детском церебральном параличе составляет от 70 до 80%. Наблюдается нарушение звукопроизношения по типу дизартрии. Наблюдается гиперкинез языка и губ, мышц челюстей. Мышечный тонус при гиперкинетической форме меняется и определяет непостоянство нарушения звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступать спазм мышц, языка и гортани. При атоническо-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная, с нарушением звукопроизношения. Нарушения речи выражаются в виде пропуска звуков, их искажений или замен.

Также при детском церебральном параличе наблюдается недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи.

Отмечается недостаточная дифференциация, низкая актуализация временных и пространственных связей и отношений в активной речи. Словесное описание предметов и явлений более простое, нередко носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме. Пассивный и активный речевой словарный запас сильно ограничен: небольшой запас слов для характеристики предметов, их качеств и действий. Первые слова появляются к двум-трем годам, фразовая речь к трем-пяти в тяжёлых случаях. Нарушается мелодика, интонационная сторона речи. Голос обычно слабый, иссякающий, с немодулированной интонацией.

При детском церебральном параличе отмечается психический инфантилизм [28].

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер, которая сохраняется и в старшем школьном возрасте. Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. Выделяют три формы психического инфантилизма:

1. Невропатия — характеризуется повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, заторможенностью в поведении. Наблюдается так называемая мышечная

пугливость на какой-нибудь резкий звук, движение и т.д. Выражается такой испуг мышечным спазмом. Преобладают реакции пассивного протеста в детстве, который может выражаться отказом от речи (мутизм). Также сюда относят следующие реакции: уход из дома или школы, рвота, энурез, энкопрез.

2. Цереброастения – отмечается повышение эмоциональной возбудимости с нарушением внимания, памяти и низкой работоспособностью. Поведение отмечается раздражительностью, несдержанностью. Наблюдается склонность к конфликтам. Также отмечается чрезмерная психическая утомляемость и непереносимость психического напряжения. Таким детям довольно сложно адаптироваться в социуме.

3. Органический инфантилизм – сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, которая проявляется в виде инертности, тугоподвижности мышления при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Повышенная внушаемость сочетается с проявлением упрямства, плохой переключаемостью внимания. Склонность к расторможенности в лечении недостаточно высокая, развита критичность, элементы импульсивности сочетаются с инертностью.

Эмоционально-волевые нарушения в поведении детей в одних случаях проявляются повышенной возбудимостью и чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям, а в других случаях проявляется вялость, пассивность, безынициативность, нерешительность, заторможенность [31]. Отмечается повышенная впечатлительность, болезненная реакция на тон голоса, детьми отмечается малейшее изменение настроения близких, и такие дети болезненно реагируют на нейтральные вопросы и предложения. Нередко отмечается волевой инфантилизм, который проявляется в следующем. При слабых волевых усилиях проявляется неумение и порой нежелание подростка регулировать свое поведение. Общая вялость, доходящая до апатии или крайне несдержанность у других в отсутствии достаточной настойчивости в достижении цели. Свыкаясь с ролью больных,

подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляются иждивенческие настроения. В случае проявления средних волевых качеств наблюдается зависимость поведения от здоровья и самочувствия у многих подростков. Во многих других обстоятельствах подростки эпизодически проявляют волевую активность.

Учебная работа связана с интересом, текущими оценками, лечебной перспективой. Периоды волевого подъёма сменяются пониженным уровнем активности. При высоком уровне волевых качеств подростки обладают адекватной самооценкой, правильно определяют свои возможности, способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма личности. [31] Активно ведут борьбу с заболеванием, его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта. Воздержанные, терпеливо проявляют упорство в учебе, развивая свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием.

Чаще всего в семьях обнаруживается гиперопека, которая ведёт к подавлению естественной, сильной для ребёнка активности и, таким образом, воспитывают в ребенке иждивенческий стиль поведения. При авторитарном стиле воспитания родители не учитывают специфику двигательного развития ребенка и, тем самым, создают сложные условия для развития, при которых многие дети приходят к различным неврозам. Исследование, которое было проведено И. Ю. Левченко, показало, что 90% детей оценивали свои отношения с матерью высоко положительно, но при этом наблюдалась некоторая амбивалентность оценки. При этом 30% детей любят своих матерей, 60% описывали их положительные качества. 10% детей отказывались от ответов, наблюдалась агрессивная реакция. 10% детей говорили о любви между отцом и ребёнком. 64 % считали, что со стороны отца уделяется мало внимания в воспитании.

Наблюдаются нередко невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными реакциями, такими как чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению. В других случаях

наблюдается агрессивно-защитная форма поведения, которая проявляется аффективной несдержанностью, готовностью к конфликтам и агрессии. Предметная деятельность, предшествующая игровой деятельности, формируется со значительным опозданием, накладывая свое влияние и на опоздание в развитии других сторон психики. Игровая деятельность носит процессуальный и подражательный характер. Замысел игры нередко отсутствуют [29]. Набор игровых действий, операций ограничен. Отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. Сюжетно-ролевая игра в случаях тяжелых форм ДЦП (тетраплегия) не возникает, имеют место одиночные игры и игры рядом. Обычно такое положение отмечается в четыре-пять лет. В случае лёгких форм ДЦП подобных нарушений может и не быть или они слабо выражены. Очень много зависит от того, в какой социальной среде воспитывается ребёнок. Трудности развития практических навыков связаны с особенностями заболевания многих детей. Отмечается апраксия, т. е. неумение выполнять целенаправленные практические действия. Если родители жалеют ребенка, стараются за него все сделать, то они лишают его возможности овладеть практическим опытом. В этом случае говорят о вторичной апраксии: задержке формирования практической стороны деятельности.

1.3. Особенности коррекционно-развивающей деятельности у детей разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети с различными отклонениями в физическом, психическом или сенсорном развитии, мешающими им полноценно жить, учиться и адаптироваться в обществе. Ограничения могут касаться психологических, физиологических или сенсорных возможностей ребёнка. Нарушения могут быть врождёнными, или приобретёнными. Чаще всего дети с ограниченными возможностями

здоровья и инвалидностью имеют особые образовательные потребности, включающие особые условия для оптимальной реализации актуальных и потенциальных возможностей ребёнка, которые проявляются в процессе коррекционно-развивающей и реабилитационной деятельности.

К основным категориям лиц с ОВЗ и инвалидностью относят:

- 1) лица с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) лица с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) лица с нарушением речи (логопаты);
- 4) лица с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- 5) лица с умственной отсталостью;
- 6) лица с задержкой психического развития;
- 7) лица с нарушением поведения и общения;

8) лица с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Дети различных нозологических групп нуждаются в особых методах, приёмах и средствах обучения, обеспечивающих формирование компенсаторно-приспособительных обходных путей развития. Окружающая среда ребёнка должна быть устроена определённым образом, исходя из его возможностей, потребностей и интересов. Важно уделять внимание дефицитам ребёнка, но и его талантам, которые необходимо раскрыть для его дальнейшей автономной жизни в обществе.

Родители ребёнка с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью могут обратиться в специальные учреждения, оказывающие комплексную помощь и сопровождение – реабилитационные центры, которые принимают пациентов от 0 до 18 лет.

Реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями здоровья – это учреждение, оказывающее комплексную помощь. Реабилитационная деятельность как процесс преодоления дефицитарного восприятия включает в себя комплекс мер, направленных на развитие

сенсорных функций и коррекцию нарушенных процессов восприятия.

Ребенок с ограниченными возможностями может быть так же способен и талантлив, как и любой другой его сверстник, который не имеет проблем со здоровьем, но обнаружить свои таланты и способности, развить их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает неравенство возможностей. Несовершеннолетний с ОВЗ не является пассивным объектом социальной помощи. Он должен быть развивающимся человеком, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве. Обеспечению такого подхода к развитию личности данной категории детей способствует деятельность реабилитационных центров [24].

Среди множества социальных институтов, деятельность которых направлена на решение проблем реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, особое место отводится реабилитационному центру. Четкое определение понятия «реабилитационный центр» в научной литературе отсутствует. По мнению К. Г. Бурмистрова, более точно определять реабилитационный центр как учреждение, которое оказывает широкий спектр направлений обслуживания детей с ограниченными возможностями здоровья [10].

Реабилитационный центр представляет собой учреждение, которое реализует физическое, психологическое, социальное и нравственно-духовное восстановление людей (реабилитантов), которые перенесли инвалидизирующие болезни нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов чувств и др., а также имеющих психические и/или поведенческие расстройства [11].

Основными направлениями работы реабилитационного центра по работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями являются [24]:

- формирование навыков общения и взаимодействия; гармонизация отношений ребенка в семье и со сверстниками;

- коррекция некоторых личностных свойств, которые могут препятствовать взаимодействию, либо изменение проявления этих свойств так, чтобы они не влияли негативно на процесс общения;

- коррекция самооценки несовершеннолетних с целью приближения ее к адекватной;

- лично-ориентированный акмеологический и аксиологический подходы к оценке ключевых семейных проблем ребенка, обучения, общения, сферы интересов, а также потребностей;

- разработка дифференцированных программ помощи и поддержки, коррекционных и реабилитационных программ, адекватных индивидуально психологическим и возрастным особенностям несовершеннолетних.

Л. И. Шарипова отмечает следующие направления деятельности и оказания услуг реабилитационных центров для детей и подростков с ОВЗ [51]:

- материально-бытовые;
- правовые;
- социально-медицинские и санитарно-гигиенические;
- содействие в получении детьми образования, с учётом их физических недостатков и особых образовательных потребностей;
- возможностей и умственных способностей;
- социально-психологическая реабилитация;
- услуги по организации питания, быта, досуга и пр.

Центры реабилитации и абилитации для детей с ограниченными возможностями здоровья главной своей задачей считают проведение адаптации данной категории лиц в процессе социализации, обеспечение комфортного состояния их родителей, формирование у населения адекватного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья и интеграции данной категории детей в современное общество.

Основными направлениями деятельности в таком случае считаются [3]:

- реабилитационная работа с семьей;
- поиск и внедрение новых реабилитационных технологий;

- методическая работа, в том числе с территориальными центрами;
- организация повышения квалификации социальных работников и
- социальных педагогов.

О. И. Карякина отмечает, что для осуществления деятельности реабилитационный центр должен иметь три группы блоков, взаимосвязанных между собой. Блок «Медицинская реабилитация» должен включать следующие отделения:

- медико-социальной экспертизы;
- клинико-функциональных методов исследования;
- восстановительного лечения.

В состав подразделения социально-средовой реабилитации должны быть включены:

- служба коррекции ограничения передвижения лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе отделения: протезирования, ортезирования, косметическое, отделение изготовления ортопедической обуви, туторов, ортезов и других изделий;

- социологическая служба;
- отделение социально-бытовой реабилитации;
- отделение социально-психологической реабилитации, включая кабинеты психоанализа, психологической помощи, психотерапии, психоразгрузки и др.;

- отделение организации социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья, включая кабинеты консультантов юристов, социальных работников;

- лаборатория социально-педагогической реабилитации, включая кабинеты коррекции памяти и ассоциативных процессов, педагогов, психологов, дефектологов; зал и кабинеты профессиональной подготовки;

- социально-культурный центр, включающий спортивно-оздоровительный комплекс, киноконцертный зал, студию творческой реабилитации и др.

Блок «Профессиональная реабилитация» должен быть представлен следующими службами:

- кабинет профориентации;
- кабинеты профессиональной реабилитации;
- кабинеты специалистов по трудоустройству лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- кабинеты трудотерапии;
- учебные классы по профессиональной подготовке лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- участок (или мастерские или производственный комплекс) по производству изделий или выполнение соответствующего рода работ.

Блок «Дополнительной службы» может быть разнообразен по составу служб, входящих в него, что зависит от цели и задач, которые необходимо на них возложить в конкретном центре.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что реабилитационный центр для лиц с ограниченными возможностями здоровья должен располагать такой структурно-функциональной и материально-технической базой, которая бы была способная обеспечить возможность реализации оптимального для каждого инвалида курса реабилитационных мероприятий, позволяющих всесторонне подготовить лицо данной категории для позитивной интеграции в социум. Специалисты реабилитационного центра совместно с медицинскими работниками определяют исходный уровень физического и психического здоровья лица с ограниченными возможностями здоровья, разрабатывают индивидуальные программы реабилитации, прогнозируют этапы и сроки восстановления нарушенных (утраченных) функций и т. д.

В структуру полномасштабного реабилитационного центра должны входить несколько основных подразделений [21]:

- отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации;
- отделение медико-социальной реабилитации, его назначение –

организация поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в части медико-социальных и медико-консультативных мероприятий;

- отделение психолого-педагогической помощи, оно предназначено для организации поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в части психолого-социальных и социально-педагогических мероприятий;

- отделение дневного пребывания;

- стационарное отделение, оно предполагает круглосуточное пятидневное пребывание;

- реабилитационные группы, объединяющие детей по полу, возрасту и состоянию здоровья; деятельность реабилитационных групп осуществляется на основе групповых развивающих программ, учитывающих индивидуальные программы реабилитации.

В реабилитационном центре диагностируются особенности личностного развития, строятся индивидуальные планы коррекции проявления имеющихся способностей, организуются коррекционные группы, подбираются задания, позволяющие в коллективной деятельности приобрести социально ценные знания и умения их применения в труде, общении, в личной жизни. На основе изучения научной литературы, а также анализа отечественного и зарубежного опыта по данной проблематике можно выделить ряд функций, которые определяют роль реабилитационных центров.

Во-первых, центр реабилитации является проводником социальной политики государства, отражающий веяния и нормативы социального заказа. Государственный социальный заказ, выступая как экономико-правовая форма реализации государственных планов и программ, направленная на удовлетворение социальных потребностей граждан, расставляет приоритеты в существующих проблемах детей и подростков с ОВЗ и концентрирует усилия по их решению.

Во-вторых, в рамках реабилитационного центра находят все принципы

реабилитационного процесса М. М. Кабанов определяет их следующим образом: единство биологических и психосоциальных воздействий, разносторонность усилий для организации реабилитационной программы, апелляция к личности больного, ступенчатость проводимых воздействий и мероприятий. Построение работы в соответствии с данными принципами позволяет достичь максимального эффекта от проводимых мероприятий. Также необходимо выделить координирующую роль реабилитационного центра. Координация заключается не только в постоянной оценке и корректировке реализуемой индивидуальной программы реабилитации в соответствии с потенциалом данной категории несовершеннолетних, в привлечении различных мультидисциплинарных специалистов, оказывающих широкий спектр услуг, что связано с разнообразием навыков у детей с ОВЗ, необходимых для успешного лечения.

Реабилитационный центр также подключает к реабилитационному процессу внешние социальные институты, специалистов и др., то, что не предусмотрено в рамках его деятельности. Все это позволяет избежать однобокости в решении проблем детей с ОВЗ [48]. Таким образом, можно утверждать, что в научной литературе отсутствует общепринятое определение реабилитационного центра; реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями здоровья главной задачей ставят перед собой организацию и проведение адаптации данной категории детей в процессе социализации, обеспечение комфортного состояния их родителей, формирование у населения адекватного отношения к детям с ОВЗ и интеграции этих детей в современное общество.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

В данной главе были выделены виды реабилитации – социальная, психолого-педагогическая и медицинская.

Рассматривалась деятельность реабилитационного центра. Она предполагает многоуровневую систему взаимодействия специалистов медико-

социально-педагогического профиля. Основная цель – развитие ребенка, удовлетворение его основных потребностей, знакомство с окружающим миром, социальная защита, способность к самореализации, становление личности.

Определены часто встречаемые проявления дефицитарного восприятия у детей – нечеткость восприятия изображений, трудности восприятия количества объектов, недостаточность активного осязательного восприятия, пространственные нарушения, недостаточность объемных представлений.

Нами были рассмотрены три группы нозологических групп – глухие и слабослышащие, слепые и слабовидящие, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Определили основные направления развития для составления общей характеристики данных групп – развитие высших психических функций, речевое развитие, развитие личности.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

2.1. Обзор диагностических методик, позволяющих определить актуальный уровень различных видов восприятия у детей различных нозологических групп

Внедрение в процесс реабилитации активных форм дифференцированной помощи для детей с особыми образовательными потребностями расширяет реабилитационный и компенсаторный потенциал ребёнка. Основной формой коррекционно-развивающей помощи в условиях реабилитационного центра являются индивидуальные или групповые занятия, основанные на заключениях комплексного социально-психолого-педагогического консилиума.

Основными особенностями восприятия у детей с ОВЗ и инвалидностью являются: узость объёма, нарушение обобщённости, затруднение в узнавании предметов, пространственные нарушения. Развитие и формирование познавательной деятельности ребёнка базируется на сохранные органы чувств. Следовательно, для выявления общей картины у детей различных нозологических групп восприятие обследуется по следующим аспектам:

1. Слуховое восприятие.

Тесты на восприятие речи предназначены для оценки способности человека воспринимать и понимать устную речь. Они могут использоваться для диагностики речевых нарушений, в том числе у детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью. Ниже приведены несколько типов тестов и методик, которые могут быть использованы для оценки восприятия речи.

Тесты на фонематическое восприятие - направлены на оценку

способности различать звуки речи и их сочетания.

- *Игра «Найди лишнее слово».* Ребенку предлагают три слова, два из которых начинаются на один и тот же звук, а третье – на другой. Он должен определить лишнее слово.

Тесты на восприятие слов – помогают оценить, насколько хорошо ребенок может различать и понимать отдельные слова.

- *Игра на выбор слов.* Ребенку показываются картинки и произносятся слова. Он должен выбрать картинку, соответствующую услышанному слову.

Тесты на восприятие предложений – направлены на оценку способности воспринимать более сложные структуры речи.

- *Тест на восприятие инструкций.* Ребенку даются устные инструкции, состоящие из нескольких шагов (например, «Возьми красный мяч и положи его на стол»). Оценивается точность ребенка в выполнении указания.

2. Зрительное восприятие.

Тесты на зрительное восприятие оценивают способности детей воспринимать и обрабатывать визуальную информацию. Эти тесты могут помочь выявить проблемы со зрением, а также оценить развитие зрительных навыков, которые важны для обучения и повседневной жизни. Несколько методов и тестов, которые можно использовать для оценки зрительного восприятия у детей, предложены ниже.

Тесты на восприятие форм и цветов:

- *Определение форм.* Ребенку показывают различные геометрические фигуры (круги, квадраты, треугольники) и просят его назвать их или выбрать правильную фигуру из нескольких вариантов.

- *Игра с цветами.* Используют цветные фигуры или карточки. Ребенка просят распределить их по группам по общему признаку.

Тесты на восприятие размеров и пространства:

- *Сравнение размеров.* Ребенка просят сравнить два предмета и назвать, какой из них больше или меньше. Можно использовать игрушки или карточки разных размеров.

•*Определение предметов в пространстве.* Предметы располагают на разных расстояниях и просят ребенка назвать, какой предмет ближе или дальше.

Тесты на зрительное восприятие движений:

•*Игра «Следи за движением».* Используются игрушку или предметы, который можно двигать. Ребенка просят следить за движением предмета и описать, что он видит (например, предмет движется вверх, вниз, вправо).

•*Реакция на движение.* Проводится тест, в котором ребенок должен реагировать на движение объектов (например, хлопать в ладоши, когда видит движущийся предмет).

Наблюдение за зрительными реакциями:

•*Наблюдение в игре.* Смотрят, как ребенок взаимодействует с окружающей средой, как он находит предметы, ориентируется в пространстве и реагирует на визуальные стимулы.

•*Анализ интереса.* Оценивается, на какие визуальные стимулы (картинки, игрушки, движения) ребенок реагирует с большим интересом.

3. Тактильное восприятие.

Тактильные тесты помогают оценить, как ребенок воспринимает и обрабатывает информацию, получаемую через тактильные ощущения. Они могут выявить проблемы с сенсорной интеграцией и способствовать развитию необходимых навыков.

Тесты на распознавание объектов:

Методика «Волшебный мешочек». Ребенку предлагают несколько предметов в мешке и просят его угадать на ощупь, что это, основываясь только на тактильных ощущениях.

Тесты на восприятие текстур:

Сравнение текстур. Ребенку предлагают ощупать различные материалы (гладкий, шершавый, мягкий, жесткий) и просят его описать их. Можно использовать ткани, губки, бумагу и другие материалы.

Тесты на восприятие температуры:

Методика «Горячо – холодно». Предлагаются предметы с разной температурой (например, холодная и теплая вода). Ребенка спрашивают определить, какой из предметов холодный, а какой теплый, не глядя на них.

4.Обонятельное восприятие.

Тесты на обоняние помогают оценить способность ребёнка различать, идентифицировать и ассоциировать запахи. Ниже предложено несколько методов и тестов, которые можно использовать для этой цели.

Тест на распознавание запахов:

Ароматические контейнеры. Подготавливают несколько контейнеров с различными запахами (например, кофе, лимон, шоколад). Просят ребёнка закрыть глаза и попытаться угадать, какой запах он ощущает.

Тест на идентификацию запахов:

Запахи из повседневных предметов. Используют обычные продукты (например, специи, фрукты, эфирные масла) и предлагают испытуемому идентифицировать их по запаху.

5.Социальное восприятие.

Задания должны быть адаптированы с учетом индивидуальных потребностей и возможностей детей. Перечислим несколько подходов и методов, которые могут быть использованы для оценки социального восприятия у таких детей.

Тесты на распознавание эмоций:

- Использование картинок.* Детям предлагается рассмотреть картинки с изображениями лиц, выражающих различные эмоции. Нужно назвать эмоции или выбрать подходящие слова из предложенного списка.

- Эмоциональные игрушки.* Используют мягкие игрушки с разными выражениями лиц. Просят детей идентифицировать эмоции, которые выражают игрушки, и объяснить, в каких ситуациях они могут возникнуть.

Социальные сценарии:

Сказки и истории. Читают детям короткие истории, в которых описаны социальные взаимодействия. После прочтения задаются вопросы о чувствах

персонажей и о том, как они могли бы реагировать.

Невербальное восприятие:

- *Жесты и мимика.* Детям показывают короткие видеоролики или анимации, где люди используют жесты и мимику. Просят их объяснить, что происходит, и какие эмоции выражают персонажи.

- *Игра «Угадай эмоцию».* Дети изображают различные эмоции с помощью мимики и жестов, а другие должны угадать, какую эмоцию они показывают.

Интерактивные методы:

- *Использование технологий.* Применение приложений и программ для диагностики социальных навыков может быть полезным. Многие из них предлагают интерактивные задания, которые помогают детям развивать социальное восприятие.

- *Групповые занятия.* Организация групповых игр и активностей, где дети могут взаимодействовать друг с другом, поможет развивать их социальные навыки и восприятие.

Важно помнить, что тесты на социальное восприятие для детей с ОВЗ должны быть индивидуализированы и адаптированы к их возможностям. Поддерживающая и комфортная обстановка, а также положительное подкрепление могут значительно повысить эффективность таких тестов и помочь детям развивать свои социальные навыки.

Опросники и анкетирование:

Опросники для родителей – помогут собрать информацию о том, как ребенок интегрирует различные виды восприятия в повседневной жизни. Это может включать вопросы о том, как ребенок реагирует на различные сенсорные стимулы, как он взаимодействует с окружающими и как он справляется с социальными ситуациями.

Наблюдение:

Наблюдение в естественной среде. Наблюдают за детьми в различных социальных ситуациях, чтобы оценить, как они интегрируют визуальные,

аудиальные и тактильные стимулы. Обращают внимание на их реакции, взаимодействие с окружающими и способность адаптироваться к изменениям в среде.

Интеграция различных видов восприятия является сложным процессом, который требует комплексного подхода. Использование многофункциональных тестов и методов, а также индивидуализация подходов помогут получить более полное представление о способностях детей с ОВЗ и поддержать их развитие.

Диагностика должна быть адаптирована в зависимости от возраста ребенка, т. к. восприятие и его развитие могут значительно различаться. Например, для младших детей могут использоваться игровые и наглядные методы, в то время как для старших — более сложные тесты и задания. Понимание особенностей восприятия у слепых детей важно для разработки эффективных методов обучения и реабилитации. Это помогает создавать инклюзивную образовательную среду, способствующую

2.2. Психолого-педагогическая характеристика обучающихся реабилитационной группы

Ф. И. О. ребёнка: Глеб Я.

Дата рождения: 20.05.2018 г.

Особенности коммуникации, эмоционального развития, поведения: на контакт идёт с трудом, непродолжительный тактильный контакт допускает через 7-10 минут после начала диагностики. Эмоциональная реакция не всегда адекватна ситуации. Познавательный интерес неактивный, быстро угасающий. В ответ на предложенные задания интерес не проявляет. В положительной оценке своей деятельности не заинтересован. Помощь не просит, принимает её не всегда. При истощении проявляет двигательную расторможенность, ухудшение концентрации внимания. Наблюдается повышенная эмоциональная возбудимость, но возможно возобновление

продуктивной деятельности на непродолжительное время. В случае неудач ребёнок проявляет дезорганизацию деятельности, потерю интереса, уход от выполнения задания в виде агрессивных действий. Эмоциональный фон на протяжении обследования тревожный. Деятельность ребёнка выражена хаотичным бессистемным манипулированием. Наблюдаются стереотипные движения (постукивание разными предметами по зубам), аутоподобное поведение, двигательные и вербальные стереотипии (вокализации), заикленность на нефункциональном манипулировании предметами. При эмоциональном перевозбуждении наблюдаются аффективные вспышки и акты аутоагрессии (кусает руки). Навыки самообслуживания и опрятности недостаточно сформированы.

Особенности сенсомоторного развития: наблюдаются трудности моторного планирования. Постуральный контроль не удерживает. Имеются нарушения соматогнозиса, промахивается при показывании частей тела на себе. Испытывает трудности при выборе кистевого движения для совершения действий, отмечаются трудности в формировании пальцевого праксиса (осуществляет поиск позы, через несколько повторений позы обретают срединное положение). Отмечается гиперчувствительность по слуховой модальности. Ребёнок осуществляет сенсорный поиск.

Активная речь: представлена интонированными вокализациями. Большинство инструкций требуют расширения, уточнения, повторения и подсказки. Понимание речи находится на ситуативном уровне. Не всегда реагирует на своё имя и на речь в целом. Понимает отдельные слова и фразы, обусловленные ситуацией.

Особенности когнитивного развития: слуховая память на неречевые звуки сформирована согласно возрастной норме и компенсаторным возможностям ребёнка. Объём слухоречевого восприятия и слухоречевой памяти ниже возрастной нормы.

Мышление: тип мышления не соответствует возрастной норме, преобладает. Тип мышления – наглядно-действенное. Причинно-

следственные связи не устанавливает.

Внимание: объем, избирательность, концентрация не соответствуют возрастной норме. Внимание неустойчивое, требует быстрого и частого переключения. Имеются трудности сосредоточения при увеличении объёма стимульного материала. Не способен к распределению и переключению внимания с одного вида деятельности на другой.

Элементарные математические представления: со слов мамы сформирован навык счёта до 5. Ориентировка на плоскости недоступна. В пространстве ориентируется недостаточно.

Особенности игровой деятельности: игровая деятельность не сформирована, представляет собой нефункциональное манипулирование предметами. Игровая деятельность соответствует предметно-манипулятивному уровню.

Заключение: Ретинопатия недоношенных IV степень, (остаточное зрение менее 10%).

Ф.И.О. Марсель А.

Дата рождения: 04.12.2019 г.

Социально-коммуникативное развитие: на контакт идёт легко, зрительный и тактильный контакт устанавливает сразу. Эмоциональная реакция адекватна ситуации. Познавательный интерес активный. В ответ на предложенные задания проявляет интерес. Заинтересован в положительной оценке своей деятельности. Помощь просит и принимает. При истощении проявляет двигательную расторможенность, ухудшение концентрации внимания. Демонстрирует трудности оттормаживания. Наблюдается повышенная эмоциональная возбудимость, но возможно возобновление продуктивной деятельности в течение непродолжительного времени.

Речевое развитие: строение артикуляционного аппарата не имеет анатомических изменений. Голос тихий, иногда хриплый. Дыхание смешанное, часто ротовое, поверхностное. Ротовой и носовой выдохи дифференцированы. Отмечается повышенный тонус мышц артикуляционного

аппарата. Ощущения от органов артикуляционного аппарата снижены. Объём и амплитуда движения языка снижены. Нарушена точность и амплитуда движений языком. Лабиализация губ слабо выражена. Речь малоразборчива для окружающих. Наблюдается полиморфное нарушение звукопроизношения. Активная речь представлена простой фразой, иногда отдельными словами. В речи использует преимущественно существительные и глаголы. Рассказ по картинке с сохранением целостности и связности сюжета недоступен. Большинство заданий выполняются с помощью расширения инструкции, уточняющего вопроса, подсказки. Слоговая структура слова нарушена. Понимание речи находится на номинативном уровне. Понимает глаголы и некоторые уточняющие вопросы косвенных падежей.

Когнитивное развитие: слухоречевая и зрительная память на стадии формирования, снижена скорость и прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утрата информации. Объём слухоречевого восприятия и слуховой памяти составляет одно-двухкомпонентную инструкцию. Тип мышления соответствует возрастной норме. Уровень сформированности основных мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения на нижних границах возрастной нормы. Понимание многоступенчатых инструкций на стадии формирования. Механизм упреждающего синтеза не сформирован. Навык установления причинно-следственных связей на стадии формирования. Объём, избирательность и концентрация внимания ниже возрастной нормы. Внимание недостаточно устойчивое, требующее быстрого и частого переключения. Способен переключать и распределять внимание с одного вида деятельности на другой. Особенности восприятия – соотносит цвета, соотносит предметы по величине и форме, цельное восприятие картинки сформировано.

Эмоционально-волевое развитие: в поведении преобладает эмоциональная стабильность. Неудачи воспринимает адекватно, при возникновении трудностей просит помочь. Внешние эмоциональные

проявления выражены, разнообразны. Нуждается в периодической стимуляции при выполнении поставленной задачи, при её отсутствии переходит к игре по собственным правилам, похвала способствует повышению продуктивности ребёнка. Сюжетно-ролевая игра на стадии формирования.

Характеристика общих движений, движений рук, действия с предметами: указательный жест сформирован. Недостаточно развита мелкая моторика рук, присутствуют нарушения координации, темпа и ритма движений, присутствует моторная неловкость, движения по словесной инструкции выполняет с затруднениями. Присутствуют трудности моторного планирования и зрительно-моторной координации в рамках основного диагноза. Соматогнозис развит по возрасту. Способен к переносу действий определенными частями тела с другого человека на себя. Испытывает трудности при выборе кистевого движения для совершения действия. Отмечаются трудности в формирование пальцевого праксиса (осуществляет поиск позы, через несколько повторений позы обретают срединное положение). Мелкая моторика в процессе формирования.

Заключение: Детский церебральный паралич. Общее недоразвитие речи (3 уровень). Дизартрия.

Ф.И.О.: Алан С.

Дата рождения: 22.09.2018 г.

Данные логопедического обследования: социально-коммуникативное развитие: при контакте со взрослым осторожен, спустя некоторое время идёт на контакт, тактильный контакт допускает не сразу, периодически убегает к маме. Эмоциональная реакция не всегда адекватна ситуации. Познавательный интерес активный. В ответ на предложенные задания интерес проявляет не всегда. Не всегда заинтересован в положительной оценке своих действий. Помощь принимает, но просит о помощи только маму. При истощении проявляет снижение концентрации внимания, двигательную расторможенность. Наблюдается повышенная эмоциональная возбудимость,

но возможно возобновление продуктивной деятельности в течение непродолжительного времени. За звуковыми игрушками следит, на звуки реагирует. Обращённую речь понимает, на имя отзывается. Предъявляемые предметы узнаёт. Ребёнок с трудом концентрирует внимание, быстро переключается. Простые инструкции выполняет, инструкции в несколько ступеней выполняет с подсказкой педагога.

Артикуляционные функции: голос тихий, тонус мышц артикуляции не нарушен, снижена точность и амплитуда движений языка. Дыхание смешанное, поверхностное, частое. Ротовой и носовой выдохи дифференцированы.

Когнитивное развитие: объём слухоречевой и памяти снижен, снижена скорость и прочность запоминания. Выражена неточность воспроизведения и быстрая утрата информации. Тип мышления соответствует возрастной норме. Уровень сформированности основных мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения в рамках возрастной нормы. Причинно-следственные связи устанавливает не всегда. Объём, избирательность и концентрация внимания на нижних границах возрастной нормы. Внимание недостаточно устойчивое, требующее быстрого и частого переключения. Имеются трудности сосредоточения при увеличении объема стимульного материала.

Особенности сенсомоторного развития: наблюдаются трудности моторного планирования и зрительно-моторной координации. Соматогнозис развит по возрасту. Способна к переносу действий определёнными частями тела с другого человека на себя. Испытывает трудности при выборе кистевого движения для совершения действия. Отмечаются трудности в формирование пальцевого праксиса (осуществляет поиск позы, через несколько повторений позы обретают срединное положение). Мелкая моторика развита недостаточно.

Речевое развитие: Голосовая активность в норме. Речевые инструкции логопеда выполняет в зависимости от настроения. Речь малоразборчива для

окружающих, в речи преобладают существительные, в меньшей степени глаголы.

Заключение: Нейросенсорная тугоухость II степени.

Представленные психолого-педагогические характеристики совершенно разные, т. к. диагностируемые дети имеют разные нозологические группы. Следовательно, наблюдаются психолого-педагогические различия. В дальнейшей разработке диагностических мероприятий и коррекционной работе были предусмотрены индивидуальная и групповая формы работы.

2.3. Констатирующий эксперимент: цель, содержание, условия проведения

Дефицитарное восприятие у детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью представляет собой особую категорию нарушений, которые могут оказывать значительное влияние на их развитие, обучение и социальные взаимодействия.

Организация диагностики для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в рамках медико-психолого-педагогического консилиума в условиях ГБУ Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Салют» в г. Уфа предполагает комплексный подход и взаимодействие различных специалистов. В консилиум входят врач физической и реабилитационной медицины, невролог, педиатр психолог, логопед, дефектолог, педагоги и социальные работники. Это обеспечивает многопрофильный подход к диагностике и оценке состояния ребенка. Консилиум проводит регулярные заседания для обсуждения новых случаев и мониторинга уже проходящих реабилитацию детей, изучать истории болезни, предыдущих диагнозов и рекомендаций от лечащих врачей.

Должен проводиться регулярный сбор информации о развитии ребенка, его поведении, социальных навыках и уровне взаимодействия с

окружающими. Это может быть сделано через анкеты или интервью.

В процессе диагностики используются стандартизированные тесты для оценки когнитивных, эмоциональных и социальных навыков ребенка. Это может включать в себя проективные методики, тесты на внимание, память и интеллект. Проводится оценка речевых и коммуникативных навыков, выявление нарушений фонетики, лексики и грамматики. Оценка учебных навыков, мотивации к обучению и уровня подготовки в соответствии с возрастом и особенностями развития.

Специалисты медицинского блока проводят оценку физического состояния ребенка, выявляют возможные соматические заболевания и их влияния на развитие ребёнка. На заседании консилиума специалисты должны обсудить полученные данные, выявить сильные и слабые стороны развития диагностируемого [23].

Следующим шагом будет создание комплексного профиля, в который заносятся данные о психическом, физическом и социальном состоянии ребенка. На основе результатов диагностики разрабатывается индивидуальный план коррекционно-развивающей работы, который включает цели, задачи и методы, а также предоставление родителям рекомендаций по поддержке и развитию ребенка в домашних условиях.

Устанавливается периодичность повторных оценок для отслеживания динамики развития ребенка и корректировки индивидуального плана, назначается график прохождения курсов реабилитации на 1 год (каждые 3 месяца). Необходимы регулярные встречи консилиума для анализа прогресса и необходимости внесения изменений в программу.

Проведение семинаров и консультаций для родителей по вопросам поддержки и развития детей с ОВЗ. Взаимодействие с образовательными учреждениями, социальными службами и другими организациями для обеспечения комплексного подхода к реабилитации [47].

Организация диагностики для детей с ОВЗ и инвалидностью в медико-психолого-педагогическом консилиуме требует тщательной координации

работы специалистов и активного вовлечения родителей. Такой подход позволяет создать индивидуализированную программу реабилитации и максимально эффективно поддерживать развитие ребенка.

Все эти положения принимались нами во внимание при организации и проведении констатирующего этапа опытно-экспериментальной работы. Экспериментальная группа состоит из 3 человек 4-5 лет. Обследование включало структурированную последовательность тестов, которые проводились индивидуально в процессе входной диагностики для прохождения курса реабилитации.

Цель эксперимента – определение актуального уровня восприятия и варианты преодоления дефицитарного восприятия у каждого из участников. Для этого были выбраны диагностические методики, связанные с развитием различных видов восприятия.

Задачи, которые ставились в ходе эксперимента:

1. Составление программы диагностического исследования, включающей в себя критерии оценивания и анализа полученных результатов.
2. Организация диагностического пространства, отвечающего необходимым требованиям для получения точных результатов.
3. Проведение анализа полученных данных, их обработка и систематизация, подведение итогов для составления программы курса реабилитации.

Диагностика базировалась на следующих *принципах*:

1. Принцип систематичности – подразумевает составление плана обследования, учитывает переход от простого к сложному, логическую последовательность выполнения диагностических проб.
2. Принцип доступности – определяет выбор доступного для испытуемых материала с учётом их индивидуального развития.
3. Принцип комплексности – состоит во взаимодействии всех специалистов в процессе диагностики.
4. Принцип наглядности заключается в предоставлении материала в

форме изображений и предметов.

5. Принцип качественного анализа результатов, который способствует обработке полученных результатов не только балльной системой, но и проведением качественного анализа, описанием деятельности. В диагностике фонематического восприятия использовалась методика «Найди лишнее слово», были выбраны слова «меч», «мама», «дом», «метель». Если ребёнок затруднялся с ответом, ряд слов повторялся.

6. В пробе на диагностику «Найди лишнее слово» ребёнку были предоставлены слова «мама», «мяч», «дядя», «мишка», «мороз».

В пробе тест на выбор слов были предоставлены картинки с предметами быта, которые ребёнок должен знать согласно возрастным нормам. Задачей ребёнка было сопоставить название предмета, представленное на слух с предложенным изображением.

В пробе на восприятие инструкций ребёнку предлагаются инструкции из нескольких ступеней – например, возьми красный круг и положи его на зелёный квадрат, положи фигуры под стол.

При проведении пробы «Определение форм» ребёнку были предложены различные геометрические фигуры разных цветов, целью было распределить разноцветные фигуры по признаку формы.

В пробе «Игра с цветами» используются разноцветные карточки или фигуры, задача ребёнка распределить фигуры уже по цветам.

Проба «Сравнение размеров» подразумевает наличие предметов разной величины, ребёнок распределяет их от большего к меньшему. Для проведения данной пробы подходит матрёшка.

Проба «Определение предметов в пространстве» подходит для диагностики пространственного восприятия. 4 мягкие игрушки распределяются на различном расстоянии от испытуемого, но в его поле зрения, задача ребёнка определить их местонахождение относительно себя и других предметов.

В пробе «Следи за движением» ребёнок должен проследить за

движениями предмета, а также описать их (вправо, влево, вверх, вниз). Также, ребёнку даётся дополнительное задание – хлопать в ладоши, когда предмет начинает движение в руках специалиста.

Методика «Волшебный мешочек» используется для диагностики тактильного восприятия, ребёнок опускает руку в мешочек и описывает предмет, который попал к нему в руки, пытается его идентифицировать.

Проба «Сравнение текстур» предлагается ребёнку на тактильной доске. Задача ребёнка описать текстуру каждого из материалов.

Методика «Горячо – холодно» проводится с предметами разной температуры. Используется холодная ложка, горячая кружка, мешочек с тёплой солью и бутылка воды комнатной температуры.

Тесты на диагностику восприятия обоняния проводятся с использованием лимона, шоколада, кофе и прочих знакомых ребёнку запахов. Цель ребёнка – распознать каждый из ароматов.

Восприятие эмоций диагностируется на карточках, либо куклах с ярко выраженной мимикой. Целью ребёнка является идентификация эмоции и её описание.

Пробы на социальное восприятие подразумевают более сложные процессы высших психических функций, но помогают понять какое настроение перенимает ребёнок от прочитанной информации, какую именно часть он воспринимает особенно.

Анкетирование родителей проводится до процесса диагностики, для того, чтобы понимать как ребёнок ведёт себя в социуме и домашних условиях. Важно, не опираться на ответы родителей, а прежде всего делать возможные выводы из результатов, которые ребёнок показал в процессе исследования.

Наблюдение за ребёнком в свободной среде даёт педагогам информацию о том, какая именно сенсорная модальность у него находится в дефиците и какое направление её компенсирует.

2.4. Анализ результатов обследования различных видов восприятия у детей разных нозологий.

Констатирующий эксперимент проводился по следующим направлениям диагностики восприятия: слухового, зрительного, тактильного, социального и интегративного.

В ходе исследования были выявлены следующие результаты:



Рис. 1. Уровень сформированности различного вида восприятия

На основании проведённого исследования мы можем сделать следующие выводы. У Алана, испытуемого с нарушениями слуха наблюдаются особенности различных видов восприятия, которые могут существенно отличаться от нормального развития. Эти особенности могут влиять на их обучение, коммуникацию и взаимодействие с окружающим миром. Ниже представлены ключевые аспекты, касающиеся слухового, визуального, тактильного и когнитивного восприятия.

Ограниченное восприятие звуков – ребёнок с нарушениями слуха может не улавливать звуки на определенных частотах или в шумной обстановке, что затрудняет восприятие речи и окружающих звуков. Из-за недостатка слуховых

стимулов может наблюдаться задержка в развитии речи и языковых навыков, что влияет на их способность общаться.

Дети могут полагаться на визуальные элементы (жесты, мимику) для понимания речи, что требует от окружающих их поддержки. Дети с нарушениями слуха часто развивают более высокие навыки визуального восприятия, так как они полагаются на зрительные стимулы для понимания мира. Они могут лучше воспринимать невербальные сигналы, такие как жесты и выражения лиц, что помогает в общении. При этом некоторые дети могут испытывать трудности с концентрацией на визуальных объектах, особенно в условиях многозначной информации.

Слабослышащие или глухие дети могут развивать свои тактильные навыки, используя осязание для различения объектов и получения информации о мире. Тактильные игры и задания могут помочь детям развивать навыки различения текстур, форм и температур, что способствует общему развитию. В некоторых случаях могут наблюдаться трудности с координацией движений, что влияет на способность выполнять тактильные задания [58].

Из-за недостатка слуховых стимулов и ограниченного общения могут возникать задержки в развитии когнитивных навыков, таких как внимание, память и решение проблем. Дети могут лучше воспринимать информацию в контексте, когда они могут видеть и интерпретировать визуальные подсказки. Дети могут развивать уникальные стратегии для обработки информации, что может привести к творческим подходам к обучению.

Ограниченные слуховые возможности могут затруднять социальные взаимодействия и понимание социальных норм, что может привести к изоляции. Дети могут развивать социальные навыки, используя визуальные и тактильные подсказки, что может помочь им лучше интегрироваться в коллектив.

Дети с нарушениями слуха развивают уникальные особенности восприятия, которые требуют понимания и поддержки со стороны родителей,

педагогов и специалистов. Учет этих особенностей при обучении и взаимодействии с такими детьми может способствовать их успешной социализации и развитию.

У Глеба, испытываемого с нарушениями зрения также наблюдаются специфические особенности различных видов восприятия, которые могут влиять на их обучение, социальные взаимодействия и общее развитие.

Дети с нарушениями зрения часто полагаются на слух как основной источник информации о мире, что может способствовать развитию их слуховых навыков. Они могут лучше различать звуки, определять их источники и воспринимать мелодии и ритмы, что может быть полезно в обучении. В условиях шума или многозначной информации дети могут испытывать трудности с фокусировкой на звуках, что затрудняет понимание речи.

Слабовидящие и незрячие дети могут активно использовать тактильные ощущения для изучения объектов, различая текстуры, формы и размеры. Игры и задания с тактильными элементами могут помочь в развитии моторики и сенсорного восприятия. Некоторые дети могут сталкиваться с трудностями в координации движений, что может влиять на выполнение тактильных заданий.

У детей с нарушениями зрения могут быть разные степени потери зрения, что влияет на их способность воспринимать визуальные стимулы. Дети, имеющие остаточное зрение, могут использовать его для ориентирования в пространстве и распознавания объектов, что требует обучения и поддержки. Визуальные подсказки могут быть менее доступны, поэтому дети могут полагаться на контекст и дополнительные сенсорные данные для понимания окружающего мира [6].

Ограниченные визуальные стимулы могут приводить к задержкам в развитии высших психических функций. Дети могут развивать уникальные способы для восприятия и обработки информации, используя слуховые и тактильные подсказки, что может привести к улучшению интеграции ребёнка

в социум. Когнитивное искажение ребёнка с нарушениями зрения зависит от личного опыта и взаимодействия с окружающей средой, что требует активного участия взрослых.

Ограниченные возможности визуального восприятия могут затруднять понимание социальных норм и правил, что может привести к изоляции ребёнка от общества и сложностям интеграции в социальную среду

Дети с нарушениями зрения при правильно подобранном маршруте реабилитации могут полноценно включаться в социальную среду и быть её полноценным её участником.

Марсель, испытываемый с нарушениями опорно-двигательного аппарата испытывает специфические особенности восприятия, которые влияют на их взаимодействие с окружающим миром, обучение и социальные навыки. Рассмотрим ключевые аспекты различных видов восприятия у таких детей.

Он полагается на слух, как на основной источник информации, что может способствовать развитию слуховых навыков. Они могут быть более внимательными к звуковым деталям, что может помочь в обучении и восприятии окружающего мира. В условиях шума или многозначной информации дети могут испытывать трудности с фокусировкой на звуках, что затрудняет понимание речи.

Дети могут активно использовать тактильные ощущения для изучения окружающей среды, что помогает им развивать моторные навыки. Игры и задания с тактильными элементами могут помочь в развитии сенсорного восприятия и моторики. Ограниченная подвижность может затруднять выполнение тактильных заданий и взаимодействие с предметами [28].

Дети с нарушениями ОДА могут иметь трудности с восприятием пространства и ориентацией в нем, что может влиять на их независимость. Если у ребенка есть остаточное зрение, он может использовать его для ориентирования в пространстве, но это может требовать дополнительного обучения. Дети могут полагаться на контекст и другие сенсорные данные для понимания окружающего мира, особенно если они не могут активно

исследовать его.

Ограниченные физические возможности могут влиять на развитие когнитивных навыков, таких как внимание, память и решение проблем. Дети могут развивать уникальные стратегии для обработки информации, используя слуховые и тактильные подсказки. Когнитивное восприятие может быть более зависимым от личного опыта и взаимодействия с окружающей средой, что требует активного участия взрослых.

Нарушения опорно-двигательного аппарата могут затруднять участие в играх и взаимодействии с другими детьми, что может привести к изоляции. Дети могут развивать социальные навыки через слуховые и тактильные взаимодействия, что может помочь им лучше интегрироваться в коллектив.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата развивают уникальные особенности восприятия, которые требуют понимания и поддержки со стороны родителей, педагогов и специалистов. Учет этих особенностей при обучении и взаимодействии может способствовать их успешной социализации и развитию.

ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ

Данная глава посвящена диагностированию экспериментальной группы детей разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра. Была дана психолого-педагогическая характеристика обучающихся для лучшего понимания их сильных и слабых сторон, а также личностных особенностей.

Констатирующий эксперимент с целью диагностики различных видов восприятия – тактильного, слухового, зрительного, обонятельного и пространственного.

Большинство показателей по всем проведенным методикам выявили недостаточное развитие восприятия по дефицитарной модальности, а также пути компенсации нарушений. Из этого следует, что у испытуемых детей ярко выражена ограниченность знаний об окружающем мире, его фрагментарное

познание. Дефицитарная модальность затрудняет ориентировочно-исследовательскую и познавательную активность ребёнка. Выявляется пассивность восприятия, снижающая скорость в формировании способности воспринимать целостные образы предметов.

Проведение реабилитационных мероприятий помогает детям с ОВЗ и инвалидностью обрести свою индивидуальность, целостно развиваться во многих сферах, помогает скорректировать и компенсировать депривацию

Большую часть выявленных проблем детей помогает решить правильно выстроенный коррекционно-развивающий маршрут реабилитации. Курсы реабилитации рекомендуется проводить каждые 2-3 месяца, они будут реализовываться на основе принципов и актуальных технологий современной коррекционной педагогики.

ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ДЕФИЦИТАРНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

3.1. Обзор коррекционно-развивающих программ, направленных на преодоление дефицитарного восприятия у детей различных нозологических групп в условиях реабилитационного центра

Коррекционно-развивающая деятельность для детей с дефицитарным восприятием в условиях реабилитационного центра должна быть комплексной и многоуровневой, направленной на развитие различных навыков и улучшение качества жизни детей. Ниже представлены основные направления и методы такой деятельности.

1. Индивидуальные занятия.

- *Коррекционные занятия.* Проведение индивидуальных занятий с логопедами, психологами и дефектологами, направленных на развитие речевых, когнитивных и социальных навыков.

- *Сенсорная интеграция.* Использование методов сенсорной интеграции для улучшения восприятия и обработки сенсорной информации. Это может включать занятия с различными текстурами, звуками и визуальными стимулами.

2. Групповые занятия.

- *Игровая терапия.* Организация групповых игр, направленных на развитие социальных навыков и взаимодействия между детьми. Игры могут быть адаптированы в зависимости от уровня восприятия и моторных навыков.

- *Творческие мастерские.* Проведение арт-терапии и других творческих занятий, которые помогают детям выражать свои чувства и развивать мелкую моторику.

3. Мультимедийные и технологические методы.

•*Использование адаптивных технологий.* Применение специальных программ и устройств для развития навыков восприятия и коммуникации. Например, использование планшетов с обучающими приложениями и играми.

•*Визуальные и аудиовизуальные материалы.* Использование видеороликов, презентаций и других мультимедийных средств для привлечения внимания и улучшения восприятия информации.

4. Физическая активность и двигательная терапия.

•*Коррекционная физкультура.* Занятия, направленные на развитие координации, силы и гибкости. Это может включать элементы йоги, ритмической гимнастики и игр на свежем воздухе.

•*Сенсорные дорожки.* Создание сенсорных дорожек, где дети могут развивать тактильные ощущения и координацию движений.

5. Работа с родителями и семьей.

•*Обучение родителей.* Проведение семинаров и тренингов для родителей, направленных на обучение методам поддержки и взаимодействия с детьми. Это может включать советы по созданию стимуляционной среды дома.

•*Совместные занятия.* Организация совместных мероприятий для детей и родителей, которые способствуют укреплению семейных связей и поддерживают развитие социальных навыков у детей.

6. Междисциплинарный подход.

•*Командная работа специалистов.* Вовлечение различных специалистов (психологов, логопедов, педагогов, физиотерапевтов) для разработки и реализации комплексного плана коррекционно-развивающей деятельности.

•*Мониторинг и оценка прогресса.* Регулярная оценка достижений и корректировка программ в зависимости от потребностей и успехов каждого ребенка.

Реабилитация для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью — это комплекс мероприятий, направленных на

восстановление и развитие их физических, интеллектуальных и социальных навыков. Основная цель реабилитации — помочь детям с ОВЗ максимально интегрироваться в общество и улучшить качество их жизни.

Основные направления реабилитации для детей с ОВЗ:

Медицинская реабилитация: лечение и восстановление функций организма с помощью медикаментов, физиотерапии, массажей и других медицинских процедур. Оценка и коррекция физических нарушений, таких как нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и др.

Психологическая реабилитация: психологическая поддержка детей и их семей, помощь в адаптации к новым условиям жизни. Терапия, направленная на развитие уверенности в себе, эмоциональной устойчивости и социальных навыков.

Логопедическая реабилитация: коррекция речевых нарушений и развитие коммуникативных навыков. Индивидуальные и групповые занятия с логопедом, использование специальных методик и игр для развития речи.

Социальная реабилитация: поддержка в интеграции в общество, обучение навыкам общения и взаимодействия с окружающими. Участие в социальных программах, кружках и секциях, направленных на развитие интересов и навыков.

Образовательная реабилитация: индивидуальные образовательные программы, адаптированные к потребностям ребенка. Использование специальных методик и технологий для обучения детей с ОВЗ, включая альтернативные формы обучения.

Физическая реабилитация: разработка и реализация программ физической активности, направленных на развитие двигательных навыков и укрепление здоровья. Использование адаптивного спорта и физической культуры для повышения физической активности и социальной интеграции.

Реабилитация для детей с ОВЗ — это важный процесс, который требует комплексного подхода и участия различных специалистов. Основное внимание должно быть уделено созданию условий для полноценного развития

и интеграции детей в общество, а также поддержке их семей.

3.2. Коррекционно-развивающая деятельность по преодолению дефицитарного восприятия у детей разных нозологических групп в условиях реабилитационного центра

На базе ГБУ Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Салют» нами была разработана коррекционно-развивающая программа для испытуемых детей сроком на 4 курса реабилитации. В неё входят занятия с логопедом, дефектологом, психологом, специалистами по керамике и сенсо-моторной интеграции.

В таблице 1 представлена диагностическая, коррекционно-развивающая, воспитательная, аналитическая работы с детьми в рамках реабилитации. В каждом разделе отмечается подготовительный, основной и заключительный этапы.

Таблица 1

№	Этапы	Содержание
Диагностическая работа		
1.	Подготовительный этап	Этап предполагает отобрать диагностический материал, игры, подготовить индивидуальную карту, бланки для заполнения полученных результатов логопедического обследования, планирование деятельности специалистов в момент обследования детей.
2.	Основной этап	Получение информации о знаниях, умениях, навыках; учет особенностей поведения ребенка в момент обследования, учет сформированности психических процессов: памяти, внимания, мышления, артикуляционного аппарата.
3.	Заключительный этап	Установление речевого диагноза, разработка индивидуальной программы по коррекции.
Коррекционно-развивающая работа		

№	Этапы	Содержание
4.	Подготовительный этап	Мотивирование ребенка; устранение анатомических дефектов органов артикуляции, развитие подвижности артикуляторных органов, развитие мелкой моторики.
5.	Основной этап	Развитие звукопроизношения (постановка, автоматизация, закрепление); развитие речевой активности (лексико–грамматический строй, связная речь).
6.	Заключительный этап	Применение полученных знаний, умений, навыков в жизни, рекомендации родителям.
Воспитательная работа		
7.	Целенаправленное, систематическое, организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств в соответствии с потребностями общества.	
Аналитическая работа		
8.	Анализ достигнутого уровня развития	Выявление динамики роста и уровня сформированности речевой деятельности путем сравнительных и дифференцированных методов диагностики.
9.	Оценка личностных изменений	Анализ результатов деятельности детей.
10.	Формирование у родителей адекватного отношения к выявлению у детей нарушений.	Прогноз их развития в соответствии с потенциальными возможностями и необходимостью дальнейших видов обучения.

Контроль освоения содержания программы детьми осуществляется в процессе специально организованных, коррекционно-развивающих занятий.

Педагогический анализ знаний и умений детей (диагностика) проводится каждый реабилитационный курс, посещаемый ребенком (ПСУ). Вводный – первый день заезда. Итоговый – в последний день заезда.

Предложенная программа является вариативной, то есть при возникновении необходимости допускается корректировка содержания и форм занятий, времени прохождения материала.

Организационно-педагогические условия реализации программы. Основной целью коррекционных занятий является преодоление и коррекция

нарушений высших психических функций.

Для этого на занятиях создаются:

- благоприятные условия для развития всех компонентов речевой системы;
- атмосфера доброжелательности и ситуация успеха для каждого ребенка;
- образовательная деятельность осуществляется на русском языке.

Рассмотрим более подробно *содержание* программы дефектолога, реализующаяся в Республиканском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Салют» в городе Уфа.

1.Подготовительный этап

Тема №1. Диагностика:

- обследование уровня сформированности коммуникативного развития;
- обследование уровня сформированности высших психических функций (восприятие, внимание, память и речь);
- обследование уровня сформированности эмоционально-волевой сферы;
- обследование навыков фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза фонематических представлений;
- обследование навыков самостоятельной игры;
- обследование навыков письма и чтения;
- обследование навыков мелкой и крупной моторики.

Необходимый материал: диагностический альбом, опросники, сортеры-вкладыши, тексты для чтения, материал для письма.

Тема №2. «Мир цвета»:

- предметные игры – наблюдение за игрой ребёнка, включение в игру, установление контакта;
- сенсорные игры с предметами: клубочками, мячиками, цветными фигурами, пластичными материалами;

- выкладывание изображения по заданному образцу и без него;
- подвижные игры.

Необходимый материал: набор «Дары Фрёбеля», цветные мячики, цветные, деревянные фигурки, пластилин, кинетический песок, тесто для лепки, цветные карточки, сортер «Бомбошки», интерактивный стол.

Тема №3. «Овощи и фрукты»:

- повторение уже изученных предметов по теме «Овощи и фрукты»;
- обогащение словаря по теме «Овощи и фрукты»;
- изучение карточек по теме «Овощи и фрукты»;
- развитие мелкой моторики;
- развитие зрительного и слухового внимания.

Необходимый материал: набор «Дары Фрёбеля», тематическое лото «Фрукты и овощи», тематические карточки «Овощи и фрукты», тематические плакаты «Овощи и фрукты», пластичные материалы.

Тема №4. «Моя семья»:

- расширение представлений по теме «Семья»;
- воспитание доброжелательного отношения в семье, уважения и взаимопомощи;
- развитие зрительного и слухового восприятия.

Необходимый материал: альбом с фотографиями ребёнка и членов его семьи, бумажные куклы (мама и девочка, папа и мальчик) и одежда к ним, картинка для раскрашивания с изображением семьи, развивающие карточки М. А. Жуковой «Эмоции».

Тема №5. «Домашние животные»:

- активизация имеющихся знаний по теме;
- изучение новых домашних животных;
- обогащение словаря по теме «Домашние животные»;
- развитие мелкой моторики;
- развитие зрительного и слухового внимания.

Необходимый материал: карточки Домана по теме «Домашние животные», миниатюрные фигурки «Домашние животные», картинки с пищей домашних животных, развивающая игра «Кто чей детёныш?», лото «Домашние животные».

Содержание программы 2-4 курса подготовительного этапа смотреть в Приложении 2.

Рассмотрим тематическое планирование 1 курса. Тематическое планирование 2-4 курсов смотреть в Приложении 3.

Таблица 2

№ п/п	Название раздела, тема	Количество часов мин.			Форма контроля
		Всего	Теория	Практика	
1.	Диагностика	30	-	30	Сбор анамнестических данных, опрос
2.	«Мир цвета»	60	-	60	Беседа, наблюдение
3.	«Овощи и фрукты»	60	-	60	Беседа, наблюдение
4.	«Моя семья»	60	-	60	Беседа, наблюдение
5.	«Домашние животные»	60	30	30	Беседа, наблюдение
6.	Диагностика	30	-	30	Мониторинг
	ИТОГО	5 час.	30 мин.	4 час. 30 мин	

В данном центре реализуется процесс социально-психологической реабилитации. Ниже представлен календарно-тематический план 1-го заезда, темы 2-4 заезда смотреть в Приложении 4.

Процесс реабилитации предполагает взаимодействие с логопедом.

Занятия проводятся в индивидуальной форме и микрогруппах с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. Структура занятия включает себя: организационный момент, основная часть, подведение итогов.

Оценка эффективности усвоения логопедической коррекционной

программы проводится на основании контрольной диагностики.

Таблица 3

Календарно-тематический план для I уровня, соответствующего уровню развития детей от 4 до 6 лет

(социально-психологическая реабилитация)

1 заезд

№	Тема	Цель	Теоретическая часть	Практическая часть
1	Диагностика	Знакомство с ребенком. Наблюдение за ним в игре, во взаимодействии с мамой.		Индивидуальная диагностика
2	«Собери цветик»	Знакомство с цветом, формой, и их соотнесение.	Формирование представлений детей о цвете и форме (узнавании, сличение, знание названий)	Сенсорная комната (снятие эмоционального и мышечного напряжения) Игра «Разноцветные палочки», «Разноцветные пирамидки», «Собери цветик», «Башни», «Большой – маленький».
3	«Круг - большой-маленький»	Развитие соотнесения по цвету и по форме.	Достаем из мешка, не глядя, мячи (большие и маленькие). Закрасить большие мячи синим, маленькие красным цветом.	Игра «Как у нашего кота...» «Ласковое имя», «Прятки».
4	«Квадрат – большой, маленький-поменьше»	Развитие зрительного, тактильного восприятия, внимания и мелкой моторики.	Формирование представлений у детей о геометрических фигурах с помощью комплекта Фребеля; задания: «Сложи узор», «Собери по форме, цвету и размеру»	«Заплаточки». «Цветовое лото» «Ласковое имя» Сенсорная комната

№	Тема	Цель	Теоретическая часть	Практическая часть
5	«Слева, посередине, справа. Круг, квадрат»	Формирование умения ориентироваться в пространстве - знакомство с понятиями «слево», «справо», «посередине».	Выполнение задания с элементами аппликаций (геометрический ковер)	Игра «Курочка с цыплятками» (модификация игры «Коршун» «Ласковое имя»
6	«Большой, маленький, поменьше, одинаковые - треугольник»	Закреплять умение определять величину предметов, результат сравнения отражать в речи: большой, маленький, поменьше, одинаковый.	Игровое упражнение «Большой, поменьше, и маленький» (мышата и сыр). Игра «На какую фигуру похожи предметы». Игровое упражнение «Рисуем треугольники».	Игра «Испечем пирог» (тактильный контакт, бережное отношение к себе и другому). Сенсорная комната.
7	«Вчера, сегодня, завтра, далеко, близко»	Развивать представление о расстоянии: «далеко», «близко», «вчера», «сегодня», «завтра»	Наклеить елки по всему листу (какая далеко и какая близко?) Беседа с детьми: «Какие добрые дела сделали сегодня, вчера какие сделают завтра».	Игра «Кот Вася» (арт-терапия «Рыбка для кошки») Игра «Бип» (отношение к разным игрушкам). «Заплаточки». «Цветовое лото».
8	«Короткий-длинный - Овал»	Закреплять умения сравнивать знакомые предметы по протяженности (длинный и короткий); закреплять знания о геометрической фигуре овал, находить его среди множества фигур.	Две ленты – короткая и длинная; ленты необходимо закрутить и определить какую ленту закрутили быстрее. Игра «Закрась правильно» длинную ленту – синим; короткую – красным. Игра «Найди и закрась» (самый большой овал – зеленым, поменьше – синим, самый маленький – красным)	Дидактическая игра «Мой день» (распорядок дня и самостоятельность ребенка) Сенсорная комната.

№	Тема	Цель	Теоретическая часть	Практическая часть
9	«Времена года. Круг, овал, треугольник, квадрат»	Активизация словаря по теме «Осень», «Зима», «Весна» и «Лето»; закреплять знания о геометрической фигурах.	Разминка: ответы детей на вопросы о временах года; рассказ об осени, осенние загадки; упражнение «Дождик» (соединить по точкам).	Цветовое лото. Игра «Добрый медвежонок» (тактильный контакт, отношение к себе) Игра «Веселый дождик».
10	Заключительный этап	Заключительный этап	Подводим итоги всех проведенных занятий.	Индивидуальная диагностика

Результаты рассматриваются в виде динамики в процессе получения детьми коррекционной помощи по выбранной стратегии работы.

Основными методами отслеживания результатов является: наблюдение, беседа, опрос, сбор анамнестических данных, мониторинг.

Планируемые результаты. В результате коррекционной логопедической работы дети будут уметь:

Обучающие результаты:

- правильно использовать артикуляцию, диафрагмальное дыхание во время речи;
- воспринимать и различать звуки речи;
- выполнять звукослоговой анализ и синтез;
- использовать словарный запас по лексическим темам;
- грамотно выстраивать слова между собой в словосочетаниях и предложениях.

Развивающие результаты:

- подражать слышимой речи;
- выделять интонационно выразительную речь;
- взаимодействовать с окружением при помощи речи;
- четко произносить звуки, владеть грамматическим строем языка,

читать и писать;

- самостоятельно, разнообразно, инициативно использовать речь в практике общения.

Воспитательные результаты:

- общаться со сверстниками в процессе совместной деятельности;
- соблюдать правила поведения на занятии, в группе сверстников.

Занятия проводятся по утверждённому индивидуальному расписанию, составленному в соответствии с графиком курсов реабилитации.

Для реализации программы необходим специалист, имеющий высшее педагогическое образование по направлению «Логопедия» (квалификация учитель-логопед) и курсы повышения квалификации в объеме 72 и более часов в области инклюзивного образования, использующий современные образовательные технологии при проведении реабилитационных мероприятий с лицами с нарушениями речи; участвующий в работе педагогических советов, в проведении мероприятий, предусмотренных образовательной программой организации; в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям или лицам, их заменяющим, а также педагогическим работникам в пределах своей компетенции. Специалист должен проводить логопедические занятия различной направленности, логопедический массаж, пассивная и/или активная артикуляционная гимнастика, включение логоритмического компонента.

Ниже представлен календарно-тематический план 1-го заезда. Заезд 2-4 отображен в Приложении 5. Содержание программы представлено в Приложении 6.

Процесс реабилитации непосредственно связан с творческой активностью, которая помогает детям реализовать свой потенциал. Реабилитационный центр города Уфа предполагает специализированную программу художественной направленности «Керамика».

Использование программы предполагает большую гибкость. Время

освоения содержания каждой ступени строго индивидуально и зависит от целого комплекса причин (инвалидизирующего заболевания, структуры нарушений).

Таблица 4

**Календарно-тематический план для I уровня, соответствующего уровню
развития детей от 4 до 6 лет
(логопедической реабилитации)**

1 заезд

№ п/п	Название раздела, тема	Количество часов мин.			Форма Контроля
		Всего	Теория	Практика	
1.	Диагностика	30	-	30	Сбор анамнестических данных, опрос
2.	«Давай дружить!»	60	-	60	Беседа, наблюдение
3.	«Круглый год»	60	-	60	Беседа, Наблюдение
4.	«Окружающий мир»-природа	60	-	60	Беседа, Наблюдение
5.	«Окружающий мир»- предметы быта	60	30	30	Беседа, Наблюдение
6.	Диагностика	30	-	30	Мониторинг
	ИТОГО	5 час.	30 мин.	4час. 30 мин	

Оценка результатов реализации программы производится путем проведения в начале и конце реабилитационного периода мониторинга усвоения знаний и сформированности умений у детей. Результаты мониторинга заносятся в индивидуальную карту получателей социальных услуг (ИКПСУ). Родители детей оценивают продуктивность программы по результатам практической и/или интеллектуальной деятельности детей.

Календарно-тематическое планирование данного курса представлено в Приложении 7.

Художественная реабилитация предполагает предметные результаты:

- технику безопасности при работе со стеклами, ножами, ножницами,

керамическими материалами, правила поведения во время работы в керамической мастерской;

- названия, правила пользования инструментами и приспособлениями для обработки глины;

- отличительные особенности разных видов глин и способы определения пригодности глины (тощая, жирная, нормальная) и подготовки ее к работе;

- основные технические приемы работы с керамическими материалами;

- технологическую последовательность выполняемой работы;

- основы формования керамических изделий и приемы изготовления простых гипсовых форм;

- основные способы декорирования керамических изделий;

- элементарные основы технологии обжига;

- цветовую гамму: основные и дополнительные цвета, их сочетания и насыщенность;

- основы композиции;

- основные приемы росписи, ангобирования и глазурования керамических изделий;

- определять пригодность глины к работе, готовить глиняную массу, шликер;

- выполнять керамические изделия различной степени сложности;

- подбирать керамический материал, технику исполнения, приемы декорирования в соответствии с художественным замыслом;

- готовить изделия к росписи (сушка, по необходимости, грунтовка) и расписывать, используя приемы росписи по керамике;

- выполнять декорирование и роспись готовых изделий.

Из всего вышенаписанного следует, что испытуемые прошли по 4 курса реабилитации по программе, включающей в себя занятия с логопедом, дефектологом, психологом и специалистом по керамике. Это помогло нам выявить влияние коррекционно-развивающей деятельности на детей с

различными видами дефицитарного восприятия в условиях реабилитационного центра.

3.3. Сравнительный анализ данных констатирующего и контрольного экспериментов

Контрольный эксперимент проводился по аналогичным направлениям констатирующего эксперимента.

В ходе исследования были выявлены следующие результаты.



Рис. 2 Уровень сформированности различного вида восприятия после прохождения 4 курсов реабилитации

На основании данных эксперимента мы можем сделать выводы о том, что преодоление дефицитарного восприятия у детей различных нозологических групп происходит посредством формирования компенсаторно-приспособительных обходных путей. Коррекционно-развивающая деятельность в условиях прохождения курсов реабилитации помогает осваивать новые знания, умения и навыки. Увеличение реабилитационного потенциала у детей с ограниченными возможностями

здоровья в рамках прохождения курсов реабилитации – это важная задача, требующая комплексного подхода. Происходит оценка индивидуальных потребностей и возможностей ребенка, включая физические, эмоциональные и социальные аспекты. Разработка реабилитационных программ, адаптированных под конкретные нужды и способности каждого ребенка. Использование различных методов физической терапии для улучшения двигательных функций и укрепления мышц. Помощь детям в освоении повседневных навыков и улучшении координации. Арт-терапия и игровая терапия: Включение творческих и игровых методов для повышения мотивации и эмоционального состояния.

Происходит вовлечение семьи в коррекционно-развивающую деятельность. Активное участие родителей в реабилитационном процессе, обучение их методам поддержки и взаимодействия с ребенком. Им предоставляется информация и ресурсы, чтобы они могли лучше понимать и поддерживать реабилитационные усилия.

Огромное значение имеет междисциплинарная реабилитационная команда – взаимодействие врачей, терапевтов, педагогов и психологов для комплексного подхода к реабилитации. Происходят регулярные встречи и обсуждения между специалистами для оптимизации реабилитационных методов.

Применяются специальные устройства и технологии, которые могут помочь детям в обучении и повседневной жизни.

Теле-реабилитация – использование дистанционных методов реабилитации для расширения доступа к услугам и поддержания контакта с специалистами.

Работа с психологами для преодоления социальных и эмоциональных барьеров, связанных с ограничениями. Поддержка в развитии уверенности в себе и мотивации к достижению целей.

Происходит обучение детей взаимодействию с ровесниками, развитие социальных навыков через групповые занятия и игры. Дети участвуют в

инклюзивных программах и мероприятиях, которые способствуют взаимодействию с другими детьми.

Ведётся постоянный мониторинг и оценка прогресса ребенка в реабилитации, корректировка программ по мере необходимости.

После прохождения курса реабилитации происходит получение обратной связи от родителей и детей для улучшения реабилитационных мероприятий.

Увеличение реабилитационного потенциала у детей с ОВЗ требует комплексного и индивидуализированного подхода, включающего различные методы и поддержку со стороны семьи и специалистов. Это позволит детям максимально реализовать свои возможности и улучшить качество жизни.

ВЫВОДЫ ПО 3 ГЛАВЕ

Для определения эффективности разработанного плана реабилитационной работы был осуществлён контрольный эксперимент. В рамках контрольного эксперимента использовались те же методики диагностики, которые проводились в констатирующем эксперименте. Они были направлены на определения уровня развития разных видов восприятия. Эксперимент проводился индивидуально с каждым обучающимся.

Проведя анализ результатов деятельности обучающихся, можно сделать вывод о том, что проделанная работа позволила достичь хороших результатов, отмечена положительная динамика развития различных видов восприятия за счёт проведения курсов реабилитации.

Таким образом, после анализа результатов констатирующего и контрольного экспериментов, можно сделать вывод, что разработанный комплекс коррекционно-развивающих мероприятия является эффективным при работе с детьми с дефицитным восприятием. При этом важно учитывать особые образовательные потребности детей различных нозологических групп и возрастов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преодоление дефицитарного восприятия у детей различных нозологических групп – это важная задача, направленная на улучшение их качества жизни, развитие уверенности в себе и социальных навыков. Дефицитарное восприятие может проявляться в недостаточной самооценке, ограниченном понимании своих возможностей и трудностях в общении с окружающими.

Важно понимать, что дефициты восприятия могут влиять на потенциал ребёнка в целом, а также увеличивать вероятность проявления вторичного дефекта развития, уменьшать зону актуального развития и отдалять зону ближайшего развития. Все эти факторы влияют на отсутствие полноценного взаимодействия ребёнка с социумом и окружающей средой, ведь этим детям крайне сложно адаптироваться к чему-то новому.

В результате анализа научных и научно-методических источников, а также проведения двух этапов исследования, были сделаны выводы, что преодоление дефицитарного восприятия возможно только с помощью формирования компенсаторно-приспособительных обходных путей развития. При проведении реабилитационных мероприятий ведущее значение имеют психолого-педагогические особенности подопечных, на основе которых разрабатываются индивидуальные коррекционно-развивающие программы.

В первой главе был проведён анализ источников, которые подтверждали, что без учёта индивидуальных потребностей ребёнка реабилитационная деятельность невозможна.

Вторая глава была посвящена проведению констатирующего эксперимента, который доказал необходимость назначения реабилитационных мероприятий.

Основой для назначения программы реабилитации является междисциплинарная реабилитационная команда – медико-психолого-педагогический консилиум, который проводит комплексную диагностику и

выявляет потенциальные возможности ребёнка для прохождения курса реабилитации длиною в 14 дней.

Полученные данные показали, что уровень и вид дефицитарного восприятия зависит от нозологической группы ребёнка. Часто, дефицит восприятия по основной модальности влечёт за собой ряд последствий для общего развития ребёнка, которые могут корректироваться с помощью правильно выстроенной маршрутизации и сопровождении ребёнка.

В третьей главе был представлен комплекс реабилитационных мероприятий, в рамках которого был проведён анализ теоретических и экспериментальных данных. Направления, выявленные в процессе диагностики стали определяющими для построения коррекционно-развивающей работы. Был составлен и реализован план работы с испытуемыми на 1 год, то есть на 4 реабилитационных курса. Оценка эффективности проведённой работы заключалась в сравнении результатов контрольного и формирующего эксперимента. Оценка качественных и количественных показателей контрольного эксперимента соотносились с данными констатирующего эксперимента. Полученные результаты доказывают положительную динамику по всем направлениям, что свидетельствует об эффективности проведённой нами работы.

Следовательно, мы можем сделать вывод о том, что основная цель нашей выпускной квалификационной работы достигнута, задачи решены, гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М., 2003. 368 с.
- 2.Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы: учеб. пособие. М., 2014.- 380с.
- 3.Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании. М., 2001. 192 с.
- 4.Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании. М.: Издательский центр «Академия», 2011.
- 5.Алферова Т. С., Потехина О. А. Основы реабилитологии. Тольятти, 1995. 148 с.
- 6.Андреев В. И. Педагогика: Учебный курс для творческого самообразования. Казань, 2000. 608 с.
- 7.Андреева Г. М. Социальная психология. М., 1998. 229 с.
- 8.Аргунова Т. П. Интеграция детей-инвалидов в социум посредством социально-педагогической реабилитации. Якутск, 2009. №1. С. 109-115.
- 9.Артеменко Е. В. Досуг и игры в реабилитации ребенка с ДЦП. М., 2001. 28 с.
- 10.Асмолов А. Г. Вопросы теории и практики. СПб., 2006. 24 с.
- 11.Асмолов А. Г. Традиции и перспективы деятельностного подхода в психологии. М., 1999. 429 с.
- 12.Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994. 216 с.
- 13.Астраханцева О.Е. Некоторые пути решения проблем инвалидов в России. М., 2009. 114с.
- 14.Ачильдиева Е.Ф. Семья с ребенком-инвалидом. Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования. М., 2008. 39с.

- 15.Белоусова А. Социально-трудовая реабилитация детей и подростков. Казань. 2006. № 3. С. 63.
- 16.Беляева М.А. Социальная работа и социокультурная деятельность с семьей ребенка-инвалида. Екатеринбург., 2009. 248с.
- 17.Беляева М.А. Социальная работа. Екатеринбург. 2012. 139с. .
- 18.Брушлинский А. В. Психология субъекта. СПб., 2003. 270с.
- 19.Ванышин С. Н. Кому нужна реабилитация инвалидов. Пенза. 2007. №1. С. 4-5.
- 20.Васина Л. Г. Реабилитация через образование. М., 1998. №5. С. 3-7.
- 21.Всеобщая Декларация прав человека.
URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc (Дата обращения: 20.03.2024).
- 22.Гордеева А. В. Реабилитационная педагогика: традиционный или инновационный путь? М., 1998. №6. С. 7-10.
- 23.ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200093162> (Дата обращения 19.02.2024).
- 24.Декларация о правах инвалидов.
URL:http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml(Дата обращения: 19.03.2024).
- 25.Декларация о правах инвалидов.
URL:http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml
(Дата обращения: 20.03.2024).
- 26.Декларация о правах ребенка. URL:http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec (Дата обращения: 19.03.2024).
- 27.Дементьева Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы. М., 2010. 272с.
- 28.Денисова О. А. Анализ статистики сенсорных нарушений как объект теоретического анализа. СПб., 2006. 181 с.
- 29.Ильичев Д. Реабилитация детей с ограниченными возможностями. М.,

2003. №2. С. 46-47.

30.Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998. 255 с.

31.Кантор В. З. Концептуальные основы реабилитации лиц с нарушением в развитии. СПб., 2001. 9 с.

32.Кантор В. З. Педагогическая реабилитация инвалидов по зрению как специфическая педагогическая деятельность. СПб. 2003. №5. С. 38-44.

33.Кащенко В. П. Педагогическая коррекция: испр. недостатков характера у детей и подростков. М., 2000. 304 с.

34.Кицул Н. С., Ялпаева Н. В. Организация работы реабилитационного центра в условиях малого города. М. 2004. №2. С.73.

35.Кичерова М. Н. Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями, в Западносибирском регионе. Сургут. 1999. 134 с.

36.Кобрина Л. М. Абилизационная работа с детьми раннего возраста с нарушениями слуха. СПб., 2005. С. 5-6.

37.Конвенция о правах ребенка.
[URL:http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon) (Дата обращения: 17.03.2024).

38.Курбатов В.И. Социальная работа. Ростов-н/Д., 2000. 576с.

39.Лаврентьева З. И. Актуализация резервных возможностей личности в процессе социальной реабилитации. Новосибирск. 2005. №1. С.53-58.

40.Лаврентьева З. И. Методологические основы исследования реабилитации как педагогического феномена. Новосибирск. 2006. №2. С. 52-62.

41.Лубовский В. И. Специальная психология. М., 2005. 484 с.

42.Максимова И. Центр реабилитации детей-инвалидов. М., 2006. №1. С.26-30.

43.Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. М.,2000. 124 с.

44.Малофеев Н. Н. Актуальные проблемы специального образования. М.,

1994. № 6. С. 7-8.

45.Малофеев Н. Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения. М., 1997. №5. С. 4-6.

46.Малофеев Н. Н. Реабилитация средствами образования: Социокультурный анализ современных тенденций. М., 1996. 130 с.

47.Малофеев Н. Н. Становление и развитие специального образования в России. М., 2001. 146 с.

48.Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2004. 400 с.

49.Мардахаев Л. В. Психосоциальные основы реабилитации ребенка. М., 2001. 32 с.

50.Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2003. 221 с.

51.Модернизация специального образования: проблемы коррекции, реабилитации, интеграции. СПб., 2003. С.4.

52.Назарова Н. М. Специальная педагогика: учебное пособие для студентов; высших педагогических учебных заведений. М., 2002. 400с.

53.Налчаджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван. 1988. 262 с.

54.Обухова Л. Ф. Возрастная психология. М., 2001. 442с.

55.Любушкина Т. Л. Опыт социальной поддержки и реабилитации детей с ограниченными возможностями в областном реабилитационном центре "Полянка". Ижевск. 2006. № 4. С. 19-23.

56.Основы организации реабилитационного пространства в социальном учебно-воспитательном учреждении. СПб., 2007. 208 с.

57.Петрова Е.В. Технология социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов в учреждении интернатного типа. Тамбов, 2008. 23с.

58.Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков патопсихология. Воронеж. 1996. 128 с.

- 59.Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. М., 2004. 511 с.
- 60.Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности. СПб., 2001. 240 с.
- 61.Семаго М. М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства. М., 1992. 16с.
- 62.Степанов С. С. Дефектология: словарь-справочник. М., 2005. 208 с.
- 63.Ткаченко В. С. Организационно-административная работа в системе социальных служб. Ростов н/Д., 2010. 264с.
- 64.Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» URL: <http://www.consultant.ru/document/> (Дата обращения 19.03.2024)
- 65.Федеральный закон «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/ (Дата обращения 23.03.2024)
- 66.Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» URL: <http://www.consultant.ru/document/> (Дата обращения 25.03.2024)
- 67.Холостова Е. И. Практикум по социальной работе. М., 2007. 296с.
- 68.Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами. М., 2006. 240с.
- 69.Храпылина Л. П: Реабилитация инвалидов URL: <http://www.rusichi-center.ru> (дата обращения: 16.04.2024).
- 70.Шеламова Н. В. Система социально-педагогической помощи детям-инвалидам в Ставропольском крае. Ставрополь, 2004. 21с.