

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

И.Н. Авдеева, Н.Н. Мурованая, Ю.Ю. Курбангалиева

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебно-методическое пособие

Севастополь
СевГУ
2022

УДК 159.922.7(075.8)

ББК 88.8я73

A18

Р е ц е н з е н т ы :

С.А. Медведева – канд. психолог. наук, доцент, доцент кафедры «Психология»,
Гуманитарно-педагогический институт

ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», г. Севастополь

В.В. Скрипниченко – кандидат педагогических наук, директор государственного
казенного общеобразовательного учреждения Астраханской области
«Школа-интернат № 5 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»,
г. Астрахань

Авдеева И.Н.

A18 Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья : учебно-методическое пособие / И. Н. Авдеева, Н. Н. Мурованая, Ю. Ю. Курбангалиева ; под ред. Ю. Ю. Курбангалиевой ; Севастопольский государственный университет, Гуманитарно-педагогический институт. – Севастополь : СевГУ, 2022. – 258 с. – Текст : электронный.

Учебно-методическое пособие «Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья» включает теоретический и практический аспекты исследования. Оно отличается выраженной практической направленностью, четкой алгоритмизацией и структурированностью, возможности использования в процессе обучения студентов в области специальной педагогики и психологии.

В пособии «Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья» представлен практический материал используемый в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. В частности детей с нарушением речи, расстройством аутистического спектра, комплексными нарушениями развития.

Материалы учебно-методического пособия могут быть использованы учителями-логопедами, педагогами-психологами, дефектологами, учителями, воспитателями, социальными педагогами, работающими с детьми с ОВЗ, студентами, магистрантами гуманитарно-педагогического направления. А также родителями детей с ограниченными возможностями здоровья.

УДК 159.922.7(075.8)

ББК 88.8я73

Рассмотрено и рекомендовано к изданию на заседании кафедры «Специальная педагогика и психология» Гуманитарно-педагогического института ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», протокол № 7 от 24 марта 2022 г.

© ФГАОУ ВО «Севастопольский
государственный университет», 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Раздел 1. Общее определение психолого-педагогического сопровождения.....	6
Раздел 2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья.....	9
Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Раздел 1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушением речи.....	60
Раздел 2. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра.....	123
Раздел 3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с комплексными нарушениями развития.....	173
Тезаурус.....	213
Тесты.....	243

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся на направлениях подготовки 44.03.01, 44.03.05, 44.04.01 Педагогическое образование, 44.03.03, 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование, 44.04.02 Психолого-педагогическое образование.

Цель учебно-методического пособия заключается в приобретении теоретических знаний и овладении практическими навыками и умениями коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Данное пособие состоит из двух глав (теоретической и практической).

В первой главе представлен теоретический аспект исследования.

В первом разделе представлено обобщенное определение психолого-педагогического сопровождения.

Под психолого-педагогическим сопровождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья можно понимать комплексную технологию психолого-педагогической поддержки и помощи ребёнку и его родителям в решении задач, связанных с развитием, обучением, воспитанием, социализацией со стороны специалистов различного профиля, действующих согласованно.

Во втором разделе представлена психолого-педагогическая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Дети с ограниченными возможностями здоровья – это определенная группа детей, требующая особого внимания и подхода к воспитанию. Характеристика детей с ОВЗ зависит от многих показателей, из которых определяющим является сам дефект. Ведь именно от него зависит дальнейшая практическая деятельность индивидуума. Л.С. Выготский

отмечал необходимость включать детей с ограниченными возможностями здоровья в различную социально значимую деятельность, направленную на формирование детского опыта.

Во второй главе представлен практический аспект исследования.

В первом разделе представлен материал по психолого-педагогическому сопровождению детей с нарушением речи. Содержится материал по технологии развития артикуляционной моторики, логопедическому массажу, мелкой моторики, фонематического слуха, речевого дыхания и голоса, постановки нарушенных звуков у детей с нарушением речи.

Во втором разделе представлен материал по психолого-педагогическому сопровождению детей с расстройством аутистического спектра. Содержатся игры и упражнения на этапе установления контактов с ребенком, направленные на развитие: сенсорной стимуляции, мелкой моторики; речевой стимуляции; памяти, внимания и мышления. Игры и упражнения для домашнего использования.

В третьем разделе представлен материал по психолого-педагогическому сопровождению детей с комплексными нарушениями развития. Содержатся данные об инновационных технологиях коррекции моторных, сенсорных, когнитивных, коммуникативных расстройств и оптимизации жизнедеятельности детей с комплексными нарушениями и со сложным дефектом развития.

Материалы учебно-методического пособия могут быть использованы практикующими учителями-логопедами, педагогами-психологами, дефектологами, учителями, воспитателями, социальными педагогами, работающими с детьми с ОВЗ, студентами, а также родителями детей с ОВЗ.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Раздел 1. Общее определение понятия психолого-педагогического сопровождения

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» дети имеют право на предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе, получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции. Это касается детей с различными нарушениями развития.

По данным Министерства образования и науки РФ, среди детей, поступающих в 1 класс, свыше 60 % относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35 % имеют очевидные расстройства нервно-психической сферы еще в младшей группе детского сада. Число учащихся начальной школы, не справляющихся с требованиями стандартной школьной программы, за последние 20 лет возросло в 2 – 2,5 раза и составило 30 % и более. Следует отметить, что увеличение таких детей стало тенденцией последнего времени, что указывает на актуальность специальных условий образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

С 1 сентября 2016 года в систему образования Российской Федерации введен ФГОС для детей с ОВЗ, что потребовало внедрения в практику работы общеобразовательных учреждений комплекса мер, направленных на своевременное обеспечение каждому ребёнку, в соответствии с его возрастом, адекватных условий для развития, формирования полноценной личности, получения должного образования. Именно поэтому особую социальную и педагогическую значимость приобретает организация психолого-педагогического сопровождения как современной тактики помощи детям с ОВЗ.

Комплексное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо обеспечить на протяжении всего периода его обучения в образовательном учреждении. Оно позволяет привнести в систему образования специальные организационные формы активной адресной и дифференцированной помощи детям с ОВЗ, их адаптации к социальным требованиям в условиях общеобразовательной организации.

В современной психолого-педагогической науке исследователями предлагается более 20 определений понятия «сопровождение». При этом различные авторы ставят акценты либо на психологическое, либо на педагогическое сопровождение. Под психологическим сопровождением понимается деятельность психолога как часть системы сопровождения, направленная на группу обучающихся, имеющих отклонения от статистической нормы в аспекте психических функций или социализации личности (Г. Бардиер, М.Р. Битянова, Е.А. Козырева, А.К. Колеченко, О.И. Сдобникова и др.). Педагогическое сопровождение связывается с профессиональной деятельностью педагога, направленной на создание социально-педагогических условий для успешного обучения и личностного развития обучающихся в ситуации школьного взаимодействия (Л.Л. Баландина, А.Б. Кокин, Т.М. Чурекова и др.).

Т.Г. Луковенко, Г.В. Митина, Н.В. Ющенко считают, что психолого-педагогическое сопровождение в образовательной организации должно носить комплексный характер, предполагающий взаимодействие специалистов различных профилей. Анализ работ по рассматриваемой проблеме выявляет различие как в определении предмета сопровождения: «сопровождение развития», «сопровождение отношений», «психолого-педагогическое сопровождение обучающегося», «сопровождение учебно-воспитательного процесса», «сопровождение адаптации воспитанника», так и в подходах к определению содержания понятия, его целевых ориентиров и принципов.

Психолого-педагогическое сопровождение представляет собой один из важнейших компонентов профессиональной деятельности педагога и заключается в создании оптимальных социально-психологических условий для успешного обучения, социализации и развития ребёнка в образовательном процессе.

Психолого-педагогическое сопровождение включает следующие основные взаимосвязанные действия:

- мониторинг психологического и педагогического статуса ребёнка в процессе его учебной деятельности и общения в образовательной организации;
- создание оптимальных социально–психологических условий для его успешного обучения и социализации;
- создание специальных условий для его успешного обучения, воспитания и развития.

Психолого-педагогическое сопровождение предполагает:

- выбор педагогом подходящего содержания, методик и форм работы, применительно к конкретному контингенту детей и отдельному ребёнку;
- организацию своей деятельности на основе разработки и реализации перспективных планов работы с последующим отслеживанием ее эффектов;
- определение конкретных объектов его психолого-педагогической деятельности (обучающихся или их групп) и создание подходящих условий для проведения с ними психолого-педагогической работы.

Раздел 2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья

Дети с ограниченными возможностями (ОВЗ) - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. В данную группу можно отнести как детей-инвалидов, так и не признанных инвалидами, но при наличии ограничений жизнедеятельности.

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

Группа детей с ОВЗ чрезвычайно неоднородна. Это определяется прежде всего тем, что в нее входят дети с различными нарушениями: нарушение слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, с задержкой и комплексными нарушениями развития.

Дети с органическим поражением ЦНС составляют самую представительную группу среди детей с ОВЗ. У таких детей нарушены все стороны развития: мотивационно-потребностная, социально-эмоциональная, моторно-двигательная, познавательная деятельность (восприятие, память, мышление и речь). Последствия поражения ЦНС выражаются в задержке сроков возникновения и качественном своеобразии всех видов детской деятельности, и особенно ведущей деятельности раннего возраста - предметно-игровой.

Характеристика детей с ОВЗ зависит от многих показателей, из которых определяющим является сам дефект. Ведь именно от него зависит дальнейшая практическая деятельность индивидуума.

Л.С. Выготский отмечает необходимость включать детей с ограниченными возможностями здоровья в различную социально значимую деятельность, направленную на формирование детского опыта. Он же вводит понятие «структура дефекта».

Первичное нарушение, например, нарушение слуха или зрения влечёт за собой вторичные отклонения в развитии. При разной первичной причине многие вторичные отклонения в младенческом, раннем, дошкольном возрастах могут иметь сходное проявление.

Вторичное отклонение носит системный характер, и изменяет всю структуру психического развития ребенка.

В целом нарушений развития может быть множество, в связи с чем выделяются различные категории детей с ограниченными возможностями.

Различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:

- дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглошхие, после кохлеарной имплантации);
- дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- дети с нарушением речи (дислалия, ринолалия, дизартрия, дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, алалия, афазия, ФФНР, ОНР, дисграфия, дислексия);
- дети с нарушением интеллекта (дебильность, имбецильность, идиотия);
- дети с задержкой психического развития (ЗПР);
- дети с нарушением опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- дети с нарушением эмоционально-волевой сферы (РАС);
- дети с множественными нарушениями (сочетание двух, трех и более нарушений).

Дадим психолого-педагогическую характеристику детей с ОВЗ. Такие дети имеют следующие особенности:

1. У детей наблюдается низкий уровень развития восприятия. Это проявляется в необходимости более длительного времени для приема и

переработки сенсорной информации, недостаточно знаний этих детей об окружающем мире.

2. Недостаточно сформированы пространственные представления, дети с ОВЗ часто не могут осуществлять полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое.

3. Внимание неустойчивое, рассеянное, дети с трудом переключаются с одной деятельности на другую. Недостатки организации внимания обуславливаются слабым развитием интеллектуальной активности детей, несовершенством навыков и умений самоконтроля, недостаточным развитием чувства ответственности и интереса к учению.

4. Память ограничена в объеме, преобладает кратковременная над долговременной, механическая над логической, наглядная над словесной.

5. Снижена познавательная активность, отмечается замедленный темп переработки информации.

6. Мышление - наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое.

7. Снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми.

8. Игровая деятельность не сформирована. Сюжеты игры обычны, способы общения и сами игровые роли бедны.

9. Речь - имеются нарушения речевых функций, либо все компоненты языковой системы не сформированы.

10. Наблюдается низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости, вследствие возникновения у детей явлений психомоторной расторможенности.

11. Наблюдается несформированность произвольного поведения по типу психической неустойчивости, расторможенность влечений, учебной мотивации.

Вследствие этого у детей проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы, определения путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности, умение работать в определенном темпе).

Можно отметить следующие типичные затруднения (общие проблемы) у детей с ОВЗ:

- вялыми или раздражительными, плаксивыми, с трудом сосредотачиваются на задании. При неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство; у других детей отмечается повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству.

Рассмотрим некоторые психологические характеристики развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

1. Дети с тяжелыми нарушениями речи (ТНР).

Дети обычно имеют функциональные или органические отклонения в состоянии ЦНС. Наличие органического поражения мозга обуславливают то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений (т.е. несформированность общего и орального праксиса).

Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают). Они характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т.п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро

меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Эти дети довольно быстро утомляются, причем это утомление накапливается в течение дня к вечеру, а также к концу недели. Утомление сказывается на общем поведении ребенка, на его самочувствии. Это может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости либо, напротив, повышенной двигательной активности. Таким детям трудно сохранять усидчивость, работоспособность и произвольное внимание на протяжении всего урока. Их двигательная расторможенность может выражаться в том, что они проявляют двигательное беспокойство, сидя на уроке, ходят по классу, выбегают в коридор во время урока. На перемене дети излишне возбудимы, не реагируют на замечания, а после перемены с трудом сосредотачиваются на уроке.

Как правило, у таких детей отличаются неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи с чем их работоспособность резко меняется. В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учебе.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции, и даже расстройства в ответ на замечания, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, нерешительностью, пугливостью. Всё это в целом свидетельствует об особом состоянии ЦНС детей, страдающих речевыми расстройствами.

Дети с дислалией. Дети, имеющие нормальный слух и интеллект. У дислаликов не встречается выраженных патологических изменений эмоционально-волевой сферы и характера. Поведение и настроение их в основном правильное. Дети могут быть застенчивы в начале общения, потом становятся живыми, активными. Иногда отмечается раздражительность и обидчивость. Отмечаются вегетативные нарушения, которые проявляются в потливости конечностей. В некоторых случаях наблюдается снижение памяти. У детей-дислаликов наблюдается быстрая истощаемость, отвлекаемость, неустойчивость внимания. Сон спокойный, гигиенические навыки вырабатываются быстро и стойко удерживаются. Динамика прогноз положительный.

Дети с дизартрией. Двигательные нарушения обычно проявляются в более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с легким поворотом головы и глаз в сторону вперед вынесенной руки, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям. В дошкольном и школьном возрасте они двигательны беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суевливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие пугливы, заторможены в новой обстановке, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки. Несмотря на

то, что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они неловки в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности, в школьном возрасте отмечается плохой почерк. Выражены нарушения работоспособности, нарушений памяти, внимания.

Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса. Клинико-психические особенности этих детей описаны в литературе (Е.М. Мастюкова, Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба).

Дети с невротической формой заикания. Возникновению заикания невротической формы у детей обычно предшествует психогения в виде испуга либо в виде хронической психической травматизации. Заикание возникает остро в возрасте 2-6 лет.

Анамнестические сведения показывают, что у детей с этой формой заикания обычно отсутствуют указания на патологию внутриутробного развития и родов. Раннее психофизическое развитие, как правило, проходит в соответствии с возрастной нормой. Моторные навыки (сидение, стояние, ходьба) формируются своевременно.

Речевой онтогенез имеет у них определенные особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь формируется к 16-18-ти месяцам жизни. В короткий промежуток времени (за 2-3 месяца) дети начинают говорить развернутыми фразами, словарный запас бурно пополняется, рано формируется грамматический строй речи с употреблением сложных речевых конструкций.

Темп речи часто ускорен, дети как бы «захлебываются» речью, недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают отдельные слова и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается

«смазанность» произнесения звуков в речевом потоке. Состояние звукопроизносительной стороны речи норму не опережает.

У таких детей часто наблюдается большое количество итераций, что нередко привлекает внимание окружающих. Если в норме наибольшее количество итераций совпадает с интенсивным периодом формирования развернутой фразовой речи и ограничено во времени 2-3-мя месяцами, то у детей данной группы количество итераций может оставаться значительным на протяжении более длительного времени. Таким образом, артикуляторные механизмы устной речи остаются у них функционально незрелыми на более длительный срок, чем в норме, в то время как лексико-грамматическая сторона существенно опережает норму.

До появления заикания у таких детей отмечаются характерологические особенности типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости, обидчивости, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2-5-ти лет наблюдаются страхи (боязнь темноты, страх при отсутствии в комнате взрослых, невротический энурез и т.д.).

Эти дети с трудом привыкают к новой обстановке, становятся в ней раздражительнее, плаксивее, к условиям детского сада проявляют обычно плохую переносимость.

Заикание возникает чаще всего остро на фоне развитой фразовой речи после перенесенной психической травмы.

Помимо острой и хронической психической травматизации невротическая форма заикания у некоторых детей развивается в результате активного введения в общение второго языка в 1,5-2,5 года жизни. Это бывает у детей, которые еще в силу возрастных особенностей не овладели в достаточной степени родным языком. В этом периоде развития речевой функции овладение вторым языком связано с большим психическим напряжением, которое для ряда детей является патогенным фактором.

Иногда до появления заикания, вслед за перенесенной ребенком острой психической травмой некоторое время (от нескольких минут до суток) наблюдается мутизм. Ребенок внезапно перестает говорить, на его лице нередко «застывает» выражение страха.

Одновременно с появлением заикания дети становятся еще более раздражительными, двигательно беспокойными, хуже спят. В ряде случаев появляется болезненное упрямство, капризы, негрубо выраженные нарушения дисциплинарных требований.

У некоторых детей при появлении заикания отмечается кратковременный период, когда они в процессе речи прикрывают рот рукой, как бы опасаясь появления запинок, или ограничивают речевое общение.

Динамика речевого нарушения при невротической форме заикания характеризуется **рецидивирующим течением**, временами речь становится совершенно плавной, судорожные запинки полностью отсутствуют, но при малейшем эмоциональном напряжении, соматическом заболевании или утомлении заикание появляется вновь.

Невротическая форма заикания может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное (прогредиентное и рецидивирующее) течение. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют достаточно быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

В случаях неблагоприятного течения заикания, чаще имеет место наследственная отягощенность заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых имеется неблагоприятное течение заикания, бытуют нередко неправильные формы воспитания, способствующие хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения как у детей, так и у взрослых достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно не доведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии. Темп речи обычно быстрый, голос достаточно модулирован.

У таких детей имеется тесная ситуационная зависимость тяжести заикания. Следует также особо подчеркнуть, что в состоянии эмоционального комфорта, в процессе игры или наедине с собой речь у них обычно свободна от судорожных запинок.

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается **рецидив заикания** при поступлении в школу. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так и повышение психической и речевой напряжённости.

Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

- Заикание может появиться в возрасте от 2-х до 6-ти лет.
- Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.
- Преимущественно психогенное начало речевой патологии (острая психическая или хроническая травматизация).
- Большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения.
- Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.).

Дети с неврозоподобной формой заикания. Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 года постепенно, без видимых внешних причин.

При неврозоподобной форме заикания в анамнезе зачастую отмечаются тяжелые токсикозы беременности с явлениями угрожающего выкидыша, асфиксия в родах и пр. В грудном возрасте такие дети беспокойны, крикливы, плохо спят. Их физическое развитие проходит в пределах низкой возрастной нормы либо с небольшой задержкой. Они отличаются от здоровых детей плохой координацией движений, моторной неловкостью, поведение характеризуется расторможенностью, возбудимостью. Они плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте.

У детей этой группы отмечается повышенная истощаемость и утомляемость при интеллектуальной и физической нагрузке. Их внимание неустойчиво, они быстро отвлекаются. Нередко такие дети чрезмерно суежливы, непоседливы, с трудом подчиняются дисциплинарным требованиям, могут быть раздражительными и вспыльчивыми. Психоневрологическое состояние таких детей расценивается клиницистами как церебрастенический синдром.

Особенно ярко отличие от нормы выступает в речевом развитии. Так, первые слова нередко появляются лишь к 1,5 годам, элементарная фразовая речь формируется к 3-м годам, развернутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения произношения многих звуков, медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т.е. с возрастом 3-4 года.

В начальном периоде заикания, который продолжается от 1 до 6 месяцев, заикание протекает как бы волнообразно, то несколько смягчаясь, то, утяжеляясь, однако периодов, свободных от судорожных запинок речи, обычно не наблюдается. При отсутствии логопедической помощи речевое нарушение постепенно утяжеляется. Заикание быстро «обрастает» обильными сопутствующими движениями и эмболофразией.

Для данной формы заикания типичны относительная монотонность и стабильность проявлений речевого дефекта. Судорожные запинки усиливаются при физическом и психическом утомлении детей, в период соматических заболеваний, но обычно мало зависят от внешних ситуационных факторов.

При обследовании моторики у детей с неврозоподобной формой заикания обращает на себя внимание патология моторных функций, выраженная в разной степени: от недостаточности координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряженные и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания особенно страдает динамический праксис. Заикающиеся с трудом запоминают последовательность движений, с трудом переключаются с одной серии движений на другую. Большая часть заикающихся этой группы с трудом воспроизводит и удерживает в памяти заданный темп и ритм. Как правило, у них плохо развивается музыкальный слух.

Большинство заикающихся этой группы двигательные ошибки не исправляют самостоятельно. Словесная инструкция по двигательным задачам является недостаточной, при обучении необходимы наглядные образцы.

Клиническое обследование таких детей свидетельствует, как правило, о нерезко выраженном органическом поражении мозга резидуального характера, причем помимо общемозговых синдромов (церебрастенический, гипердинамический синдромы и пр.), у них обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга.

При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции характеризуются некоторой ограниченностью, нередко отмечается малоподвижность нижней челюсти, наблюдается недостаточная подвижность языка и губ, плохая координация артикуляторных движений, затрудненный поиск артикуляторных поз. Нередко имеется нарушение тонуса мышц языка, его «беспокойство», недифференцированность кончика. Довольно часто у детей с неврозоподобной формой заикания регистрируется повышенная саливация не только в процессе речи, но и в покое.

Отличается от нормы и организация просодической стороны речи: темп речи либо ускорен, либо резко замедлен, голос мало модулированный.

Как правило, наблюдается резкое нарушение речевого дыхания: слова произносятся во время вдоха или в момент полного выдоха.

У всех детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается корреляция отклонений от нормы в психомоторном и речевом развитии.

Для детей с легкой степенью отклонений в психомоторном и речевом развитии характерны некоторые затруднения в динамической координации всех движений (от общих до тонких артикуляционных). Лексико-грамматическая сторона речи не имеет существенных отклонений от нормы. Нарушение звукопроизношения носит, главным образом, фонетический характер (межзубной сигматизм, губно-зубное произношение и т.п.).

У детей со средней степенью отклонений в психомоторике и речи имеются нарушения статической и динамической координации движений (общих, тонких и артикуляционных). У таких детей отмечается некоторое отставание в формировании лексико-грамматического строя речи. Нарушение звукопроизношения носит фонетико-фонематический характер (велярное или увулярное произношение звука «р», смешение шипящих и свистящих и т.п.).

У детей с тяжелой степенью отклонений в психомоторике и речи, наряду с расстройством статической и динамической координации движений, имеются различные нарушения двигательной сферы в целом. У таких детей отмечается недоразвитие речи, выраженное в разной степени (от фонетико-фонематического до общего недоразвития речи III уровня).

Психическое состояние детей с неврозоподобной формой заикания характеризуется повышенной возбудимостью, взрывчатостью, в одних случаях, и вялостью, пассивностью — в других. Внимание таких детей обычно неустойчиво, они не обнаруживают стойкого интереса к творческой игровой деятельности, нередко отмечается снижение познавательной активности.

Несмотря на указанные особенности онтогенеза, психическое развитие большинства заикающихся с неврозоподобной формой происходит в пределах нормы. Они своевременно поступают в школу. В школе успевают средне, но как правило, успешно ее заканчивают. Многие поступают в техникумы, институты.

В тех случаях, когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и

достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, то как правило, такие дети не нуждаются в повторных курсах коррекционного воздействия. Их речь стабильно остается плавной. Катамнестические исследования свидетельствуют о том, что в этих случаях заикание не рецидивирует.

В тех случаях, когда своевременно и в полном объеме не оказывается логопедическая помощь, неврозоподобная форма заикания имеет склонность к **прогредиентному течению**. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко входят в число учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Они выбирают профессию, как правило, не связанную с речевой нагрузкой и редко заканчивают высшие учебные заведения.

Неврозоподобная форма заикания характеризуется тем, что речевые запинки проявляются в любой обстановке, как наедине с самим собой, так и в обществе.

Таким образом, для неврозоподобной формы заикания характерно:

- Судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3-4 года.
- Появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи.
- Начало заикания постепенное вне связи с психотравмирующей ситуацией.
- Отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации.
- Физическое или психическое утомление, соматическая ослабленность ухудшают качество речи.

Довольно часто в практике встречаются заикающиеся, клиническая картина речевой патологии которых бывает **смешанной**.

Так, реактивное психогенное начало заикания может наблюдаться и у детей с органической неполноценностью мозга. В таких случаях на фоне задержки

психомоторного и речевого развития, несовершенства звукопроизносительной стороны речи бывает достаточно «незначительного» психогенного воздействия, чтобы нарушилась хрупкая координация речедвигательного акта и появились бы судорожные запинки. Такое невротическое по своему происхождению заикание имеет сложную клиническую картину, в которой сочетаются симптомы разных уровней поражения деятельности центральной нервной системы: функционального и органического.

В других случаях неврозоподобная форма заикания может осложняться целым комплексом вторичных невротических реакций, связанных с особенностями личностного реагирования на речевой дефект, что «маскирует» истинную природу речевой патологии. Такие формы речевой патологии являются смешанными и труднее поддаются коррекционным воздействиям [7].

Дети с алалией. У детей с алалией выявляется несформированность не только речевой деятельности, но и ряда моторных и психических функций. При моторной алалии наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств (парезы), особенно пирамидной и экстрапирамидной систем. Оральная апраксия, по Н.Н. Трауготт, встречается у 10 % детей с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность.

Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений. Отмечается понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия (не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук. Имеются данные о преобладании у детей с моторной алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в

деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т. д. Особенно страдает вербальная память - произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. Вербальная память является специфической человеческой памятью в отличие от двигательной, образной, эмоциональной. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, рече-зрительная память оказывается более развитой. Трудности в подборе слов вместе с забыванием слов и затруднениями в воспроизведении их структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка. Отмечается снижение активной направленности в процессе припоминания сюжетной линии, последовательности событий, недостаточная активность наблюдательности, дети как бы скользят взором по картинке, не видя, не улавливая существенных деталей.

В ряде случаев у них развиваются патологические качества личности, невротические черты характера. Как реакция на речевую недостаточность у детей отмечаются замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам и т. д. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Боязнь ошибиться и вызвать насмешку приводит к тому, что они стараются обойти речевую трудность, отказываются от общения речью, охотнее используют жесты.

Особенности личности ребенка связаны с недоразвитием центральной нервной системы и являются результатом того, что речевая неполноценность выключает ребенка из детского коллектива и с возрастом все больше

травмирует его психику. Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, пространственного и временного синтеза, опосредованных речью, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

Специфические особенности в протекании познавательной предметно-практической деятельности детей с алалией различны по содержанию, степени обобщенности способов деятельности, по уровню выполнения. И.Т. Влаеенко, В.В. Юртайкин (1981), отмечая отставание в усвоении школьной программы у таких детей, говорят о несформированности у них обобщений, планирующей и регулирующей функции речи. Вопрос об интеллекте детей с алалией решается исследователями неоднозначно. М.В. Богданов-Березовский (1909), Р.А. Белова-Давид (1972) и другие считают, что мышление у таких детей первично нарушено. Именно это приводит к недоразвитию языковой способности. М.В. Богданов-Березовский говорил, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушением определенных участков мозга и следствием этого имеют расстройство во всей речевой функции, но также обязательно находят свое отражение в общей сфере интеллекта. Н.Н. Трауготт (1940, 1965), Р.Е. Левина (1951), М.Е. Хватцев, С.С. Ляпидевский, Н.А. Никашина и другие подчеркивают, что интеллект у детей вторично изменен в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не устанавливается. У детей есть познавательный интерес, достаточно развита предметно-практическая и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов, несформированность понятий и т. д.

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения. У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т.е. у них снижены

интеллектуальные операции, требующие участия речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игры детей.

Импульсивность, хаотичность в деятельности, пассивность, утомляемость, особенности предметно-практической деятельности выражаются в том, что детям легче выполнить задание, если оно предлагается в наглядном, а не в речевом плане, не по словесной инструкции. У детей возникают трудности в формировании пространственно-временных отношений, нарушены восприятие и словесные обозначения временных и пространственных особенностей предметов, память, восприятие, мыслительные операции (анализ, синтез, сравнение, обобщения), не сформирован достаточный уровень логического абстрактного мышления, но дети точно сохраняют заданный способ рассуждения, используют помощь в работе. Ряд исследователей (Н.М. Уманская, Л.Р. Давидович) говорят о первичной сохранности интеллекта детей с алалией, подчеркивая положительную динамику, возможности достаточной социально-трудовой адаптации.

У детей отмечается психофизическая расторможенность или заторможенность, пониженная наблюдательность, недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, имеют нестойкость интересов, интеллектуальную пассивность, пробелы в знаниях, связанные с отсутствием речевого опыта и ограниченной познавательной деятельностью, специфическое поведение и ряд других особенностей.

Малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Однако в большинстве случаев в картине своеобразия высшей нервной деятельности детей с алалией интеллектуальные расстройства являются вторичными. Речевые процессы и явления всегда рассматриваются в контексте представлений о системном строении психической деятельности человека,

при которой познавательные, волевые и мотивационные процессы находятся в неразрывном единстве. Интеллектуальное развитие ребенка в известной мере лимитируется состоянием речи. Но наличие речевого нарушения, в частности алалии, не говорит об умственной отсталости.

Неполноценность речи или ее отсутствие при алалии обуславливает ряд особенностей психического развития ребенка, оказывает влияние на протекание психических процессов, вызывая их своеобразие. У детей с алалией речь не является ведущим средством познания окружающей действительности, поэтому в ряде случаев не обеспечивается и нормальное развитие интеллекта. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности.

Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости.

Дифференциальная диагностика детей с алалией и умственно отсталых очень сложна, особенно в случаях разового обследования ребенка в раннем возрасте. Практические наблюдения выявляют у детей с алалией большой запас сведений, представлений, понимание жестов, мимики, внеречевой ситуации, инструкций, навык ориентировки в окружающем; дети учитывают изменения в ситуации, критичны к своей речи, переживают ее неполноценность, лучше, чем умственно отсталые, используют помощь в работе. По мнению Н.И. Жинкина, на стыке олигофрении и алалии лежит многовековая проблема о соотношении мышления и речи. Принимать за умственную отсталость результаты запущенного речевого состояния, даже при значительных соматических дефектах, как подчеркивает Н.И. Жинкин (1972), нельзя.

Характер синдрома при алалии обусловлен сложным комплексом различных факторов: степенью речевого недоразвития, характером и

локализацией процесса, общим состоянием ребенка, его возрастом, типом высшей нервной деятельности, состоянием интеллекта, системой медико-педагогического воздействия. Во всех случаях при алалии имеются несформированность навыков общения, пробелы в речевом развитии, нарушение речевой и неречевой деятельности.

Разные исследователи называют различные степени тяжести алалии. Р.Е. Левина выделяет 3 уровня речевого недоразвития (отсутствие общеупотребительной речи, начатки общеупотребительной речи и развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе), Н.Н. Трауготт, Л.В. Мелехова называют 4 периода (этапа) в формировании речи ребенка с алалией, О.В. Правдина называет также 4, но других этапа. Принципиальных разногласий по этому поводу нет: первые из названных авторов более подробно рассматривают начальные периоды формирования речи, выделяя полное безречье или отдельные лепетные проявления, эмоциональные возгласы и т.д. О.В. Правдина считает целесообразным выделить в особый период появление у ребенка первой фразы.

С возрастом и интеллектом ребенка указанные уровни ни в коем случае прямо не соотносятся: более старший может иметь худшую речь. Последовательная суммация всех уровней показывает условный путь развития речи каждого отдельного ребенка.

Деление на уровни не всегда может быть достаточно четким, так как между ними нет твердой границы, иногда только примерно можно говорить об отнесении речи ребенка к одному из названных уровней недоразвития. Полностью безречевые дети - явление достаточно редкое, чаще встречаются случаи недоразвития речи, проявляющегося в той или иной степени. Четкая периодизация в развитии речи ребенка при моторной алалии отсутствует, выявляются запаздывание появления речи, непропорциональность формирования отдельных компонентов речи, устойчивое застревание ошибок.

Высокая интенсивность разнообразных ошибок при спонтанном развитии речи является одним из существенных признаков алалии.

Своеобразие нарушения проявляется уже в период лепета: он отсутствует или характеризуется крайним однообразием, бедностью лепетных проявлений. Первые слова и фразы появляются со значительной задержкой, и на всех этапах развития речи при алалии выявляется нарушение всех ее сторон.

В процессе развития речи детей с алалией прослеживается определенная положительная динамика: они переходят по состоянию речи с одного уровня на другой, более высокий. Они приобретают те или иные речевые навыки и умения, перестают быть неговорящими, но остаются детьми с недоразвитой речью. В ходе этого очень замедленного по темпам, но тем не менее поступательного развития у детей обнаруживаются дефекты, которые почти не поддаются спонтанной компенсации и с трудом преодолеваются при направленной коррекции. Большинство детей имеет общие дефекты, характерные для всех форм алалии; несформированность системы значений слов, дефекты грамматического структурирования, семантические дефекты. У детей нарушается структурно-семантическое оформление как отдельных высказываний, так и связной речи.

В процессе школьного обучения обнаруживаются многочисленные затруднения в формировании умений и навыков письменной речи; из-за бедной речевой практики, несформированности языковых обобщений у детей не формируется готовность к овладению грамотой и изучению грамматики.

Наряду с общими для моторной алалии дефектами наблюдаются проявления, характерные для ее определенной формы. Именно эти дефекты и составляют ядро нарушений, которые на начальных этапах развития речи не всегда удается обнаружить сразу, так как они оказываются замаскированными сопутствующими нарушениями.

Дети с ринолалией. Речевые нарушения вследствие ринолалии оказывают влияние на психологический аспект жизни ребенка, в

особенности на личностное становление. Специфическая речь часто является причиной, при которой ринолалик ощущает дискомфорт в коллективе, при общении с другими людьми. Речь - это главное коммуникативное средство, а нарушенная речь создаёт затруднительные условия при общении ринолалика в учебных заведениях, на работе и в прочих коллективных местах. В образовательных учреждениях, у ринолаликов часто формируются комплексы, появляется стремление к замкнутому образу жизни. Их деятельная активность является абсолютно полноценной, так как ринолалия не оказывает никакого влияния на умственные способности.

Тяжесть нарушений речи у лиц с ринолалией зависит от совокупности структурных и функциональных изменений и в немалой степени - от социально-психических условий развития ребенка.

При выраженной степени дефектов речи отмечается серьезное нарушение психических процессов.

В результате длительной и хронической астенизации у детей с открытой ринолалией наблюдается неустойчивое и рассеянное внимание. Из-за этого страдает познавательная деятельность. Также снижается объем вербальной памяти. Медленнее протекает процесс запоминания, долговременная память непрочная. Зрительная память обычно не нарушается. Из-за речевого недоразвития наблюдается недостаточность словесно-логического мышления. Затрудняется восприятие учебного материала. Выражено нарушение эмоционально-волевой сферы.

Ярко-выраженное расстройство речи ребенка сильно влияет на функцию общения в коллективе. У ребенка ограничиваются социальные контакты, а кроме того, снижается речевое развитие.

Таким образом, результатом всех перечисленных нарушений является формирование специфического поведения при общении со сверстниками, при котором часто у детей наблюдается замкнутость, а также сопутствующие реакции, такие как: застенчивость, раздражительность, низкая самооценка, неадекватное реагирования на различные ситуации.

В дальнейшем мероприятия, направленные на социально-педагогическую адаптацию ребенка с ринолалией, зависят от адекватной психолого-педагогической помощи, а также от характера семейных отношений.

Разговорная речь детей с ринолалией содержит только половину всей необходимой информации, по сравнению со здоровыми детьми. Поэтому детям в два раза сложнее передать то, что они хотели бы сказать сверстнику или взрослому человеку.

При закрытой ринолалии из-за непроходимости носовой полости, ребенок вынужден дышать ртом, что ведет за собой частые вирусные и простудные заболевания. Такие дети соматически ослабленные, часто болеющие. Поэтому со стороны родителей высока вероятность гиперопеки, а, следовательно, неправильное воспитание и формирование негативных черт личности. Психическое развитие может иметь норму, а может и отклоняться. После оперативного вмешательства ребенок может чувствовать себя неуверенно, быть запуганным, нервным.

У детей с открытой ринолалией нарушается сам процесс формирования речи. На ранних этапах ее развития выявляются следующие особенности: крик тихий, слабый, немодулированный; своевременно появившиеся гуление и лепет постепенно угасают; развитие речи зависит от социальных условий (отношение родителей к ребенку). В случае социальной депривации замедляется и превращается в задержку. В социально благоприятных условиях речь ребенка развивается, но в искаженной форме: грубо нарушено звукопроизношение и дыхание, большие голосовые недостатки. Общее звучание речи смазано, так как помимо звукопроизношения сильно страдает просодика.

При ринолалии наблюдаются качественные изменения речевой деятельности, то есть ее развитие происходит с опозданием. Если говорить о речи, носящей эмоциональный окрас, то она развивается нормально, в экспрессивной речи замечаются некоторые изменения. У больных отмечается

невнятность речи, часто их слова и предложения трудно разобрать другим людям, это объясняется своеобразным звучанием и артикуляцией людей страдающих ринолалией.

Из-за дефектов полости рта (неправильного положения языка) согласные звуки произносятся с изменением положения кончика языка и при активной лицевой мимики. Подобная артикуляция встречается и при произношении других звуков. Для многих людей страдающих ринолалией произношение согласных звуков вызывает немалое затруднение. Это объясняется тем, что они не могут произносить согласные звуки верхней позиции, из-за невозможности осуществления необходимой преграды у альвеол и верхних зубов.

Речь идет о верхних согласных: *т, д, л, ч, ш, щ, ж, р*; и нижних согласных: *с, ц, з*, которые произносятся одновременно с выдохом. По этой причине шипящие и свистящие звуки у детей с ринолалией имеют специфическое звучание. Такие гласные как *-к и г*, часто отсутствуют. Произношение гласных звуков осуществляется при выдохе, и отличается пассивной артикуляцией губами.

Однако, гласные звуки наряду с согласными произносятся с характерным выраженным носовым оттенком. Как правило, их артикуляция отличается от стандартной, и соединение букв друг с другом приобретает нечеткость. Для детей страдающих ринолалией подобная артикуляция является основной двигательной характеристикой в произношении звуков, и имеют смысловое и различительное значения речи, которые необходимы при каждодневном речевом общении.

Большинство произносимых звуков при ринолалии, при слуховом восприятии, кажутся дефектными. Окружающие воспринимают такую речь как храпящую с ярко выраженным носовым оттенком. Все глухие звуки слышатся как приближенный к звуку *х*, а звонкие приближены к фрикативным звукам (губные и зубные приближены к звуку *м*, а, переднеязычные к звуку *-н*, со слабо заметным изменением в звучании).

Бывают случаи, что при ринолалии артикулемы максимально приближены к норме, но при этом произношение звуков все равно является дефектным, поскольку дыхание при речи нарушено и сопровождается сильным напряжением мышц лица, что оказывает влияние на воспроизведение звука.

Поэтому произношение звуков в случае ринолалии сильно искажено. Дети, страдающие ринолалией, часто не осознают свои речевые дефекты и попросту не замечают их. При прослушивании записи своей речи, такие пациенты, как правило, соглашаются на серьезную логопедическую коррекцию речи. При рассмотрении структуры речевой деятельности первичным звеном нарушения речи при ринолалии считается фонетико-фонематический дефект. Главенствующим звеном считается нарушения фонетического воспроизведения речи. Данный дефект ощущается при формировании лексического и грамматического построения речи, но сильные изменения заметны в тех случаях, когда ринолалия сочетается с каким-либо другим речевым нарушением.

Также отмечаются особенности формирования письменной речи у детей с ринолалией. Обозначенные методики работы не дают развиваться нарушениям письма и на ранней стадии исключают письменные дефекты (если во время оказать логопедическую помощь).

Работы, направленные на минимизацию или полное устранение речевого дефекта оказывают положительное влияние на психологию человека, оказывает мотивирующее и стимулирующее действие. Представленные в литературных источниках, катamnестические заключения, а также проведенные нами наблюдения полностью оправдывают мнение о том, что в большинстве случаев дети с ринологией могут реабилитировать свою речевую деятельность.

Расщелины с рождения оказывают негативное влияние на формирование высших функций психики ребенка. Страдающие ринологией иногда находят неправильные пути исправления речевого дефекта, как следствие - усиление неправильной взаимосвязи мышц артикуляционного

аппарата. Именно это является главной причиной нарушения фонетического речевого оформления и при рассмотрении структуры дефекта считается ведущим речевым расстройством.

Данное расстройство ведет за собой и прочие второстепенные нарушения в речи и накладывает отпечаток на психический статус человека, страдающего ринолалией. Однако, данной группе больных свойственны все возможности для приспособления и компенсации речевого дефекта, а также для исправления нарушенных функций. Целенаправленные логопедические работы, коррекция артикуляции и пошаговое ведение контроля над слуховым восприятием, приводит к формированию правильной кинестезии, что позволяет установить у больного новые речевые стандарты. Кроме этого, большое значение имеет формирование четкой афферентации, что возможно достигнуть путем грамотной логопедической помощи при развитии должного фонематического восприятия.

Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стимулирует развитие высших психических функций. Катамнестические сведения показывают, что большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

2. Дети с расстройством аутистического спектра (РАС). В последние годы наблюдается все большее количество детей, имеющих проявления аутизма или расстройства аутистического спектра (РАС). Сочетание высокой частоты встречаемости с разнообразием клинической картины, значительным процентом тяжелых и осложненных форм, сложностью коррекционной работы делают РАС не только сугубо медицинской, но и серьезной социальной и педагогической проблемой.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – комбинирование психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а

также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Актуальность понимания и дифференцировки определений, входящих в спектр аутистических расстройств очевидна: конкретизируется диагностика, улучшается коррекционная работа специалистов, родители учитывают особенности детей в воспитательном процессе, педагоги в процессе обучения.

Существующие классификации аутистических расстройств показывают, что в выделенных нарушениях очень много схожих составляющих. Например, детский аутизм и классический аутизм или детское первазивное (дезинтегративное) расстройство и другие дезинтегративные расстройства детского возраста практически идентичны по описанным признакам.

Дети с аутизмом, РАС имеют серьезные нарушения сенсорного развития, в то же время сфера чувств и ощущений настолько фундаментальна для повседневной жизни человека, что любые проблемы с ней вызывают трудности в освоении действительности.

Сложности развития сенсорики, нарушение сенсорного восприятия окружающего мира являются одной из особенностей развития таких детей. Неумения уловить ощущения из окружающей среды не позволяет им их интегрировать, чтобы создать чёткий «образ». Весь этот процесс занимает много времени, но даже если этот процесс идёт, «образ» всё равно может получиться не точным. Нарушения сенсорного восприятия сопровождается нарушениями ориентировки в пространстве, искажением целостной картины реального предметного мира, а также изоощренным вычленением отдельных ощущений собственного тела и звуков, красок или форм окружающих вещей.

Выделяет две основные *причины дисфункции сенсорной интеграции*.

1. Переизбыток чувственной информации, в результате которого появляется повышенная чувствительность к сенсорным стимулам, проявляющаяся как непереносимость ярких цветов, бытовых шумов,

неприятие зрительного, тактильного контактов, боязнь запахов, высоты, осторожность в движениях и т.д.

2. Дефицит чувственной информации, активных положительных контактов с окружающей действительностью, обуславливающие снижение чувствительности к сенсорным раздражителям. У ребёнка наблюдается особая захваченность отдельными стимулирующими впечатлениями, связанными с рассматриванием, соприкосновением, изменением положения тела в пространстве, ощущением своих мышечных связок и суставов. Это могут быть однообразные манипуляции с предметами, взмахи рук, застывания в определенных странных позах, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу, прыжки, кружение, раскачивание и другие действия с целью воспроизведения одного и того же приятного впечатления.

Существует три вида «некачественной обработки обычных сенсорных сигналов», которые довольно часто встречаются у детей с РАС:

1. Сенсорный сигнал, «регистрация» мозгом нарушается и поэтому ребенок на что-то не обращает внимания, а на другой - реагирует слишком бурно.

2. Выраженные нарушения модуляции сенсорных сигналов, особенно вестибулярных и тактильных, приводят к развитию гравитационной неуверенности и надчувствительности.

3. Нарушения деятельности структур мозга, которые отвечают за побуждение к действиям, подавляют интерес к деятельности, труду.

Чтобы легче было понять информацию о проявлениях нарушений сенсорной интеграции у ребенка с РАС, представим ее в виде таблицы:

Система	Гипочувствительность	Гиперчувствительность
<i>Вестибулярная система (баланс)</i>	Потребность раскачиваться, качаться, вращаться, бег и «мотание» туда-сюда без определённой направленности	Проблемы с деятельностью, которая связана с движением, например, с участием в спорте, проблемы с тем, чтобы остановиться быстро или во время движения

<i>Проприоцеп- тивная система (ощущение собственного тела)</i>	1. Чрезмерная близость – человек постоянно встает слишком близко к другим людям 2. Плохо понимает концепцию личного телесного пространства, часто сталкивается с другими людьми.	Проблемы с мелкими моторными навыками и манипуляцией маленькими предметами (застегивание пуговиц, завязывание шнурков), двигает все тело, чтобы посмотреть на что-то.
<i>Обонятель- ная система (запах)</i>	1. Некоторые люди вообще не чувствуют запахов, не замечают даже сильную вонь 2. Некоторые люди могут облизывать вещи.	1. Повышенная чувствительность и сильные реакции на запахи. 2. Проблемы с тем, чтобы воспользоваться туалетом. 3. Неприязнь к животным и людям, которые используют духи, шампуни с сильным запахом и т. п.
<i>Зрительная система (зрение)</i>	1. Могут воспринимать предметы как более темные, чем на самом деле, плохо распознают линии и очертания предметов 2. Проблемы с восприятием глубины – трудности с тем, чтобы бросать и ловить предметы, неуклюжесть.	1. Случаи искаженного зрительного восприятия, кажется, что предметы и яркий свет «скачет», «режут» глаза. 2. Фокусирование на мелких деталях (например, песчинках) кажется более приятным, чем рассматривание картины в целом.
<i>Аудио- система (слух)</i>	1. Только одно ухо слышит звуки, другое ухо слышит только частично или вообще не слышит 2. Человек не распознает определенные звуки 3. Наслаждается шумными местами, кухнями, специально стучит дверью или предметами.	1. Громкость шума преувеличивается, окружающие звуки воспринимаются как искаженные и спутанные. 2. Неспособность «отключаться» от окружающего шума – трудности с концентрацией. 3. У некоторых пониженный порог слышимости, что делает их крайне чувствительными к слуховой стимуляции, например, они могут прекрасно расслышать разговор на большом расстоянии.
<i>Тактильная система (прикоснове- ние)</i>	1. Сильно сжимает других людей. 2. Очень высокий порог боли – плохо чувствует температуру/боль. 3. Практикует самоповреждения	1. Прикосновения могут быть болезненными или дискомфортными, часто это приводит к полному избеганию любых прикосновений, что может

	(аутоагрессия). 4.Получает удовольствие, если на нем лежат тяжелые вещи.	оказать разрушительное влияние на отношения с другими людьми. 2.Не любит надевать что - либо на руки или стопы. 3.Проблемы с расчесыванием и мытье головы. 4.Предпочитает строго определенные виды одежды или ткани.
--	---	---

Именно нарушения сенсорной интеграции приводят к «странному» поведению у детей с РАС: стереотипии, ритуалы, самостимуляция, аутоагрессия, эхолалия. С помощью такой «защиты» ребенок старается снизить болезненно-травмирующие ощущения, почувствовать контроль над ситуацией и обрести безопасность. Нарушения сенсорной сферы приводят к атипичному развитию игровой деятельности.

Согласно концепции Л.С. Выготского об общих закономерностях нормального и аномального развития, у дошкольников с расстройствами аутистической сферы (РАС) ведущей деятельностью является игра, как и у здоровых сверстников, но формирование игрового поведения значительно отличается по периодам, формам и по содержанию игр.

Формирование игровой деятельности у дошкольников с РАС выступает одной из сложнейших задач. Игра ребенка с РАС грубо нарушена. При первом систематическом описании аутистического синдрома Лео Каннером в 1943 году, подчеркивается ограниченная способность аутичных детей к игре. Современные литературные данные свидетельствует о том, что аутичные дети, в большинстве случаев, используют предметы очень негибким и стереотипным способом.

Игровая деятельность у этих детей в основном сводится к однообразным действиям: пересыпанию, кручению, верчению, перекладыванию предметов, постукиванию предмета о предмет, обнюхиванию, облизыванию, обсасыванию предметов. Это однообразное

повторение одних и тех же действий не несет в себе смысловой нагрузки. Игра детей с аутизмом часто описывается как механическая, с недостатком естественной тенденции исследовать, с отдельными действиями, которые кажутся изолированными от любого контекста. В игре отсутствует единство, внутренняя логика. Иногда игра сопровождается невнятной аутистической речью, не объединенной с игрой единым смысловым содержанием. Символическая игра встречается редко и когда появляется, в ней доминируют определенные темы, связанные с особыми интересами ребенка, например, с характерными телевизионными программами, которыми ребенок озабочен и которые он имитирует. Отмечается отсутствие сюжетности, усложнения игры. Навыки ролевой игры в дошкольном возрасте слабые или отсутствуют совсем, проявляется неспособность к пантомиме.

По мнению ряда исследователей, игра аутичных детей обычно продиктована скорее привлекательностью объектов и их сенсорными свойствами или тем, как ими можно манипулировать, чем их культурным и символическим значением. Многие авторы отмечают, что аутичные дети вовлекаются во множество повторяющихся стереотипных действий, комбинационные действия с объектами формируются позже положенного времени либо не формируются вовсе. Lewis V., Boucher J. считают, что даже аутичные дети с высоким уровнем интеллекта играют специфическими способами. Целенаправленная символическая игра у аутичных детей младшего дошкольного возраста находится на низком уровне или отсутствует. По мнению Hobson те формы игры, которые требуют участия воображения, оказываются нарушенными в связи с недостаточностью когнитивной сферы аутичного ребенка. Некоторые исследователи указывают на отсутствие нарушений в "сенсомоторной" или "манипулятивной" игре детей с аутизмом.

С другой стороны, авторы отмечают, что дети с РАС предпочитают повторяющиеся стереотипные действия, а не разнообразное исследовательское поведение с игрушками.

Отечественные исследователи отмечают задержку и нарушения манипулятивной игры, которые проявляются в виде манипулирования лишь одной игрушкой, неигровыми предметами.

По мнению большинства исследователей, у аутистов функциональная игра возникает редко или вообще не возникает без специального обучения. Большинство детей в раннем возрасте не достигает такого высокого уровня имитации, который позволил бы им играть в функциональные игры. Вместо этого они используют комбинационную игру, не обращая внимания на функциональное значение предметов.

Например, выстраивают стол и стулья в один ряд, либо строят из них башню. Более способные дети с аутизмом все же приобретают некоторые навыки функциональных игр. Однако, при внимательном рассмотрении, можно заметить, что игры сводятся, главным образом, к буквальной имитации сцен из повседневной жизни, при этом они всегда точно копируют одни и те же действия, без изменений, и игра носит стереотипный характер. В современной литературе описано большое количество исследований символической игры. Некоторые из них подтверждают, что при аутизме отмечаются нарушения символической игры в свободных и структурированных ситуациях

У детей с РАС в тяжелой степени наблюдается выраженное недоразвитие игровой деятельности, что находит отражение в следующих проявлениях:

- однообразных манипуляциях с игровыми предметами;
- отсутствии интереса к игрушкам;
- предпочтении неигровых предметов (веревочек, палочек и пр.).

Наблюдаемая с раннего возраста сенсорная и эмоциональная гиперестезии у аутичных детей негативно влияет на восприятие ими игрушек. Предлагая яркую игрушку ребенку с РАС, можно увидеть чрезмерную ориентировочную реакцию, которая сопровождается

выраженным возбуждением. Далее уже привлечь внимание ребенка к игрушке довольно трудно: он не пытается взять ее в руки, не смотрит на нее.

В возрасте двух с половиной лет у детей увеличиваются стереотипные двигательные разряды и появляются однообразные аутистические игры. Рассмотрим пример: кукла у ребенка с РАС не вызывает позитивных эмоций и не воспринимается им в качестве образа человека. Ребенок берет ее за волосы, вытирает ею пол, катает по столу. Часто пытается вырвать ей волосы, оторвать руку и пр. Эти реакции многие специалисты и родители оценивают, как агрессивные. Однако, такие действия ребенка можно рассматривать как результат отсутствия эмоционального отношения к игрушке.

Некоторые дети пытаются попробовать игрушку «на вкус» или понюхать. Они пытаются облизать пирамидку, отгрызть кусочек от цветного кубика. Все это говорит о неумении ребенка действовать с игрушками, об отсутствии опыта ее использования в соответствии с функциональным назначением.

Наряду с манипуляциями, у многих детей с РАС, встречаются и так называемые процессуальные действия, когда ребенок непрерывно повторяет один и тот же игровой процесс: строит и разрушает постройку из кубиков, одевает и раздевает куклу, раскидывает и ставит на место предметы. Несмотря на «вычурность» и стереотипность игровых действий у детей с РАС, нередко наблюдается в качестве заместителей использование неигровых предметов. Эти действия, обусловлены потребностями ребенка в игровой деятельности и подчеркивают смысловую направленность его игровых действий.

Существует основная иерархия игровых навыков, соответствующая разным стадиям развития.

Игра в одиночестве – играет с игрушкой при условии, что рядом никого нет, и никто не пытается с ним общаться. Если кто-то садится рядом,

то он отворачивается от этого человека или отодвигается. Если кто-то еще прикасается к его игрушке, он встает и уходит.

Параллельная игра – играет с игрушкой в непосредственной близости от других детей или взрослых, иногда он наблюдает за тем, как другие дети играют со своими игрушками. По большей части внимание сосредоточено на его собственной игрушке, он не взаимодействует с ровесниками или взрослыми.

Интерактивная игра – может делить игрушку с ровесником или взрослым и умеет играть по очереди. Это может включать передачу игрушки друг другу или имитацию игры друг друга. При этом может играть молча, избегая зрительного контакта с другим человеком.

Сотрудничающая игра – играет и взаимодействует с другим человеком во время игры с разными игрушками или с одной общей игрушкой. При этом смотрит на другого человека и поддерживает зрительный контакт. Это может включать строительство башни из кубиков вместе или совместный сбор головоломки-пазла.

Сюжетно-ролевая игра – участвует в воображаемой игре (один или с другими людьми), в которой есть элементы «понарошку». Это включает утешение куклы, которая как будто плачет, приготовление воображаемой еды из пластилина, переодевание (игра в переодевание должна включать понимание определенного персонажа, например, надевание каски, чтобы притвориться пожарным).

Игра на основе правил – играет в очень социальные и соревновательные игры с другими людьми, включая спортивные, настольные, карточные и компьютерные игры. Также может играть с другими детьми в игры, придуманные на ходу, и может соблюдать правила, даже если они постоянно меняются.

Таким образом, очевидно, что при обучении и воспитании ребенка с РАС необходимо стимулировать сенсорную сферу, которая выступает основой формирования игровой деятельности. Поэтому использование

разнообразных игр с учетом индивидуальных возможностей, особенностей детей (именно это определяет выбор игры), может способствовать решению проблемы социализации ребенка с РАС.

3. Дети с тяжелыми двигательными, интеллектуальными и речедвигательными нарушениями. Под тяжелыми двигательными нарушениями понимаются стойкие органические расстройства формирования базовых моторных функций (навыков сидения и стояния) в сочетании с нарушениями речевой, глазодвигательной и мелкой моторики, ограничивающие возможности ребенка в самообслуживании, общении, познавательной, игровой и учебной деятельности и обуславливающие потребность в постоянной специальной медико-психолого-педагогической помощи, которая отличается по объему, содержанию и организации от оказываемой при менее выраженных двигательных нарушениях.

На основе качественного анализа всех параметров оценки моторной функции автором выделено четыре степени тяжести:

Легкая степень – высокая двигательная активность, все общие моторные навыки сформированы, двигательные нарушения не препятствуют выполнению действия, незначительно снижая их качество и увеличивая время выполнения, легко корригируются самим ребенком или с помощью специальных приемов и выявляются только специалистами. Нарушения артикуляционной моторики незначительные, речь разборчивая, полностью понятна окружающим.

Умеренная степень – двигательная активность снижена, сформированы только основные статико-моторные навыки. Двигательные нарушения легко заметны окружающим, полностью не устраняются, ограничивая локомоцию и мануальные действия, значительно снижая качество и увеличивая время их выполнения. Нарушения произносительной стороны речи затрудняют ее понимание и, соответственно, общение ребенка.

Тяжелая степень – мотивация к двигательной активности низкая. Ребенок не может самостоятельно сидеть, стоять. Мануальные действия,

артикуляторные движения резко ограничены, результативность их крайне мала, речь понятна только близким, затруднен прием пищи.

Крайняя степень тяжести - отсутствие мотивации к совершению движений, отсутствие всех общих моторных навыков, стойкость патологических поз, невозможность осуществления любой деятельности, включая речевую, нарушение глотания и жевания.

У всех детей с тяжелыми нарушениями моторики отмечалось расстройство произносительной стороны речи умеренной и тяжелой степени: от ее отсутствия до выраженных нарушений разборчивости речи. Им, как правило, сопутствует синдром дисфагии - тяжелое нарушение жевания и глотания, выраженный псевдобульбарный синдром - гиперсаливация, оральные синкинезии, рефлекс орального автоматизма, повышенный глоточный рефлекс.

Нарушения речевой функции проявляются преимущественно в различных формах дизартрии, реже в форме сенсомоторной алалии. Этому сопутствует нарушение коммуникативной деятельности.

Преобладающее большинство детей не владеют навыками речевой коммуникации. Фактически они находятся на этапе доречевого развития, однако он имеет качественное своеобразие, поскольку отличается значительно более высоким уровнем понимания речи. Пассивный словарь характеризуется ситуативностью, шаблонностью, превалированием предметной лексики над глагольной и словарем признаков.

Коммуникативная активность детей с тяжелыми речедвигательными нарушениями очень низкая. Дети предпочитают слушать взрослого, нежели вступать с ним в общение. Этому способствуют и недостатки неречевых процессов, способствующие сужению сферы общения у детей с тяжелыми речевыми нарушениями: дефект сенсорного развития, ограничение возможности подражательной деятельности вследствие обездвиженности, слабый познавательный интерес из-за низких интеллектуальных возможностей.

При характеристике устной речи детей с множественными нарушениями следует особо выделить тот факт, что само по себе накопление новых слов не ведет к улучшению навыков общения, так как дети не пользуются речью даже тогда, когда знают нужное слово. Пассивность, крайне сниженная потребность в высказываниях, слабый интерес к окружающему – все это приводит к несформированности одного из главных звеньев речевой коммуникации – диалогического единства.

Большой трудностью для детей с множественными нарушениями является умение перенести приобретенные навыки самостоятельных высказываний в новую ситуацию.

Кроме этого имеет значение и неадекватная речевая среда, в результате чего коммуникация этим детям практически не требуется по ряду причин:

- *взрослые сами первыми вступают в контакт с ребенком;*
- *как правило, задаются риторические вопросы или вопросы, на которые отвечает сам взрослый, не ожидая реакции ребенка;*
- *в четкой организации распорядка дня, в процессе занятий не отводится времени на выражение личных потребностей «неговорящих» детей;*
- *обмен информацией между матерью и воспитателем о ребенке происходит в его присутствии, когда он является только слушателем. Эта информация передается затем другим сотрудникам самим воспитателем;*
- *перечень задаваемых вопросов не отличается разнообразием изо дня в день;*
- *нередко наблюдается бóльшая заинтересованность в получении информации от родителя, то есть, психологически воспитатель не воспринимает ребенка как потенциального коммуниканта. В этой роли его недооценивают и сверстники. Воспитатель, будучи уверенным, что правильно понимает ребенка, невольно способствует снижению потребности в коммуникации у самого ребенка и увеличению дистанции между ним и окружающим миром.*

Однако, несмотря на выраженный дефект произношения, дети лучше понимают друг друга, нежели взрослые ребенка. Это объясняется тем, что потребность быть понятым в общении со сверстниками, в игре, заставляет детей четче выражать свои мысли, используя все доступные ребенку средства коммуникации.

Практика показывает, что некоторые дети с множественными нарушениями имеют удовлетворительное понимание речи, но при этом сами практически не говорят: в общении используют либо жесты, либо отдельные слова. В этом случае становится крайне важно, чтобы окружающие их люди правильно интерпретировали эти знаки, т.к. непонимание жестов окружающими вызывает состояние агрессии или фрустрации – психического состояния, характеризующееся наличием потребности, не нашедшей своего удовлетворения.

Таким образом, внешними барьерами на пути формирования коммуникативных навыков у детей являются следующие проблемы: у них не развивается инициатива к общению, окружающие обращаются к ним, когда они хотят общаться; коммуникативные ситуации, как правило, ограничены жизненными потребностями; взрослые недооценивают вред угадывающего стиля общения, что затрудняет развитие альтернативных способов коммуникации.

Нарушения предметно-манипулятивной деятельности у детей обусловлены выраженными ограничениями моторики рук. В условиях недостаточности ручных перцептивных действий мы попытались выявить другие их виды, в частности, глагодвигательной деятельность, которая в большей степени опосредует взаимодействие ребенка с внешней средой и играет ведущую роль в его психическом развитии. В этой связи мы уделили большое внимание изучению зрительной функции.

Итак, развитие детей с ТДН характеризуется определенным динамическим своеобразием, клинико-психологическим полиморфизмом, мультифакториальностью (рис. 1).



Рис. 1. Взаимосвязь нарушений развития детей дошкольного возраста с тяжелыми двигательными нарушениями

Представленная схема демонстрирует связь нарушений на психофизическом уровне, затрагивающем биологические процессы со сложными нарушениями на уровне развития личности, приводящими ее к «ситуации инвалидности».

Двигательно-телесные и эмоциональные расстройства тесно связаны у детей с ТДН и оказывают негативное влияние на развитие их личности.

Уровень соматически обусловленного переживания, на котором формируется привязанность ребенка к взрослому с начальных ощущений своей телесности, с положительно окрашенного тактильного контакта с матерью, у детей с перинатальным поражением мозга формируется через

негативные переживания, образующие «глобальный дискомфорт тела». Он не только не устраняется в процессе манипуляций с телом, как у здорового ребенка в процессе пеленания, смены мокрых пеленок, кормления и т.д., а усугубляется в ходе проведения медицинских процедур, болезненных инъекций, патологических поз, нередко, зондового кормления. Этот негативный тактильный опыт больного ребенка ведет к избеганию тактильной близости и контакта. Любые прикосновения к своему телу ребенок неосознанно воспринимает как угрозу жизни, реагируя единственно возможным способом: громким криком, эмоционально окрашенным плачем, страдальческим видом, сопровождаемыми выраженными вегетативными реакциями. Отрицательные самоощущения ребенка очень прочно фиксируются в его эмоциональной памяти и, впоследствии, порождают аффект страха, в частности, страха смерти.

Негативные факторы первого уровня ведут к усложнению переживаний, формирующихся на следующем *эмпатийном уровне*, на котором закладывается механизм формирования эмоциональной регуляции и потребности ребенка в другом человеке через трансляцию матерью ее эмоциональности. От того, как будет складываться эта общность, какие эмоциональные мироощущения будет передавать ребенку его мать, зависит его аффективное поведение и личностное развитие.

В анамнезе большинства детей отмечался период пребывания ребенка в реанимационном отделении и отрыв от матери с момента рождения. Все дети первые три года жизни по тяжести состояния очень часто проводили в больнице, особенно первые шесть месяцев. Со слов матерей, они практически жили в разных больницах, циркулируя из инфекционных стационаров в соматические, неврологические отделения. Матери отмечали, что вид страдающего ребенка приводил их в отчаяние и вызывал безмерную жалость. Общаясь со своим ребенком, они постоянно плакали. Все это способствовало запечатлению у детей в периоде раннего детства страдающего эмоционального образа матери и незащищенного характера

эмоциональной близости с ней, экстраполяции негативного восприятия на постороннего человека, отказу от контакта с ним. Эти переживания формировали определенный тип симбиотической привязанности к матери и устойчивый страх разлуки с ней, что особенно проявлялось при поступлении детей в коррекционное учреждение.

Подавляющее большинство детей в той или иной мере испытывают тревожные переживания по поводу разлуки с матерью. Эта разлука мучительна для обеих сторон. Часто матери отказываются оставлять своих детей ни на минуту. В дальнейшем у этих детей формируются сверхзависимые отношения с определенным взрослым, который символизирует для ребенка образ матери. Только он может осуществлять телесный контакт: кормить, ухаживать, давать лекарство, высаживать на горшок. Избирательно и игровое взаимодействие, дети адекватно относятся к знакомым взрослым, которые проводят с ними занятия, но категорически отказываются общаться с малознакомыми людьми.

У некоторых детей из-за выраженной эмоциональной незрелости могут длительно сохраняться эмоциональные проявления только базального уровня (при ласке, прикосновении, кормлении), а игровые действия не были эмоционально окрашенными. Настойчивое побуждение их к игре вызывает, как правило, тревогу, отказ. Только в положении на руках у матери можно осуществлять отдельные игровые действия с ребенком. В поведении таких детей можно отметить различные аномальные формы реагирования: стереотипные формы поведения в виде раскачивания туловища, головы, сосание пальца, края одежды, онанизма.

Это неизбежно сказывается на формировании личности ребенка на **уровне социальных эмоций**. У детей 3-4 лет, в первую очередь, это проявляется в неполноценности восприятия сверстника, неумении играть с ним, неприятии его как равного, в отношении к нему как к предмету (некоторые дети могут наступить на сидящего ребенка, отодвигать его, отнимать игрушку). У детей этого возраста доминирует ориентация на

общение с взрослым: они всячески привлекают внимание каждого появляющегося знакомого взрослого, взглядом ищут контакта с ним, стараясь приблизиться, прижаться к нему, искать его сочувствия и отклика.

Итак, перцептивная организация когнитивных процессов в подгруппе детей, имеющих только ТДН, отличается разнообразием:

-у части детей опора на практический опыт взрослого и его речевое сопровождение позволяет формироваться ситуативной соотнесенности предметов и их обозначений. Этим детям доступна функция выделения объекта из общего фона за счет гипертрофированно развитой глазодвигательной деятельности, зрительно-мышечно-вестибулярных связей. Успешности сенсорно-перцептивного развития способствует и сохранность слухового анализатора – способность к слуховой дифференцировке, пространственному восприятию звуковых сигналов;

-у другой подгруппы детей, выраженные расстройства зрительного гнозиса вызваны зрительно-перцептивными нарушениями, несформированностью операций планирования и программирования временно-пространственных аспектов глазодвигательной поисково-ориентировочной деятельности, нарушений модально-специфической памяти и внимания.

Наряду с многочисленными нарушениями, дети с тяжелой двигательной патологией вследствие ДЦП обладают и позитивными качествами (табл. 1).

Характеристика развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями

Патологические признаки	Позитивные признаки
1. Низкая работоспособность	1. Хорошая усидчивость
2. Низкая мотивация к собственной активности	2. Большая заинтересованность к сотрудничеству с взрослым, детьми
3. Недостаточность произвольной моторики	3. Наличие безусловнорефлекторной моторики: оральной (зевота, улыбка), артикуляторной (смех, крик, кашель, плач), глазодвигательной (мигание), ручной (хватательный р-с), общей (провоцируемая и управляемая моторика)
4. Нарушение неспецифических видов памяти	4. Хорошая эмоциональная память, отдельные виды модальностеспецифической памяти
5. Нарушение оперирования пространством	5. Сохранность словесного обозначения пространственных признаков
6. Высокая тревожность	6. Высокая чувствительность к ситуации успеха
7. Низкие возможности манипулятивного исследования	7. Хорошие способности зрительно-исследовательской деятельности
8. Низкий уровень волевой регуляции	8. Послушность, высокая внушаемость
9. Незаинтересованность в результате деятельности	9. Высокий интерес к процессу личностно-значимой деятельности
10. Нарушение соматогнозиса	10. Сохранность простых видов кожной чувствительности
11. Бедность просодической, фонаторной стороны речи	11. Выразительность движений глаз, «говорящий взор»
12. Слабость кинестетических телесных ощущений	12. Сохранность глазодвигательных кинестезий
13. Нарушение зрительного анализа и синтеза	13. Сохранность слухо-речевой функции
14. Торпидность мышления, трудности протекания симультанных процессов	14. Большая сохранность сукцессивных операций

В таблице показано, что каждому неблагоприятному признаку сопутствует положительное свойство, что обеспечивает уменьшение негативных проявлений. Другими словами, имеются значительные неиспользованные возможности компенсации тяжелого дефекта развития у детей с ДЦП, которые должны быть учтены при определении коррекционной программы.

Таким образом, дошкольники с тяжелыми проявлениями ДЦП отличаются качественным своеобразием развития, имеют отличительные типологические особенности:

1. Выраженность двигательных нарушений общей, мелкой, глазодвигательной моторики в каждом конкретном случае может быть различной, но их связывает общий патогенетический механизм: нарушение исполнительного компонента деятельности, обусловленного преимущественно, недостаточностью произвольной регуляции движений и контроля поведения, а также, в меньшей степени, расстройством регуляции тонуса мышц. Разнообразие возможных сочетаний патогенетических механизмов и обуславливает большую вариативность клинической картины.

2. Тяжесть двигательных нарушений обусловлена, прежде всего, несформированностью навыка сидения, что коррелирует с низким уровнем потенциальных моторных способностей и расстройством антигравитационной функции.

3. Качественное своеобразие перцептивно-когнитивных процессов обусловлено ограниченностью собственного практического действия, и обостренной потребностью ребенка в общении со взрослым, когда деятельность ребенка опосредуется деятельностью взрослого и неречевыми формами коммуникации. Слушание и понимание речи взрослого становится основным источником познания по отношению к предметам, недоступным непосредственному опыту. Ситуативность, конкретность речевого мышления обусловлена результатом освоения слов, понятий, которые дает ухаживающий взрослый в конкретной ситуации, поэтому у ребенка возникает не предметная, а ситуативная соотнесенность.

4. Эмоциональные расстройства, которые могут иметь как первичный, независимый от двигательных нарушений, так и вторичный характер, тесно связанный с двигательным развитием, проявляются в задержке развития базальных эмоций и аномальной персистенции ранних поведенческих реакций. Они обуславливают нарушения аффективно-личностных

отношений как количественного (коммуникативная экзальтация или дефицит), так и качественного характера (снижение коммуникативной потребности, парааутистические проявления) между ребенком и взрослым, между сверстниками.

5. Степень тяжести двигательных и эмоциональных нарушений коррелирует с нарушением коммуникативных функций. Несоответствие сохраняющихся примитивных средств ситуативно-личностного общения, характеризующих первую стадию коммуникативной функции, входит в противоречие с формированием внеситуативно - познавательного общения, свойственного третьей стадии на базе зачатков ситуативно-делового общения, отражающего вторую стадию. Реализуя лишь эмоциональный контакт, имея ограниченные возможности ситуативно-делового общения со взрослым, ребенок боится взаимодействия с посторонними, снижается его чувствительность к воздействиям взрослого, не согласовываются его действия с действиями партнеров. Нарушения коммуникативной функции чаще имеют качественный характер, нежели количественный.

6. В основе нарушений пространственного гнозиса у детей с ТДН лежит сочетание расстройств глазодвигательной моторики, зрительного гнозиса и праксиса, регуляции позы, задержки формирования навыков сидения и стояния, нарушения процессов сенсорной интеграции, в частности, зрительно-моторной координации.

7. Интеллектуальные нарушения обусловлены трудностями возникновения устойчивых межсенсорных связей, диссинхронией стадияльных переключений психических процессов. Это проявляется в задержке формирования предпосылок наглядных форм мышления, диссоциированном развитии отдельных его сторон, расстройстве речемыслительной деятельности.

8. Расстройства речевой функции затрагивают как артикуляционную моторику, включая жевание, глотание, так и неречевые процессы. Имеется несоответствие между произносительными возможностями и их реализацией

вследствие незрелости или дефектности произвольной регуляции речедвигательного аппарата и нарушением в звене программирования, исполнения и контроля за речевой деятельностью.

9. У детей, сложный дефект развития которых связан с сочетанием тяжелых двигательных и сенсорных нарушений, отмечается своеобразие сенсорного обеспечения ориентировочно-исследовательской деятельности за счет более сохранных анализаторов, особыми механизмами сенсорно-перцептивной деятельности, в частности, ориентировочно-исследовательской, зрительно-моторно-манипулятивного поведения, в которых двигательный компонент либо замещается сенсорным, либо осуществляется иным способом – путем рецептивного контакта (зрительный, слуховой и тактильный (с вовлечением орально-фациальной области у незрячих детей с ДЦП)).

При слепоте формируются слухо-кинестетические, тактильно-кинестетические и проприоцептивно-кинестетические связи, при глухоте зрительно - кинестетические и зрительно-кинестетические;

-при наличии одного ведущего дефекта – тяжелых двигательных нарушений - двигательно-телесная недостаточность влияет на формирование базальных уровней эмоционального реагирования, обеспечивающих взаимодействие с окружающей средой, что приводит к развитию стойких аномальных поведенческих стереотипов, замещению ориентировочно-исследовательского поведения защитно-оборонительными реакциями. В структуре дефекта зрительного восприятия имеет место нарушение стратегии оптико-пространственной деятельности, несформированность операций планирования и программирования временно-пространственных аспектов глазодвигательной моторики, зрительно-моторной координации.

10. Механизм нарушений развития личности при тяжелых проявлениях ДЦП многосторонен. Он, прежде всего, связан с взаимообусловленностью патологии моторики и эмоций, приводящих к неполноценности, искаженности телесного чувствования, которая порождает

различные страхи, закрепляющиеся в телесной эмоциональной памяти. Все это способствует снижению мотивации к двигательной активности, являющейся источником энергетического обеспечения организма и средством познания. Обездвиженность ребенка, прикованного к постели, в сочетании с социальной изоляцией и сенсорной депривацией обуславливает расстройство телесного гнозиса, который играет важнейшую роль в формировании адекватного мироощущения и самоидентификации. Решающее влияние на формирование негативных черт личности ребенка, ее содержательных и формальных характеристик оказывает отсутствие полноценной коммуникации. Неполноценный информационный обмен препятствует формированию способности ориентации в системе индивидуальных и социальных отношений, что рождает состояние фрустрации и неуверенности, сдерживает формирование самооценки и самоопределения.

11. Трудности формирования личности обусловлены и нарушениями родительно-детских отношений, стилей воспитания, неверной родительской оценкой возможностей их ребенка, пассивной позицией к процессу реабилитации, ранним отказом от психолого-педагогической помощи ввиду неэффективности медицинских методов реабилитации.

12. Одним из ведущих предикторов неблагоприятного прогноза физического развития является выраженное нарушение функции постурального контроля с невозможностью овладения навыками сидения и стояния. Хроническая недостаточность проприоцептивной афферентации в лежачей позе резко замедляет биоритмику мозга, что является причиной снижения психической активности, тормозит развитие познавательных процессов.

13. Нарушения психического развития детей с тяжелыми проявлениями ДЦП отличаются тотальностью, мультифакториальностью и преобладанием признаков повреждения над недоразвитием функций. Они не могут быть отнесены только к дефицитарному типу дизонтогенеза с ведущим

монодефектом двигательной функциональной системы. Их сложное сочетание и взаимовлияние, усугубляющееся на фоне социальной депривации, обуславливает формирование сенсорно-перцептивной недостаточности, межанализаторной дезинтеграции, ретардации, диссинхронии, нарушения преемственности сложных психических процессов, дезорганизации всех видов деятельности и поведения ребенка.

14. Вместе с тем, дети с ТДН обладают потенциалом развития, включающим в себя связанные между собой исполнительный, когнитивный, регуляторный и мотивационно-эмоциональный компоненты. Он является интегративным прогностическим показателем, отражающим способность к социально-личностному развитию ребенка. Наиболее неблагоприятен прогноз сложного дефекта развития, обусловленный сочетанием тяжелых двигательных и интеллектуальных расстройств.

15. Для обеспечения эффективности устранения или компенсации имеющихся нарушений, необходимо оптимальное сочетание реабилитационных двигательных программ, адекватных структуре дефекта и специальных, целенаправленных педагогических методов, учитывающих механизмы нарушений когнитивных процессов и психологических приемов и методов, воздействующих на аффективную сферу.

Таким образом, дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, которые имеют какие-либо отклонения от нормального физического или психического развития, препятствующие общему развитию.

Основная литература:

1. Еманова, С.В. Педагогика и психология раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / С. В. Еманова. — Курган : КГУ, 2021. — 142 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/177935> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — Текст : электронный

2. Лазарева, О.П. Специальная детская психология : учебно-методическое пособие / О. П. Лазарева, А. А. Ошкина. — Тольятти : ТГУ, 2019. — 102 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/140099> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — Текст : электронный.

3. Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория, практика и перспективы развития : монография / под редакцией Н. В. Рябовой. — Саранск : МГПИ им. М. Е. Евсевьева, 2019. — 200 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/163510> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-8156-1068-2. — Текст : электронный.

4. Специальная дошкольная педагогика : учебно-методическое пособие / составители О. В. Дыбина Е. А. , Сидякина. — Тольятти : ТГУ, 2019. — 115 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/140100> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-8259-1424-4. — Текст : электронный.

Дополнительная литература:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2003 http://www.dou4sun.ru/files/File/biblioteka_akatov.pdf

2. Логопедическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями : учебное пособие / составители А. Н. Гамаюнова [и др.]. — Саранск : МГПИ им. М. Е. Евсевьева, 2020. — 308 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/163517> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-8156-1194-8. — Текст : электронный.

3. Методология, теория и практика обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях модернизации образования : учебно-методическое пособие. — Саранск : МГПИ им. М.Е.

Евсевьева, 2019. — 167 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/163542> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-8156-1069-9. — Текст : электронный.

4. Приказ Минтруда России от 31.07.2015 N 528н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.08.2015 № 38624)

Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Раздел 1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями речи

Технологии развития артикуляционной моторики

Правильное произнесение звуков обеспечивается благодаря хорошей подвижности органов артикуляции, к которым относятся язык, губы, нижняя челюсть, мягкое нёбо. Точность, сила и дифференцированность движений этих органов развиваются у ребенка постепенно, в процессе речевой деятельности. У ребенка, имеющего общее недоразвитие речи вследствие недоразвития или мозгового поражения, нарушается подвижность органов артикуляционного аппарата.

Работа по развитию подвижности органов артикуляционного аппарата проходит по следующим направлениям: проведение дифференцированного массажа лицевой и артикуляционной мускулатуры; проведение работы по борьбе с солеватацией; проведение артикуляционной гимнастики.

1. Логопедический массаж

Массаж – это совокупность приемов механического дозированного воздействия в виде трения, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека как руками, так и специальными аппаратами через воздушную, водную или другую среду. Массаж является фоновой процедурой, улучшающей питание тканей. Массируя кожу, мы воздействуем на все ее слои, на кожные сосуды и мышцы, а также на центральную нервную систему, с которой кожа неразрывно связана.

Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, их сократительная функция, замедляется мышечная атрофия, а также уменьшается уже развившаяся гипотрофия.

Массаж оказывает существенное влияние на суставы. Под действием массажа улучшается кровоснабжение сустава и укрепляется связочный аппарат сустава.

Нервная система первая воспринимает действие массажа, так как в коже находится огромное количество нервных окончаний. Изменяя силу, характер, продолжительность массажа, можно снижать или повышать нервную возбудимость, усиливать и оживлять утраченные рефлексy, улучшать трофику тканей, а также деятельность внутренних органов.

Глубокое влияние оказывает массаж на периферическую нервную систему, ослабляя или прекращая боли, улучшая проводимость нерва, ускоряя процесс регенерации при его повреждении, предупреждая или уменьшая вазомоторные чувствительные и трофические расстройства.

Массаж вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более обильное орошение кровью не только массируемого участка, но рефлекторно и внутренних органов, в результате чего происходит усиленный газообмен между кровью и тканью (кислородная терапия).

Положение ребенка при массаже лежа или полулежа на спине: руки вытянуты вдоль туловища, стопы свисают за край массажной кушетки.

Основные цели логопедического массажа:

- 1) нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры;
- 2) уменьшение проявления парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата;
- 3) снижение патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы, судороги ит. д.);
- 4) стимуляция проприоцептивных ощущений;
- 5) увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений;
- 6) активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, у которых имелась недостаточная сократительная активность;

7) формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции.

Методические указания к проведению расслабляющего массажа:

1. Массаж проводится в медленном темпе.
2. Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса расслабляющего массажа может быть следующая:

- 1) мышцы шеи и плечевого пояса;
- 2) мимическая мускулатура;
- 3) мышцы губ;
- 4) мышцы языка.

Методические указания к проведению активизирующего массажа:

1. Движения логопеда должны быть достаточно ритмичными.
2. Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса укрепляющего массажа может быть следующая:

- 1) мимическая мускулатура;
- 2) мышцы губ;
- 3) мышцы языка;
- 4) мышцы шеи и плечевого пояса.

Техники массажа. *Сила массажа* — это сила давления, которую руки массажиста оказывают на тело массируемого. Она может быть большой (глубокий массаж), средней и малой (поверхностный массаж). Поверхностный массаж повышает возбудительные процессы, более глубокий массаж с постепенным увеличением силы воздействия способствует развитию тормозных процессов.

Темп массажа может быть быстрым, средним и медленным. Быстрый повышает возбудимость, средний и медленный – снижают.

Чем длительнее массаж, тем больше он влияет на снижение возбудимости нервной системы.

Приемы массажа:

- поглаживание: поверхностное, глубокое, обхватывающее, граблеобразное;
- растирание;
- разминание;
- вибрация и поколачивание;
- плотное нажатие.

Выбор приемов массажа зависит от состояния мышечного тонуса, двигательных возможностей и патологической симптоматики.

Массаж лобной области. При массаже лобной области производят:

- 1) поглаживание плоскостное, глажение в направлении снизу вверх от надбровных дуг к линии начала роста волос, от середины лба к височным областям;
- 2) растирание прямолинейное (продольное и поперечное), круговое, спиралевидное; все приемы проводить «переступанием» во всех направлениях;
- 3) разминание – надавливание прерывистое, шипцеобразное, пощипывание большим и указательным пальцами по всей поверхности лобной области;
- 4) вибрацию – «пальцевой душ».

Все приемы чередуют с поглаживанием, проводят по 4-5 пассивов.

Массаж области глазницы. При массаже области глазницы производят:

- 1) поглаживание в верхней части орбиты по направлению к височным областям, в нижней части орбиты по направлению к переносице, к внутреннему краю глаза, плоскостное, щипцеобразное;
- 2) растирание прямолинейное, круговое по тем же линиям;
- 3) разминание - надавливание, в верхней части орбиты щипцеобразное, в нижней - по направлению к переносице;
- 4) вибрацию - поколачивание пальцами.

Массаж щек. При массаже щек производят:

- 1) поглаживание по направлению к ушным раковинам, плоскостное, щипцеобразное, глажение;
- 2) растирание круговое, прямолинейное, спиралевидное, пиление;
- 3) разминание щипцеобразное, надавливание, сдвигание, растяжение;
- 4) вибрацию – «пальцевой душ».

Массаж области носа. При массаже области носа производят:

- 1) поглаживание плоскостное, щипцеобразное;
- 2) растирание - прямолинейное, круговое, щипцеобразное, штрихование; разминание - надавливание, щипцеобразное;
- 3) вибрация - сотрясение концевыми фалангами большого и указательного пальцев.

Все движения проводят от кончика носа к переносице.

Массаж области рта и подбородка. При массаже области рта и подбородка производят:

- 1) поглаживание от средней линии по нижнему краю челюсти к заушным областям, от крыльев носа к мочке уха, от углов рта к ушным раковинам, плоскостное и щипцеобразное;
- 2) растирание - круговое, прямолинейное, спиралевидное, штрихование, щипцеобразное;
- 3) разминание - надавливание, щипцеобразное, растяжение, сдвигание;
- 4) вибрация - «пальцевой душ», похлопывание.

Все приемы чередуют с поглаживанием, при массаже носогубной складки движения проводят от нижней части середины подбородка к носогубным складкам до крыльев носа.

Массаж языка. При массаже языка производят:

- 1) поглаживание плоскостное (лучше проводить обрезанной т-образно зубной щеткой), снизу вверх от кончика языка при расслаблении и сверху вниз при увеличении тонуса;

2) растирание прямолинейное (продольное и поперечное), круговое, спиралевидное; все приемы проводить «переступанием» и глажением, снизу вверх от кончика языка при расслаблении и сверху вниз при увеличении тонуса;

3) разминание - надавливание прерывистое, щипцеобразное, пощипывание большим и указательным пальцами, снизу вверх от кончика языка при расслаблении и сверху вниз при увеличении тонуса;

4) вибрацию - «пальцевой душ».

Все приемы чередуют с поглаживанием, проводят по 4-5 пассивов.

Массаж подъязычной связки. При массаже подъязычной связки производят:

1) поглаживание плоскостное (лучше проводить обрезанной т-образно зубной щеткой), сверху вниз, снизу вверх — холостой ход;

2) растирание, разминание, перетирание. Большим и указательным пальцами логопед обхватывает уздечку и производит прямолинейное (продольное и поперечное), круговое, спиралевидное растирание, разминание, перетирание.

Все приемы проводить «переступанием» и глажением, снизу вверх и сверху вниз;

2. Массаж ушных раковин (аурикулотерапия). При массаже ушных раковин производят:

1) плоскостное поглаживание мочки уха, при этом надо воздействовать последовательно, переходя с мочки уха на нижнее, среднее, верхнее углубления, после чего массируют заднюю поверхность ушной раковины;

2) растирание - поочередно прямолинейное, круговое, щипцеобразное;

3) разминание - щипцеобразное надавливание;

4) вибрацию с использованием приспособлений (палочек, стерженьков различного диаметра с шарообразно закругленными концами).

Ушная раковина снабжена множеством нервных окончаний, в ухе разветвляются шесть нервов, осуществляющих связи с центральными и вегетативными отделами нервной системы и внутренними органами.

Общая схема расположения точек на ушной раковине напоминает ребенка в эмбриональном состоянии. Можно представить себе, что голова его лежит на мочке уха, руки сложены вдоль тела и оказываются вместе с ногами в верхней части ушной раковины.

Точки ушной раковины расположены довольно близко друг к другу, размеры их незначительны, и обнаружить их только по анатомическому описанию непросто. Таких точек в настоящее время насчитывается до двухсот. У здорового человека они как бы скрыты и не проявляют себя. При острых заболеваниях или травмах соответствующие точки становятся резко болезненными. Точки ушной раковины, в отличие от точек тела, имеют действительно точечные размеры 1-2 мм. Так, зона, находящаяся на валике противозавитка, по своему действию соответствует проекции позвоночника. Мочка и противокозелок - соответственно проекция головного мозга, артикуляционного аппарата, глаз.

Для выявления зон болезненности ушную раковину сдавливают между большим и указательным пальцами (8-10 раз), фиксируя ответную реакцию. В процессе массажа ушной раковины вначале усиливается местная болезненность уха, затем появляются ощущение тепла, жжение, болезненность уменьшается, периферическая боль затихает, наступает лечебный эффект. Для достижения лечебного эффекта необходимо детальное изучение строения и расположения точек воздействия (картография наружного уха).



3. Точечный массаж. Точечное воздействие на биологически активные точки вызывает местную, сегментарную и общую реакции организма.

Местная реакция — это реакция локального характера в месте воздействия. Под действием точечного воздействия локально изменяется сосудистый тонус, повышается местная температура кожи.

В зависимости от техники воздействия на локальную точку метод может быть возбуждающим или успокаивающим. Так, при нарушениях мышечного тонуса, при повышении его, применяется «тормозной», «седативный» метод - находят необходимую точку, в течение 5-6 с производя вращательные движения по часовой стрелке, углубляются, надавливая на эту точку и постепенно наращивая усилие, фиксируют достигнутый уровень на 1-2 с, производят противоположное движение, «вывинчивая» палец против часовой стрелки, уменьшают постепенно силу надавливания, выполняя вращение в течение 5-6 с. Затем, не отрывая пальца от фиксируемой точки, данный цикл движений повторяют в зависимости от рекомендаций по терапии (при воздействии в течение 1 мин седативным способом производят 4 входа и выхода, каждый по 15 с, если необходимо воздействовать 2 мин, то производят 8 входов и выходов). С каждым воздействием усилие надавливания на точку увеличивается в зависимости от предусмотренных ощущений у массируемого (распирание, онемение, болезненность, тепло и др.).

При явлениях пониженного тонуса применяется «стимулирующая» (тонизирующая, возбуждающая) техника точечного массажа, находят точку, затем в течение 3 - 4 с проводят вращательные движения по часовой стрелке, «ввинчивая» палец с надавливанием на точку, а затем массирующий палец резко отрывают от точки, наподобие того, как птица бьет клювом, данное движение повторяют 8-10 раз в одной точке, что составляет 40-60 с воздействия. Симметричные точки массируют попарно и одновременно. Массаж, как правило, предшествует логопедическому занятию.

Точечный массаж рекомендуется проводить целым курсом: между 1 и 2-м курсами перерыв две недели; между 2 и 3-м перерыв может составить около трех месяцев. Курсы массажа повторяются каждые 3-6 месяцев. Сеанс массажа следует проводить через день. Перерыв между сеансами массажа, проводимого целым курсом, не должен превышать трех дней.

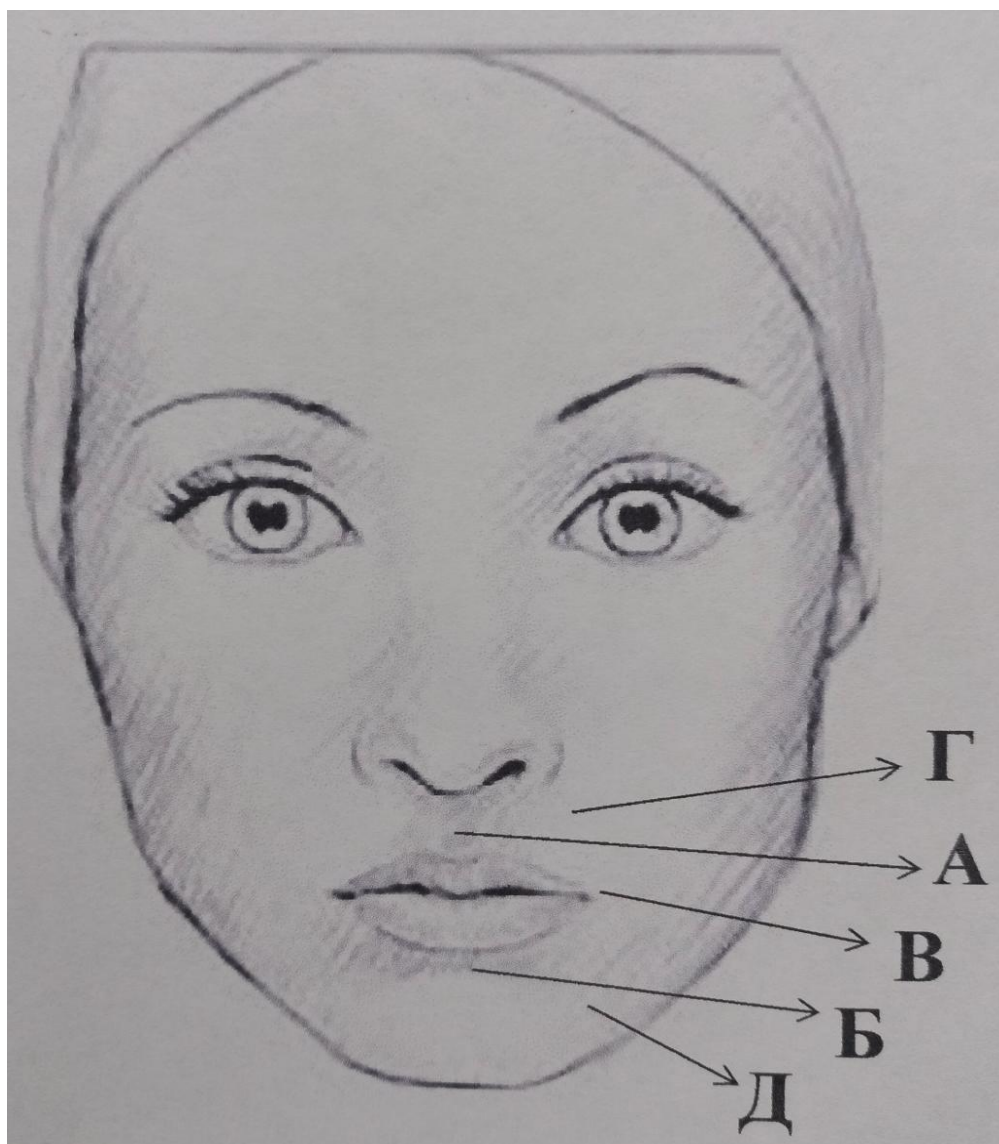
В логопедическом массаже используется, как правило, не единичная точка, а целый комплекс биологически активных точек, в зависимости от поставленных целей.

Комплекс БАТ для нормализации состояния мышц артикуляционной мускулатуры.

- А — одиночная точка под носом в верхней трети вертикальной борозды;
- Б — точка в центре подбородочно-губной складки;
- В — парные точки кнаружи от угла рта на 1 см, на вертикальной линии от зрачка;
- Г — парные точки на 1 см по диагонали от рыла носа, примерно посередине носогубной складки, чуть выше нее;
- Д — парные точки на нижней челюсти, расположены почти на одной вертикальной линии с точками В.

Метод массажа БАТ выгодно отличается от других относительной простотой проведения, физиологичностью, малой зоной воздействия, возможностью применения как в доврачебной практике, так и во время лечения. Разновидности точечного массажа могут быть применены в комплексе с лекарственной терапией. Необходимо помнить, что методы древневосточной медицины лишь дополняют современные методы, обогащая их, но никак не заменяют их полностью и не являются панацеей от всех болезней. При применении точечного массажа необходимо учитывать все основные положения и требования современной медицины.

В том случае, если массаж направлен на релаксацию мышц, точечный массаж полезно проводить на фоне релаксации, для чего можно использовать специально подобранную музыку. Такой массаж можно проводить на фоне аутогенной тренировки.



4. Зондовый массаж

Логопедический точечный массаж, который проводится в зависимости от нарушения: при спастичной форме - расслабление мышц артикуляционного аппарата, при вялой - их укрепление. Массаж зондами:

- а) игольчатым зондом проводится хаотичный обкол щек, губ, языка;
- б) зондом «лопаточка» - вибрация щек, губ, языка;
- в) зонд «салазки» — поглаживание щек, губ, языка вверх-вниз;
- г) «рубящий» зонд — постукивающие движения;
- д) зонд «толкач» — разминание.

Данный массаж хорошо проводить при помощи обрезанной зубной щетки. Движения те же, что и при зондовом, да и логопедическом массаже. Массаж лица, в который входят расслабление лицевой и губной мускулатуры

методом разглаживания, расслабление языка, расслабление губ, расслабление шейной мускулатуры. Упражнения подбираются в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляционной зоны. По длительности массаж не более 5 минут. Массаж, кроме нормализации мышечного тонуса языка, губ, направлен на развитие афферентации оральной мускулатуры (речевых кинестезий). При асимметриях тонуса мышц артикуляции массаж проводится гиперкоррекцией соответствующей стороны - на пораженной стороне - больше движений. Таким образом, массаж проводится с целью ослабления патологических проявлений в мышцах артикуляционного аппарата, расширения возможности речевых мышц и включения их в процесс произношения.

5. Искусственная локальная гипо- и гипертермии (ИЛГ)

Искусственная локальная гипотермия (ИЛГ) была создана и разработана во Всесоюзном научно-методическом центре по восстановительному лечению детского церебрального паралича. ИЛГ - это одно из направлений современной криомедицины, которая использует в качестве лечебного фактора холодовое воздействие на органы и ткани (В.И. Грищенко, Б.П. Сандомирский, 1987). Использование ИЛГ в логопедической практике как средства коррекции мышечного тонуса способствует нормализации мышечных реакций. Все это создает благоприятные условия для коррекционной работы.

Искусственная локальная гипо- и гипертермия — это контрастное термальное воздействие низкотемпературных (лед) и высокотемпературных (вода) аппликаций.

Для проведения ИЛГ используются лед и теплая вода. Тепловое и холодовое воздействие можно применять поочередно и избирательно. Существуют различные варианты воздействия:

- только гипотермия (холодовой массаж);
- только гипертермия (тепловой массаж);
- гипотермия, затем гипертермия;

- поочередное использование тепловых и холодовых воздействий.

Показанием к применению данной методики являются:

- возраст с двух лет;
- формы ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма;
- различные виды артикуляционных апраксий;
- синкинезии в артикуляционной моторике;
- повышенная саливация.

Противопоказания к использованию ИЛГ:

- атонически-астатическая форма ДЦП;
- холодовая аллергия;
- индивидуальная непереносимость;
- заболевания ЛОР-органов и ОРВИ;
- эписиндром и повышенная судорожная готовность.

Пределы проведения холодовой аппликации ограничиваются языком, губами, и не затрагивают околоушные и подчелюстные слюнные железы. Холодовую аппликацию необходимо начинать с пробной дозы воздействия (3-5 с). Если не возникнет аллергических реакций, значит, метод приемлем для данного ребенка и может быть включен в схему коррекционно-логопедической работы.

Авторы методических рекомендаций К.А. Семенова, О.В. Степанченко и Л.И. Виноградова предлагают следующую методику использования ИЛГ в логопедической практике.

Лед в марле накладывается поочередно на мышцы артикуляционного аппарата: круговая мышца рта, большая скуловая мышца, подбородок в области подчелюстной ямки, язычная мускулатура. При накладывании льда на язык, придерживая последний за кончик марлевой салфеткой, делаем скользящие движения по кончику, спинке и боковым краям языка. Для активизации центральных отделов речедвигательного анализатора контрастное термальное воздействие можно применять и на мышцы верхних

конечностей, особенно на кисть правой руки. При этом в качестве низкотемпературного агента выступает лед, а в качестве высокотемпературного - шерстяная варежка, опущенная в горячий настой трав успокоительного сбора. Продолжительность экспозиции в первый день проведения ИЛГ 10 с, затем при ежедневном увеличении процедуры на 10-15 с, следует довести воздействие до 4 минут и в этом режиме продолжить курс, состоящий из 20-25 сеансов. Целесообразно проводить по три курса ИЛГ с перерывом в 10 дней, затем через 6 месяцев повторить полный курс лечения.

6. Артикуляционная гимнастика

Работа по развитию основных движений органов артикуляционного аппарата проводится в форме артикуляционной гимнастики. Цель артикуляционной гимнастики - выработка полноценных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата, необходимых для правильного произношения звуков.

Проводить артикуляционную гимнастику нужно ежедневно, чтобы вырабатываемые у детей навыки закреплялись.

При отборе упражнений для артикуляционной гимнастики надо соблюдать определенную последовательность, идти от простых упражнений к более сложным. Проводить их лучше эмоционально, в игровой форме.

Из выполняемых двух-трех упражнений новым может быть только одно, второе и третье даются для повторения и закрепления. Если же ребенок выполняет какое-то упражнение недостаточно хорошо, не следует вводить новых упражнений, лучше отрабатывать старый материал. Для его закрепления можно придумать новые игровые приемы.

Артикуляционную гимнастику выполняют сидя, так как в таком положении у ребенка прямая спина, тело не напряжено, руки и ноги находятся в спокойном положении.

Ребенок должен хорошо видеть лицо взрослого, а также свое лицо, чтобы самостоятельно контролировать правильность выполнения упражнений. Поэтому ребенок и взрослый во время проведения

артикуляционной гимнастики должны находиться перед настенным зеркалом. Также ребенок может воспользоваться небольшим ручным зеркалом (примерно 9х12 см), но тогда взрослый должен находиться напротив ребенка лицом к нему.

Работа организуется следующим образом:

1. Взрослый рассказывает о предстоящем упражнении, используя игровые приемы.

2. Показывает его выполнение.

3. Упражнение делает ребенок, а взрослый контролирует выполнение.

Взрослый, проводящий артикуляционную гимнастику, должен следить за качеством выполняемых ребенком движений: точность движения, плавность, темп выполнения, устойчивость, переход от одного движения к другому. Также важно следить, чтобы движения каждого органа артикуляции выполнялись симметрично по отношению к правой и левой стороне лица. В противном случае артикуляционная гимнастика не достигает своей цели.

В процессе выполнения гимнастики важно помнить о создании положительного эмоционального настроя у ребенка. Нельзя говорить ему, что он делает упражнение неверно, - это может привести к отказу выполнять движение. Лучше покажите ребенку его достижения («Видишь, язык уже научился быть широким»), подбодрить («Ничего, твой язычок обязательно научится подниматься вверх»). Если у ребенка при выполнении упражнений наблюдается саливация, то перед артикуляционной гимнастикой рекомендуется проведение следующих упражнений:

1. Ребенку объясняют необходимость проглатывания слюны.

2. Проведение массажа жевательных мышц, которые мешают проглатыванию слюны.

3. Вызывая пассивно и активно жевательные движения, попросить ребенка откинуть голову назад, так возникает непроизвольное желание проглотить слюну; можно подкрепить просьбой.

4. Ребенку перед зеркалом предлагается жевать твердую пищу (можно печенье), это стимулирует движения жевательной мускулатуры и приводит к необходимости делать глотательные движения, можно подкрепить просьбой (таким образом, непроизвольные движения переходят в произвольные).

5. Произвольное закрытие рта за счет пассивно-активных движений нижних челюстей. Сначала пассивно: одна рука логопеда - под подбородком ребенка, другая - на его голове, путем надавливания и сближения руками челюсти ребенка смыкаются - движение «сплющивание». Потом это движение проделывается при помощи рук самого ребенка, затем активно без помощи рук, с помощью счета, команды.

Артикуляционная гимнастика для развития подвижности губ

Работа по развитию подвижности губ начинается с подготовительных упражнений:

- рассмешить ребенка (непроизвольное растягивание губ);
- намазать губы сладким («слизывание» — поднятие кончика языка вверх или вниз);
- поднести ко рту длинный леденец (вытягивание губ ребенка вперед).

После вызывания непроизвольных движений они закрепляются в произвольном плане, в активной гимнастике. На первых порах движения будут выполняться не в полном, не в точном объеме, затем закрепляются в специальных упражнениях для губ («улыбка», «хоботок», чередование их).

Далее вводятся следующие упражнения:

1. **«Непослушные губки».** Покусывание и почесывание сначала верхней, а потом нижней губы зубами.

2. **«Улыбка-трубочка».** Вытянуть вперед губы трубочкой, затем растянуть губы в улыбку.

3. **«Пятачок».** Вытянутые трубочкой губы двигать вправо-влево, вращать по кругу.

4. **«Рыбки разговаривают»:**

- хлопать губами друг о друга (произносится глухой звук);
- сжать большим и указательным пальцами одной руки верхнюю губу за носогубную складку и двумя пальцами другой руки нижнюю губу и растягивать их вверх-вниз;
- щеки сильно втянуть внутрь, а потом резко открыть рот. Необходимо добиться, чтобы при выполнении этого упражнения раздавался характерный звук «поцелуя».

5. **«Уточка»**. Вытянуть губы, сжать их так, чтобы большие пальцы были под нижней губой, а все остальные на верхней губе, и вытягивать губы вперед как можно сильнее, массируя их и стремясь изобразить клюв утки.

6. **«Недовольная лошадка»**. Поток выдыхаемого воздуха легко и активно посылать к губам, пока они не станут вибрировать. Получается звук, похожий на фыркание лошади.

7. **«Львенок сердится»**. Поднимать верхнюю губу так, чтобы были видны верхние зубы. Опускать нижнюю губу, обнажая нижние зубы.

8. **«Губки спрятались»**. Рот широко открыт, губы втягиваются внутрь рта, плотно прижимаясь к зубам.

9. **«Воздушный шарик»** (если губы совсем слабые). Сильно надувать щеки, изо всех сил удерживая воздух во рту.

10. **«Сильные губки»**:

- удерживать губами карандаш, пластмассовую трубочку. Карандашом нарисовать круг (квадрат);
- удерживать губами марлевую салфетку - взрослый пытается ее выдернуть.

Артикуляционная гимнастика для губ и щек

1. **«Щечки замерзли»**. Покусывание, похлопывание и растирание щек.

2. **«Сытый хомячок»**. Надуть обе щеки, потом надувать щеки поочередно.

3. **«Голодный хомячок»**. Втянуть щеки.

4. **«Кулачки».** Рот закрыт. Бить кулачком по надутым щекам, в результате чего воздух выходит с силой и шумом.

Артикуляционная гимнастика для мышц языка

Работа по развитию подвижности языка начинается с общих движений, с постепенным переходом к более тонким, дифференцированным движениям. В случае выраженной дизартрии для артикуляционной гимнастики рекомендуются следующие упражнения:

- помещение кончика языка к внутренней поверхности нижних резцов;
- вытягивание языка вперед и убирание его назад;
- стимуляция мышц корня языка. Сначала произвольно, путем рефлекторных сокращений, в результате раздражения корня языка шпателем. Затем движения закрепляются в безусловных рефлексах, а затем и произвольных «кашлевых» движениях.

Далее проводится выполнение тонких, дифференцированных движений языка. С этой целью целенаправленно подбираются движения, направленные на выработку нужного артикуляционного уклада, с учетом нормальной артикуляции звука и характера дефекта. Артикуляционную гимнастику лучше всего проводить в виде игр, которые подбираются с учетом возраста ребенка, характера и степени органического поражения. Рекомендуются следующие упражнения:

1. **«Блинчик».** Рот открыт, губы в улыбке, широкий язык удерживается в полости рта в расслабленном, спокойном состоянии под счет до 5-10. Следить, чтобы язык не сужался, а кончик касался нижних зубов.

2. **«Лопаточка».** Рот открыт, губы в улыбке, положить кончик языка на нижнюю губу «лопаткой», боковые края языка касаются углов рта. В спокойном, расслабленном состоянии удерживать язык под счет до 5- 10. Следить, чтобы нижняя губа не подворачивалась, широкий кончик языка лежал на губе, не выходя за ее пределы. Если язык не получается сделать широким, можно пошлепать по нему губами, произнося пя-пя-пя, или нараспев тянуть звук [и].

3. **«Накажем язычок».** Губы в улыбке, легко покусывая, промассировать зубами всю поверхность языка, медленно высовывая и вытягивая его в рот. Потом чесать язык зубами.

4. **«Иголочка».** Рот открыт, губы в улыбке, высунуть язык наружу «иголочкой», тянуться к отодвигаемому от языка пальцу, карандашу, конфетке. Следить, чтобы губы и челюсти были неподвижны.

5. **«Качели».** Рот открыт, губы в улыбке, двигать язык к уголкам рта вправо-влево. Следить, чтобы челюсть и губы были неподвижны, язык не скользил по нижней губе.

6. **«Вкусное варенье».** Рот открыт, губы в улыбке. Облизнуть кончиком языка верхнюю губу от одного уголка рта до другого. Следить, чтобы язык доходил до уголков рта, движение было плавным, без скачков, челюсть не двигалась. Так же облизать нижнюю губу. Потом облизать губы по кругу.

7. **«Почистим зубки-1».** Рот закрыт. Облизывать зубы под нижней, потом под верхней губой. Следить, чтобы челюсть и губы не двигались.

8. **«Почистим зубки-2».** Рот закрыт. Облизывать зубы под губами круговыми движениями языка. То же повторять с открытым ртом.

9. Рот открыт, губы в улыбке. Плавное провести языком по верхним зубам, прикасаясь к каждому зубу, пересчитывая их. Следить, чтобы челюсть не двигалась. То же движение - по нижним зубам.

10. Рот закрыт. Напряженный кончик языка упирается то в одну, то в другую щеку. То же, но рот открыт.

11. **«Почистим зубки-3».** Рот закрыт. Кончик языка упирается в щеку и делает языком движения вверх-вниз. Следить, чтобы челюсть не двигалась.

12. **«Фасолька».** При паретичном, вялом языке перемещать во рту фасоль, горох и т.п.

13. **«Качели».** Рот открыт, губы в улыбке. Поднимать широкий язык к носу и опускать к подбородку. Следить, чтобы губы не натягивались на зубы, челюсть не двигалась, язык не сужался.

14. **«Качели-1».** Рот открыт, губы в улыбке. Поднимать широкий язык к верхним и опускать к нижним зубам. Следить, чтобы губы не натягивались на зубы, челюсть не двигалась, язык не сужался.

15. **«Качели-2».** Рот открыт, губы в улыбке. Широкий кончик языка положить на альвеолы за нижними зубами с внутренней стороны, потом поднять на бугорки за верхними зубами тоже с внутренней стороны. Следить, чтобы работал только язык, а нижняя челюсть и губы оставались неподвижными.

16. **«Фокус».** Рот открыт, губы в улыбке. Язык высунуть «чашечкой», «ковшиком». Сдуть ватку с кончика носа, воздух выходит по середине языка, ватка летит строго вверх. Следить, чтобы нижняя челюсть была неподвижна, а нижняя губа не натягивалась на нижние зубы.

17. **«Барабанщик».** Рот открыт, губы в улыбке. Боковые края языка упираются в боковые верхние зубы. Многократно барабанить напряженным широким кончиком языка по верхней десне: *д-д-д*, постепенно убыстрять темп. Следить, чтобы нижняя челюсть не двигалась, губы оставались в улыбке, звук носил характер четкого удара, чтобы отчетливо ощущалась выдыхаемая струя воздуха.

18. **«Дождик».** То же, но произносить *ды-ды-ды*. Как и в упражнении 17, работает только язык. Для контроля можно поднести ко рту полоску бумаги. При правильном выполнении она будет отклоняться.

19. **«Индюк».** Рот открыт, губы в улыбке. Положить широкий язык на верхнюю губу и двигать им вперед-назад, стараясь не отрывать язык от губы, как бы поглаживая ее. Темп убыстряется постепенно, добавляется звук голоса, пока не услышатся звуки, похожие на *бл-бл* (индюк разговаривает). Следить, чтобы язык был широким, он должен облизывать верхнюю губу. Нижняя челюсть не двигается.

20. **«Лошадка-1».** Рот открыт, губы в улыбке. Широкий кончик языка прижать к нёбу за верхними зубами и оторвать со щелчком (пощелкать

кончиком языка). Темп постепенно убыстряется. Следить, чтобы губы улыбались, нижняя челюсть не двигалась.

21. **«Лошадка-2»**. То же, но беззвучно.

22. **«Катушечка»**. Рот открыт, губы в улыбке. Широкий кончик языка упирается в нижнюю десну, спинка языка выгибается. Следить, чтобы язык не сужался, кончик языка оставался у нижних зубов и не оттягивался назад, челюсть и губы были неподвижны.

23. **«Приклей конфетку-1»**. Присасывание спинки языка к нёбу, сначала при сомкнутых челюстях, а затем при разомкнутых. Если присасывание не удастся, то на спинку языка можно положить липкую конфету - ребенок старается, прижимая спинку языка к нёбу, сосать конфету.

24. **«Приклей конфетку-2»**. Рот открыт, губы в улыбке. Широкий язык присосать к твердому нёбу, удерживать под счет до 10, потом оторвать со щелчком. Следить, чтобы губы и нижняя челюсть не двигались, боковые края языка были одинаково плотно прижаты (ни одна половинка не должна провисать). При повторении упражнения открывать рот шире.

25. **«Гармошка»**. Присосать спинку языка всей плоскостью к твердому нёбу. Не отпуская языка, закрывать и открывать рот, растягивая подъязычную уздечку. При повторении упражнения надо стараться открывать рот все шире и все дольше удерживать язык в верхнем положении. Следить, чтобы при открывании рта губы были неподвижны, не провисала одна из сторон языка.

26. **«Дразнилка»**. Кончик языка высовывается наружу и двигается между губами сначала по вертикали, а затем по горизонтали, при этом чувствуется напряжение в уздечке языка. При включении голоса получается звук, похожий на детское «поддразнивание».

27. **«Ветерок»**. Рот открыт, губы в улыбке. Положить широкий передний край языка на нижнюю губу и, как бы длительно произнося звук [ф], сдуть ватку на противоположный край стола.

Артикуляционная гимнастика для нижней челюсти

Необходимым условием четкой речи является умение правильно открывать рот. Это связано с работой нижней челюсти.

Предлагаем комплекс упражнений для развития мышц нижней челюсти.

1. **«Трусливый птенчик».** Широко открывать и закрывать рот так, чтобы тянулись уголки губ. Челюсть опускается примерно на расстояние ширины двух пальцев. Язычок-«птенчик» сидит в гнездышке и не высовывается. Упражнение выполняется ритмично.

2. **«Акулы».** На счет «один» челюсть опускается, на «два» - челюсть двигается вправо (рот раскрыт), на счет «три» - челюсть опущена на место, на «четыре» - челюсть двигается влево, на «пять» - челюсть опущена, на «шесть» - челюсть выдвигается вперед, на «семь» - подбородок в обычном удобном положении, губы сомкнуты. Делать упражнение нужно медленно и осторожно, избегая резких движений.

3. **«Верблюд».** Имитация жевания с закрытым и открытым ртом.

4. **«Обезьяна».** Челюсть опускается вниз с максимальным вытягиванием языка к подбородку.

5. **«Сердитый лев».** Челюсть опускается вниз с максимальным вытягиванием языка к подбородку и мысленным произнесением звуков [а] или [э] на твердой атаке, сложнее - с шепотным произнесением этих звуков.

6. **«Силач-1».** Рот открыт. Представить, что на подбородке повешен груз, который надо поднять вверх, поднимая при этом подбородок и напрягая мускулы под ним. Постепенно закрыть рот. Расслабиться.

7. **«Силач-2».** Поставить руки на стол, сложить ладони одна на другую, упереться подбородком в ладони. Открывая рот, давить подбородком на сопротивляющиеся ладони. Расслабиться.

8. **«Силач-3».** Опустить челюсть вниз с преодолением сопротивления (взрослый держит руку под челюстью ребенка).

9. **«Силад-4».** Открывать рот с откидыванием головы назад с преодолением сопротивления руки взрослого, лежащей на затылке ребенка.

10. **«Дразилки».** Широко, часто открывать рот и произносить *па-па-па*.

Артикуляционная гимнастика для мышц глотки и мягкого нёба

1. «Спать хочется»:

- позевывать с открытым и закрытым ртом;
- позевывать с широким открыванием рта, шумным втягиванием воздуха.

2. «Горлышко болит»:

- произвольно покашливать ;
- хорошо откашляться с широко открытым ртом, с силой сжимая кулаки;
- покашливать с высунутым языком;
- имитировать полоскание горла с запрокинутой головой;
- полоскать горло тяжелой жидкостью (киселем, соком с мякотью, кефиром);
- глотать воду маленькими порциями (20-30 глотков);
- глотать капли воды, сока.

3. **«Шарик».** Надувать щеки с зажатым носом.

4. **Медленно произносить звуки [к], [г], [т], [д].**

5. **Подражать:** стону; мычанию; свисту.

6. «Силад»:

- запрокидывать голову с преодолением сопротивления. Взрослый держит руку на затылке ребенка;
- опускать голову с преодолением сопротивления. Взрослый держит руку на лбу ребенка;
- запрокидывать и опускать голову при сильном нажатии подбородком на кулаки обеих рук;

- выдвинуть язык к подбородку, втягивать его в рот с преодолением сопротивления. Взрослый пытается удержать язык ребенка вне рта.

7. Произносить гласные звуки [а], [э], [и], [о], [у] на твердой атаке.

8. «Ишачок». Произносить, удерживая кончик высунутого языка пальцами, и-а. Звук [и] отделяется от звука [а] паузой.

9. Надувать резиновые игрушки, пускать мыльные пузыри.

Технологии развития мелкой моторики

Формирование словесной речи ребенка начинается, когда движения пальцев рук достигают достаточной точности, при этом развитие пальцевой моторики подготавливает почву для последующего формирования речи. Исследованиями ученых Института физиологии детей и подростков АПН (М.М. Кольцова, Е.И. Исенина, Л.В. Антакова-Фомина и др.) была подтверждена и обоснована связь речевой и пальцевой моторики. Поскольку существует тесная взаимосвязь и взаимозависимость речевой и моторной деятельности, то при наличии речевого дефекта у ребенка особое внимание необходимо обратить на тренировку его пальцев. Развитие мелкой моторики рук благотворно влияет не только на формирование активной детской речи, но и на исправление ее недостатков. Систематические упражнения по тренировке движений пальцев рук наряду со стимулирующим влиянием на развитие речи являются, по мнению М.М. Кольцовой, и «мощным средством повышения работоспособности головного мозга».

У детей, имеющих речевые нарушения, развитию мелкой моторики должно уделяться особое внимание.

Работа по развитию кистей рук проводится систематически, по 3-5 минут ежедневно, в детском саду и дома:

а) упражнения для развития мелкой моторики включаются в занятия логопеда и воспитателей;

б) игры с пальчиками - в режимные моменты и прогулки;

в) пальчиковая гимнастика проводится в комплексе с артикуляционной, воспитателями, в специально отведенное в режиме дня время, а также дома с родителями;

г) игры и действия с предметами - на физкультурных занятиях.

В начале учебного года дети часто испытывают затруднения в выполнении многих упражнений для рук. Эти упражнения прорабатываются постепенно, вначале выполняются пассивно, с помощью взрослого, а по мере усвоения дети переходят к самостоятельному выполнению.

Можно рекомендовать следующие эффективные приемы развития мелкой моторики рук.

1. Кинезитерапия. От греч. *kinesis* - движение, *therapia* - лечение.

В детском возрасте связь между телом и психикой еще более тесная. Все переживания малыша сразу находят свое отражение в его самочувствии, внешнем облике. Более того, психика и тело развиваются неразрывно друг от друга. Движение, сначала совсем простое, а затем все более и более сложное, дает ребенку возможность осваивать мир, общаться с окружающими, а следовательно, учиться и постигать.

Но одновременно с этим любое нарушение развития в детском возрасте затрагивает также и двигательную сферу. Движение как сложная, многослойная система, является как бы «зеркалом» состояния ребенка с одной стороны и «окошком», через которое мы можем воздействовать на его развитие, - с другой.

«Колечко». Поочередно и как можно быстрее перебирайте пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний и т.д. Проба выполняется в прямом и обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. Вначале упражнение выполняется каждой рукой отдельно, затем сразу двумя руками.

«Кулак – ребро - ладонь». Три положения руки на плоскости стола, последовательно сменяют друг друга. Ладонь на плоскости, сжатая в кулак ладонь, ладонь ребром на плоскости стола, распрямленная ладонь на

плоскости стола. Выполняется сначала правой рукой, потом - левой, затем - двумя руками вместе по 8- 10 раз. Можно давать себе команды (кулак - ребро - ладонь).

«Звонок». Опираясь на стол ладонями, полусогните руки в локтях. Встряхивайте по очереди кистями.

«Ребро - ладонь». Поверните правую руку на ребро, согните пальцы в кулак, выпрямите, положите руку на ладонь. Сделайте то же самое левой рукой.

«Домик». Соедините концевые фаланги выпрямленных пальцев рук. Пальцами правой руки с усилием нажмите на пальцы левой, затем наоборот. Отработайте эти движения для каждой пары пальцев отдельно.

«Лезгинка». Левую руку сожмите в кулак, большой палец отставьте в сторону, кулак разверните пальцами к себе. Правой рукой прямой ладонью в горизонтальном положении прикоснитесь к мизинцу левой. После этого одновременно смените положение правой и левой рук. Повторить 6-8 раз.

«Счет». Постучите каждым пальцем правой руки по столу под счет «1, 1-2, 1-2-3 и т. д.».

«Подъемный кран-1». Зафиксируйте предплечье правой руки на столе. Указательным и средним пальцами возьмите карандаш со стола, приподнимите и опустите его. Сделайте то же левой рукой.

«Подъемный кран-2». Зафиксируйте предплечье на столе. Берите пальцами правой руки спички из коробочки на столе и складывайте рядом, не сдвигая руку с места. Затем уложите их обратно в коробку. Сделайте то же левой рукой.

«Карусель». Вращайте карандаш сначала между пальцами правой руки, затем левой (между большим и указательным; указательным и средним; средним и безымянным; безымянным и мизинцем; затем в обратную сторону).

«Снеговик». В положении стоя. Представьте, что вы только что слепленный снеговик. Тело должно быть напряжено как замерзший снег.

Пришла весна, пригрело солнце и снеговик начал таять. Сначала «тает» и повисает голова, затем опускаются плечи, расслабляются руки и т. д. В конце упражнения дети мягко падают на пол и лежат, как лужица воды.

«Рожицы». Выполняйте различные мимические движения: надувайте щеки, выдвигайте язык, вытягивайте губы трубочкой, широко открывайте рот.

«Умывание лица». Приложите ладони ко лбу, на выдохе проведите ими с легким нажимом вниз до подбородка. На вдохе проведите руками со лба через темя на затылок, с затылка на шею.

«Змейка-1». Скрестите руки ладонями друг к другу, сцепите пальцы в замок, выверните руки к себе. Двигайте пальцем, который укажет ведущий. Палец должен двигаться точно и четко. Прикасаться к пальцу нельзя. Последовательно в упражнении должны участвовать все пальцы обеих рук.

«Змейка-2». Вытяните руки перед собой, сгибайте кисти вверх и вниз. Затем вращайте обеими кистями по часовой стрелке и против (сначала однонаправленно, затем разнонаправленно), сводите и разводите пальцы обеих рук. Попробуйте одновременно с движениями рук широко открывать и закрывать рот.

«Ухо - нос». Лево́й рукой возьмитесь за кончик носа, а правой рукой - за противоположное ухо. Одновременно отпустите ухо и нос, хлопните в ладоши, поменяйте положение рук «с точностью наоборот».

«Лесоруб». Правой рукой массируйте левую руку от локтя до запястья и обратно. Затем от плеча до локтя и обратно. То же самое сделайте с другой рукой.

«Лотос». Расправьте пальцы левой руки, слегка нажав точку концентрации внимания, расположенную в середине ладони, большим пальцем правой руки. Повторите это 5 раз. При нажатии сделайте выдох, а при ослаблении - вдох. Потом сделайте то же самое для правой руки.

«Клоун». Совместные движения глаз и языка. Выдвинутым из рта языком и глазами делайте совместные движения из стороны в сторону,

вращая их по кругу, по траектории лежащей восьмерки. Сначала отрабатываются однонаправленные движения, затем - разнонаправленные.

«Непослушный язык». Движения языком в разные стороны, выгибание языка, сжимание и разжимание языка, свертывание в трубочку.

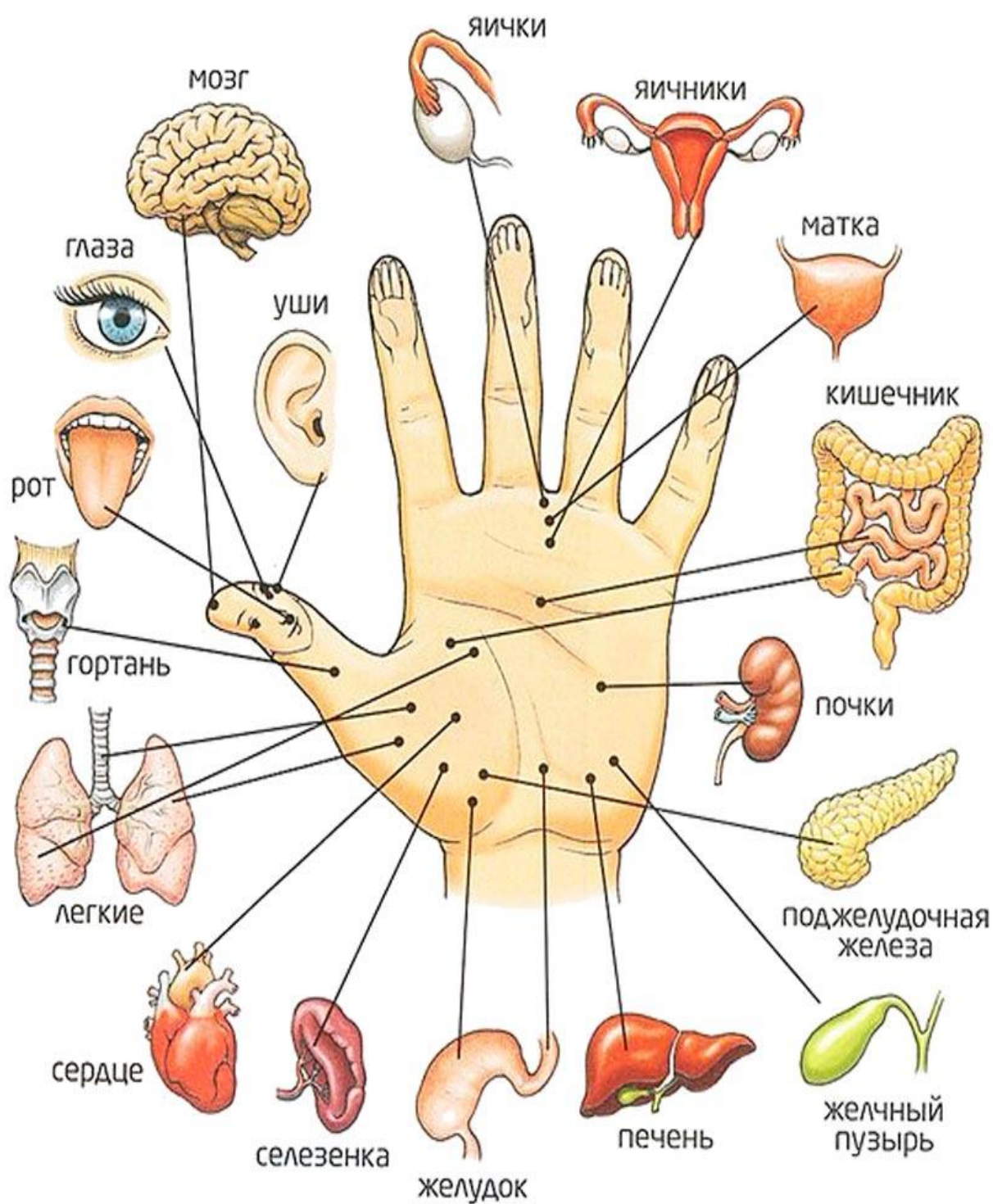
«Волшебник». Хлопните несколько раз в ладони, чтобы пальцы обеих рук соприкасались. Затем выполните хлопки кулаками, ориентированными тыльной поверхностью сначала вверх, а потом вниз.

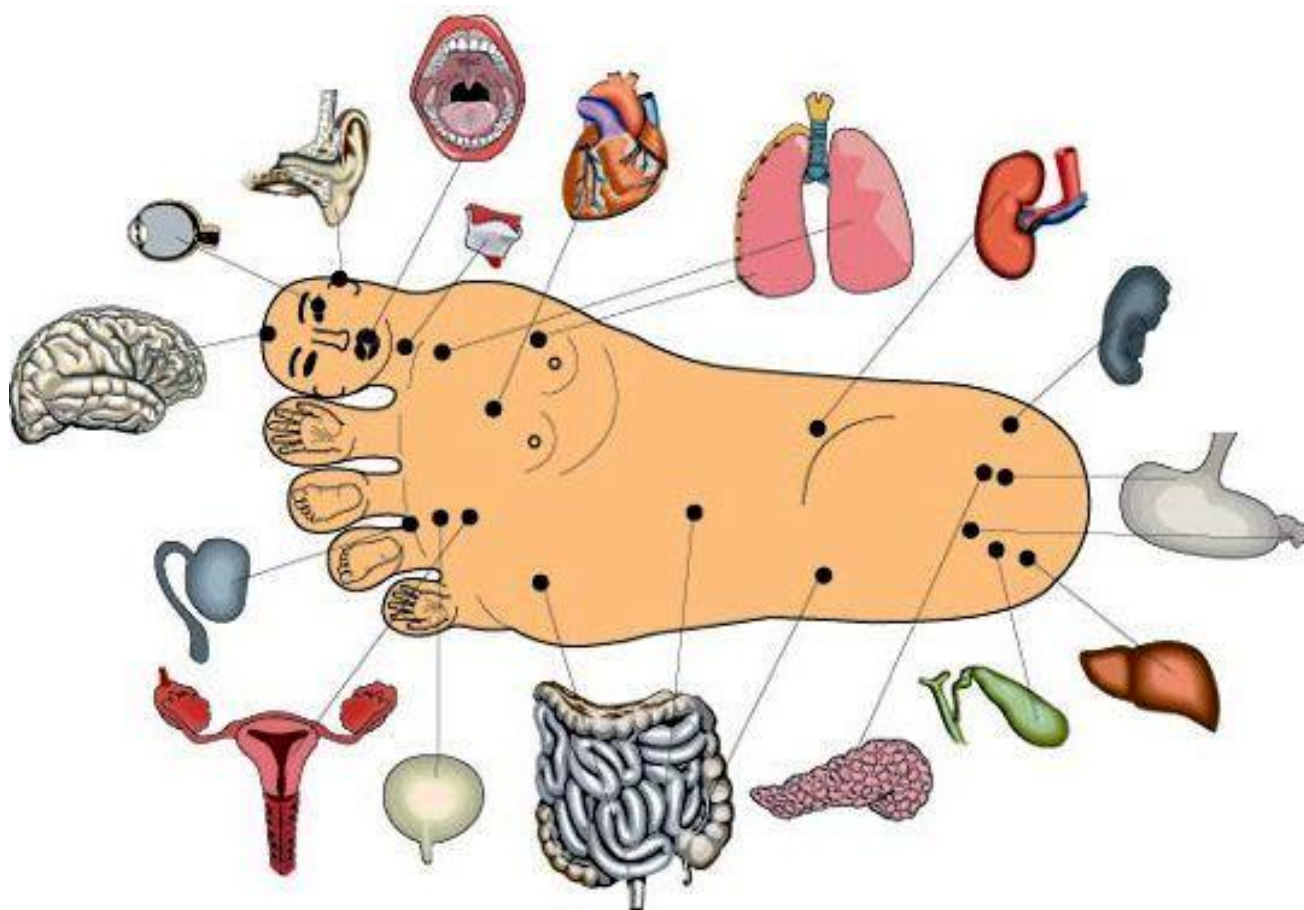
«Фокусник». Ребенок закрывает глаза. Инструкция: «Попробуй опознать небольшой предмет, который дадут тебе в руку (ключ, пуговица, скрепка и т. д.). Другой рукой нарисуй его на бумаге (промаши в воздухе)».

2. Гидрогимнастика. Прокатывание, перекачивание, перекладывание в теплой воде различных предметов, например, резинового мячика, одну или двух бусинок, массажёров, маленьких фигурок, палочек, карандашей и т.д.

3. Су-джок терапия. Эта лечебная система создана не человеком - он только открыл ее, - а самой Природой. В этом причина ее силы и безопасности.

На кистях и стопах располагаются системы высокоактивных точек соответствия всем органам и участкам тела. Их стимуляция оказывает выраженное лечебное и профилактическое действие. Точки на кистях и стопах располагаются в строгом порядке, отражая в уменьшенном виде анатомическое строение организма.





При ходьбе, беге, работе руками происходят естественная стимуляция точек соответствия и защита тела от болезней. Поэтому всем известно, что лучшее лекарство от болезней - движение и работа.

Из всех частей тела человека кисть наиболее похожа на него по форме. При поиске точек соответствия кисть располагается ладонью вперед. Указательный палец правой кисти и мизинец левой кисти соответствуют правой руке. Средний палец правой кисти и безымянный палец левой кисти соответствуют правой ноге. Безымянный палец правой кисти и средний палец левой кисти соответствуют левой ноге. Мизинец правой кисти и указательный палец левой кисти соответствуют левой руке. Возвышение ладони у основания большого пальца соответствует грудной клетке, а ладонь в целом соотносится с областью живота.

Стимуляция точек соответствия приводит к излечению. Неправильное применение никогда не наносит человеку вреда - оно просто неэффективно

На предполагаемые точки соответствия нужно надавливать с равной силой и не слишком сильно с самого начала.

Лечебная точка проявляет себя тем, что в момент надавливания на нее появляется двигательная реакция (непроизвольное движение из-за резкой боли). Для достижения лечебного эффекта необходимо ее стимулировать. Сделать это можно разными способами.

Например, диагностической палочкой. Массаж точки проводить вращательными движениями по часовой и против часовой стрелки, нажимая на палочку немного сильнее. Необходимо полностью размассажировать лечебную точку до исчезновения остаточной боли и появления ощущения тепла в ней.

В случае хронических заболеваний однократного воздействия на точки недостаточно. Правильно найденные точки нужно с силой массажировать по 3-5 минут каждые 3-4 часа ежедневно, до улучшения состояния.

Многократный массаж зон соответствия приводит к улучшению состояния.

Массаж можно осуществлять семенами, массажерами (продаются в аптеках, например, «Чудо-пальчик», «Каштан», металлические колечки и др.).

Поскольку все тело человека проецируется на кисть и стопу, а также на каждый палец кисти и стопы, эффективным способом профилактики и лечения болезней является массаж пальцев, кистей и стоп эластичным кольцом.

Кольцо нужно надеть на палец и провести массаж зоны, соответствующей пораженной части тела, до ее покраснения и появления ощущения тепла. Эту процедуру необходимо повторять несколько раз в день.

При ручном массаже указательным или большим пальцами необходимо хорошо размассажировать точки соответствия до появления в них ощущения тепла, исчезновения боли и затвердений.

Очень полезен массаж кончиков пальцев и ногтевых пластин кистей и стоп. Эти участки соответствуют головному мозгу. Кроме того, на них проецируется все тело человека в виде мини-систем соответствия. Поэтому кончики пальцев необходимо массажировать до стойкого ощущения тепла. Это оказывает оздоравливающее влияние на весь организм. Самомассаж рук является одним из видов пассивной гимнастики. Можно рекомендовать следующие приемы самомассажа: поглаживание, растирание, разминание, выжимание, активные и пассивные движения. Хорошую результативность показывает использование массажеров для рук. В комплекс могут входить упражнения трех видов: самомассаж тыльной стороны кистей рук, самомассаж ладоней, самомассаж пальцев рук.

«Разведчик». Подушечки четырех пальцев правой руки установите у оснований пальцев левой руки с тыльной стороны ладони. Пунктирными движениями смещайте кожу на 1 см вперед-назад, постепенно продвигаясь к лучезапястному суставу («пунктирное» движение). Прodelайте то же для другой руки.

«Пила». Кисть и предплечье левой руки расположите на столе. Ребром ладони правой руки имитируйте «пиление» по всем направлениям тыльной стороны левой ладони («прямолинейное» движение). Прodelайте то же для другой руки.

«Спиралька». Подушечку большого пальца правой руки положите на тыльную сторону массируемой фаланги пальца левой руки. Остальные четыре пальца правой руки охватывают и поддерживают палец снизу. Массируйте «спиралевидными» движениями. Прodelайте то же для правой руки.

«Бег по камешкам». Костяшками сжатых в кулак пальцев правой руки двигайте вверх-вниз по ладони левой руки («прямолинейное» движение). Прodelайте то же для правой руки.

«Буравчик». Фалангами сжатых в кулак пальцев производите движения по принципу «буравчика» на ладони массируемой руки. Поменяйте руки.

«Самомассаж». Самомассаж пальцев рук. Кисть и предплечье левой руки расположите на столе. Согнутыми указательным и средним пальцами правой руки делайте хватательные движения на пальцах левой руки («прямолинейное» движение). Прodelайте то же для правой руки.

«Погреем ручки». Движения, как при растирании замерзших рук.

«Бинокли». Составление из пальцев овалов. Учитель говорит детям, что бинокли бывают разные. Поочередно каждый палец на руке соприкасается подушечкой с большим пальцем - получается овал. Дети смотрят в образовавшиеся бинокли.

4. Японская методика пальцевого массажа. Данная методика применяется во всех дошкольных учреждениях Японии, начиная с 2-летнего возраста.

Японский ученый Намикоши Токухиро считает, что массаж каждого пальца положительно влияет на определенный орган:

- массаж большого пальца повышает активность мозга;
- массаж указательного пальца стимулирует желудок и поджелудочную железу;
- массаж среднего пальца улучшает работу кишечника;
- массаж безымянного пальца стимулирует печень;
- массаж мизинца способствует улучшению сердечной деятельности, снимает психическое и нервное напряжение.

Совет взрослым: если дети волнуются при речи и вертят в руках предметы, не следует их выхватывать из рук - так организм ребенка сбрасывает возбуждение.

Японский ученый Йосиро Цуцуми разработал систему упражнений для самомассажа.

Массаж пальцев, начиная с большого и до мизинца. Растирают сначала подушечку пальца, а затем медленно поднимаются к основанию. Такой массаж желательно сопровождать веселыми рифмовками.

Массаж ладонных поверхностей каменными, металлическими или стеклянными разноцветными шариками «марблс». Их нужно:

- вертеть в руках;
- щелкать по ним пальцами;
- «стрелять»;
- направлять в специальные желобки и лунки-отверстия, состязаться в

точности попадания.

Массаж грецкими орехами:

- катать два ореха между ладонями;
- один орех прокатывать между пальцами;
- удерживать несколько орехов между растопыренными пальцами

ведущей руки и обеих рук.

Массаж шестигранными карандашами:

- пропускать карандаш между одним и двумя-тремя пальцами;
- удерживать в определенном положении в правой и левой руке.

Массаж «четками». Перебирание четок развивает пальчики, успокаивает нервы. Перебирание сочетают со счетом, прямым и обратным.

5. Игровые упражнения. Развитию мелкой моторики способствуют игры с различными мелкими предметами: с пуговицами, счетными палочками, спичками, крупой, зернобобовыми, бусами, прищепками, проволокой и т. д., например:

Оборудование: пуговицы.

Содержание выполняемых действий: нанизывать пуговицы на проволочки или нити; выбирать на ощупь из мешочка все пуговицы с «ушками»; подвесив одну крупную пуговицу на плотной нити, раскручивать

ее так, чтобы получился звук; считать пуговицы на ощупь; разыскивать среди большого количества разнообразных пуговиц спрятанный там камешек.

Оборудование: разноцветные скрепки.

Содержание выполняемых действий: нанизывать скрепки одну на другую, чередуя по цвету или величине; разгибать их, собирать из них цепочку; подбирать рассыпанные скрепки пинцетом, магнитиком; вылавливать из воды колечки скрепкой, привязанной к нитке.

Оборудование: использованная фотопленка.

Содержание выполняемых действий: сворачивать фотопленку в рулон и отпускать; продевать в перфорации мягкую проволоку, нити; рассматривать отпечатки пальцев на фотопленке.

Оборудование: вата.

Содержание выполняемых действий: щипать вату, скатывать из нее шарики, колбаски; стараться растянуть кусочек ваты как можно длиннее и не разорвать его; растянуть кусок ваты в ширину; пытаться скрутить из кусочка ваты нить; накручивать вату на спички или палочки.

Оборудование: нитки, шнуры, тесьма.

Содержание выполняемых действий: наматывать нитки на палец, карандаш; завязывать на шнурах разные узелки; распутывать их; скручивать ленту в рулончики; рассматривать предметы через ленты разного цвета; «рисовать» нитями разного цвета и фактуры на фланелевой основе; мастерить кукол из нитей.

Оборудование: пустые деревянные катушки.

Содержание выполняемых действий: нанизывать катушки на проволоку; рассматривать предметы сквозь отверстие в катушке; прокатывать катушки между пальцами; надев катушку на палочку, катать по столу; гонять по столу пушинку, дуя сквозь отверстие в катушке; наматывать на катушки разноцветные нити.

Оборудование: винтики, шурупы, гайки.

Содержание выполняемых действий: подбирать гайку к винтику по размеру; раскладывать в коробочки винтики или шурупы по размеру: маленькие и большие, длинные и короткие, тонкие и толстые; нанизывать гайки на проволоку; выкладывать цепочку гаек - от самой маленькой до самой большой; выкладывать фигурки из гаек.

Материал: семена фасоли разного цвета, бобов, гороха.

Содержание выполняемых действий: описывать сходство и различие семян; разбирать ложечкой смешанные горох и фасоль; выкладывать бусы из разных семян; составлять из всех видов семян композиции на листе с пластилиновой основой.

Оборудование: прищепки, защипы для волос и т. п.

Содержание выполняемых действий: прищепками подхватывать и переносить легкие предметы (листок бумаги, лоскуток, вату); сооружать различные конструкции, прикрепляя прищепки одну к другой; изготавливать игрушки.

Оборудование: игровое тесто, глина, песок.

Содержание выполняемых действий: изготавливать тесто из муки, воды, соли и пищевых красителей; лепить из теста, глины, мокрого песка различные фигурки и сооружения; сравнивать свойства этих материалов.

Оборудование: «сухие бассейны» — емкость, наполненная горохом.

Содержание выполняемых действий: нахождение спрятанных игрушек.

Оборудование: веревки капроновые плетеные.

Содержание выполняемых действий: завязывание узлов и с уже завязанными узлами - для перебирания узлов пальцами.

Оборудование: груша на 50 мл, сосуд с водой, формочки для песочницы.

Содержание выполняемых действий: заполнение формочек для песочниц водой из груши.

Технологии развития фонематического слуха

У детей, имеющих общее недоразвитие речи, нарушения фонематического слуха могут носить как первичный, так и вторичный характер. Поэтому развитию фонематического слуха уделяется большое внимание. В исследованиях Н.С. Варенцовой, Г.А. Каше, Е.В. Колесниковой, В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко, О.А. Степановой, Т.А. Ткаченко, Т.В. Тумановой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной и др. выделяются основные задачи, стоящие при развитии фонематического слуха.

На фонетическом уровне:

- 1) восприятие устной речи на сенсомоторном уровне, т.е. развитие распознавания звуков речи;
- 2) развитие стимулирующей функции речеслухового анализатора (формирование четкого слухового образа звука);
- 3) формирование слухового контроля за качеством собственного произношения;
- 4) создание благоприятных условий для последующего формирования фонематических функций.

На фонологическом уровне:

- 1) развитие дифференциации фонем;
- 2) развитие фонематического анализа и синтеза.

Таким образом, можно выделить следующие этапы работы по развитию фонематического слуха у детей:

1. Развитие распознавания неречевых звуков.
2. Развитие узнавания и дифференциации фонем на слух.
3. Формирование фонематического восприятия.

На первом этапе можно рекомендовать упражнения на различение звуков окружающих шумов, звучание музыкальных инструментов, игрушек, голосов природы по схеме: Что звучит? Где звучит? Как звучит (громко — тихо, долго - кратко, высоко - низко). Далее ребенку предлагаются задания на определение количества хлопков, ударов, сигналов, звонков и т. д. (сколько?)

и воспроизведение неречевых звуков (хлопков, ударов, сигналов, звонков и т. д.) с разной силой, темпом, ритмом.

Можно предложить следующие упражнения.

«Где позвонили?» Для этой игры нужны колокольчик или дудочка. Ребенку завязывают глаза. Взрослый, передвигаясь бесшумно, звонит в разных местах комнаты. Ребенок должен показать рукой направление звука. Затем целесообразно поменяться местами: звонит теперь ваш малыш, а вы угадываете направление звука.

«Кто это?» Взрослый держит в руке несколько картинок с изображением животных и птиц. Ребенок наугад вытягивает одну картинку так, чтобы дети не видели, какую именно он вытянул.

Затем следует подражание крикам животного и его движениям. Дети, следящие за игрой, угадывают, кого вытянул ведущий. Затем образец сличается с оригиналом - картинкой.

«Солнце или дождик?» Взрослый берет бубен или тамбурин: «Хорошо гулять в саду, если светит солнце. Вы гуляйте, а я буду весело звенеть в бубен. Услышав стук, скорее идите в дом. Итак, раз-два, раз-два, начинается игра!»

«Жмурки с голосом». Водящему завязывают глаза. Он должен поймать кого-нибудь из бегающих детей. Дети лают, кричат петухом, кукушкой. Водящий, поймавший кого-нибудь, по голосу узнает, кого именно поймал он.

«Петух, наседка и цыплята». Папа - петух, мама - наседка, ребенок — цыпленок. Мама стучит палочкой о стол. Сколько раз она стукнет, столько раз и должен пропищать цыпленок. Три постукивания - пи-пи-пи. Столько же раз кукарекает папа. Как в театре, правда?

«Продавец и покупатель». Для этой игры потребуются коробочки из-под киндер-сюрприза. Вначале две, затем больше. Содержимое - различные крупы. Можно взять горох, он перекачивается в коробке громко, и сахар, шуршащий тихо. Покупатель просит продать ему сахар, а продавец

предлагает угадать, в какой из коробочек он находится. Коробочки не открываются, а просто встряхиваются.

«Узнай по звуку». Играющие становятся спиной к ведущему, который производит разные шумы: перелистывает книгу, рвет или мнет лист бумаги, ударяет предметом о предмет, подметает, режет. Играющие на слух определяют природу звука.

«Найди игрушку». Ребенок отворачивается, взрослый прячет игрушку. Малыш должен найти ее, ориентируясь на громкость хлопков взрослого: чем ближе к игрушке, тем сильнее хлопки. Соответственно, чем дальше от игрушки, тем тише хлопки взрослого. Меняемся? Хорошо!

«Тихо - громко». Взрослый стучит в бубен тихо, потом громко, потом очень громко. Соответственно звучанию ребенок выполняет разные движения. Например, под тихий звук идет на носочках, под громкий - полным шагом, под более громкий - бежит. А теперь самое время поменяться ролями, верно?

«Кто что слышит?» Взрослый за ширмой стучит молоточком, зенит в звонок, трещит трещоткой, играет на дудочке. А ребенок угадывает, каким предметом произведен звук.

На втором этапе вводятся речевые звуки. Можно предложить следующие упражнения:

- различение и отхлопывание ритмического рисунка слова;
- отхлопывание ритмического рисунка чистоговорки, скороговорки, стихотворения, отметить ударный слог движением руки;
- узнавание по беззвучной артикуляции гласных звуков. Работу начинаем с уточнения артикуляции гласных звуков. Гласный звук выделяем на основе звукоподражаний с использованием картинок, моделей артикуляции звуков. *Например:* девочка плачет: (а-о-о); волк воет (у-у-у); болит зуб (о-о-о). Обращаем внимание на положение губ (раскрыты, вытянуты кружочком, вытянуты трубочкой, растянуты в улыбку и т. д.).

Сначала гласный звук в словах произносим с интонированием, затем с естественной артикуляцией и интонацией;

«Улавливай шепот». Игра заключается в том, что взрослый подает команды детям шепотом, четким и внятным, но уловимым только в том случае, если каждый вслушивается;

«Лягушка». Дети стоят в кругу. Водящий с завязанными глазами говорит, а дети в это время начинают движение по кругу:

Вот лягушка по дорожке

Скачет, вытянувши ножки,

Увидала комара, закричала...

Тот, на кого указал водящий, говорит: «Ква-ква-ква».

Ведущий угадывает, кто же так артистично квакал;

- дифференциация слогов, слов, отличающихся одним звуком (выделить лишний слог, показать нужную картинку: *сок-сор*; *кол-гол* и т. д., выделить слог (используя слоги различные по структуре СГ, ГС, СГС, ССГ, ГСС, СГСС), слово с заданным звуком отхлопыванием или повторением, например, игры «Поймай звук», «Запомни и назови!» и т. д.);

- определение наличия звука в звуковом, слоговом ряду;
- определение места звука в ряду (в начале, в середине, в конце);
- определение последовательности звуков в ряду;
- воспроизведение артикуляции и самих звуков, произнесенных логопедом с использованием экрана, на слух с закрытыми глазами;

«Кто больше». Рассматривая вместе с ребенком картинки в книге, предложите ему найти среди них те, в названиях которых есть звук [р] (звук [с] и другие). За каждое названное слово дается поощрительное очко. Помогите ребенку, если он затрудняется, назовите несколько слов сами, выделяя заданный звук голосом, увеличивая длительность его произнесения;

- определение количества слогов в названных словах. Поднять соответствующую цифру (1, 2, 3, 4). Слова предлагаются различной слоговой структуры;

«Рассели картинки по домикам». На доске - домики одно-, двух-, трех-, четырехэтажные. Дети по количеству слогов расселяют картинки в домики;

«Поезд». Детям предлагается макет поезда: паровоза и трех вагонов с цифрами 1, 2, 3. В первом вагоне «размещаются» слова-картинки из одного слога, во втором — из двух, в третьем — из трех слогов;

«Красный — белый». Для игры нужно приготовить два кружка (например, красный и белый). Взрослый предлагает ребенку внимательно вслушиваться и определять, в каком слове есть условленный звук ([л], [ш], например). Если в предлагаемом слове заданный звук есть, ребенок поднимает красный кружок, если нет - белый. Не забудьте поменяться ролями во втором туре;

«Разложи картинки в два ряда» (картинки разной слоговой структуры);

- выделить первый слог из названий картинок, записать его, объединить слоги в слово или предложение и прочитать;
- определить пропущенный слог в названии картинки: *...ва, до...га,ра...та;*
- составить слово из слогов, данных в беспорядке: *та, ка, нус; воз, ро, па; ка, мар;*
- повторить слово или предложение, произнесенное по слогам: *маль-чи-ки иг-ра-ют в фут-бол;*

«Поймай рыбку». Для этой игры нужна магнитная удочка. Это обычная палочка с привязанным к ней на ниточке магнитиком. На картинки из любого детского лото надеваются скрепки. Ребенок «вылавливает» удочкой разные картинки, называет их, определяя наличие или отсутствие в их названиях звука, выбранного заранее. Это могут быть [ж], [д], [к] и другие звуки. Можно усложнить игру, попросив определить место заданного звука в названии картинки. Так, в слове «самокат» [с] слышится в начале слова, в

слове «весы» - в середине, а в слове «лес» - в конце. Итак, ловись, рыбка, большая и маленькая!

- выделить из предложений слова, состоящие из двух или трех слогов;
- по сюжетной картинке назвать слова из одного, двух, трех слогов;
- придумать слова с двумя или тремя слогами;

«Кто внимательнее». Взрослый показывает картинки и называет их. Ребенок внимательно вслушивается и отгадывает, какой общий звук встречается во всех названных словах. Например, в словах *коза, медуза, роза, незабудка, стрекоза* общий звук [з]. Не забудьте, что произносить этот звук в словах нужно длительно, выделяя его голосом, насколько это возможно; придумать слово с определенным слогом в начале слова, например со слогом *са*;

- придумать слово с определенным слогом в конце слова, например со слогом *на*;
- определить количество слогов в названиях картинок;
- поднять цифру (1, 2, 3) в соответствии с количеством слогов в названии картинки;
- по сюжетной картинке назвать слово из одного, двух или трех слогов;
- составить слоги из букв разрезной азбуки: *са, та, ка, на* и т.д.;
- изменить порядок звуков в слоге. Назвать полученный *слот*. Логопед читает слог. Дети воспроизводят звуки слога в обратной последовательности. Например: *ку-ук, на-ан* и т. д.;
- составить из букв разрезной азбуки пары слогов, состоящих из одинаковых звуков: *мо-ом, ша-аш* и т. д.;

«Отстукивание слогов». Взрослый напоминает ребенку, что каждое слово можно «отстучать» или «отхлопать» по количеству слогов: МА-ШИ-НА, БА-РА- БАН, ДОМ. Затем водящий громко и отчетливо называет слово. Играющий в бубен или в ладоши отхлопывает это слово. Если ребенок затрудняется, нужно «отстучать» слово вместе с ним;

«Цепочки слов». Эта игра - аналог всем известных «городов». Заключается она в том, что на последний звук заданного предыдущим игроком слова игрок последующий придумывает свое слово. Образуется цепочка слов: аист - тарелка - арбуз. Вспомнили?

«Звенит-жужжит». Выбирается водящий. Он предлагает играющим задумать слова со звуками [з] и [ж]. Затем следует просьба произнести задуманные слова по очереди. Если в слове есть [з], ведущий констатирует: «Звенит». Если присутствует [ж]: «Жужжит»;

- записать только слоги, начинающиеся с гласного звука; оканчивающиеся гласным звуком.

Так как фонематическое восприятие - это умственное действие по дифференциации фонем и установлению звукового состава слова, то на третьем этапе вводятся упражнения на формирование звукового анализа и синтеза, и можно рекомендовать следующие упражнения:

- анализ прямых и обратных слогов (например, *ам, ом* и т. д.);
- узнавание звука на фоне слова в начале (в позиции под ударением, в безударной позиции), середине и конце слова. Определение ударного гласного звука в начале слова проводится в трех вариантах: на слух, после произнесения слова ребенком, на основе слухопроизносительных представлений (например, по заданию подобрать картинку к соответствующему звуку);

«Подбери слова». Ребенок подбирает слова, которые начинаются на гласный [а], [о], [у];

«Подбери к картинке букву». Ребенок подбирает к картинке букву, которая соответствует первому звуку слова (предлагаемые картинки: облако, уши, ива);

Игра в лото. Предлагаются карточки с картинками, называется слово. Ребенок закрывает картинку той буквой, с которой начинается слово. Например, картинка с изображением астры закрывается буквой А;

- подбор названий животных, птиц, насекомых, посуды, овощей, фруктов, цветов, деревьев и т. д., которые начинаются на заданный звук;
- выбрать только те предметные картинки, названия которых начинаются с заданного звука;
- по сюжетной картинке назови слова, которые начинаются с данного звука;
- упражнение **«Скажи наоборот»**. Например: кость - гость, сайка - зайка, цвет - свет;

лото «Необычные цветы». На доску прикрепляется контур цветка с прорезями для лепестков и лепестки с изображениями различных предметов. Из предложенных лепестков дети выбирают только те предметные изображения, названия которых начинаются с заданного звука, и прикрепляют их к контуру цветка;

упражнение «Впиши букву». Дети вписывают букву в схему слова под картинкой;

- отгадывание загадок и называние первых звуков в словах;
- определение последнего согласного в слове. Слова предъявляются в последовательности: односложные слова без стечения согласных, которые состоят из обратного, закрытого слогов (*ум, дом, кот, сок, рак*);
- составить слова различной звуко-слоговой структуры из букв разрезной азбуки: *дом, мак, сом, крот, стол, стул, волк, врач, крыша, канава, капуста*;
- восполнить пропуски букв в словах (количество пропущенных букв варьируется в зависимости от уровня подготовки ребенка - *са...лет, с...це, соба..*);
- подобрать слова, где заданный звук был бы на 1, 2, 3-м месте (*кот, окно, мак*);
- добавить 1, 2, 3, 4 звука к одному и тому же слогу так, чтобы получились разные слова (*па — пар, пары, парад, паруса; ко - кот, козы, кошка, корова*);

- подобрать слова на каждый звук, составляющий исходные слова.

Слова записываем на доске:

С	А	К
Сад Сок Сор Сыр	Астра Абрикос Артист Аист	Кол Крот Краска Каска

- преобразовать слова путем наращивания звуков и букв, перестановки звуков: в начале слова: *рот* — *крот*, *мех* — *смех*, *Оля* — *Коля*, *дочка* — *удочка* и т.д.; в конце слова: *шар* — *шарф*, *бок* — *бокс*, *стол* — *столб*, *лис* — *лист*, *лиф* — *лифт*; цепочка слов: *жи* — *ежи* — *ужи* — *лужи* — *ложи* — *ножи* — *моржи*; перестановка звуков: *кочка* — *дочка*, *кот* — *кто*, *роза* — *коза*, *почка* — *точка*, *дар* — *рад*, *сон* — *кон*;

- образовать из звуков данного слова возможно большее количество новых слов (*машинка* — *Миша*, *мак*, *манка*, *Машиа*, *каша*, *шина*, *шик*);

- образовать цепочки слов так, чтобы каждое последующее слово начиналось с последнего звука предыдущего;

- составить графическую схему предложения и слова:

_____	Предложение
_____	Слово
_____	Слоги
.	Звуки

- вписать буквы в кружки (5 кружков). Дети вписывают в данные кружки третью букву следующих слов: *рак*, *санки*, *спинка*, *нога*, *трав*. Дети называют получившееся слово (*книга*);

- разгадать ребусы;
- разложить предметные картинки под цифрами 3, 4, 5 в зависимости от количества звуков в их названии: *дом*, *забор*, *марка*, *палка*, *сыр*, *море*, *мак*, *стол*, *парк*, *полка*, *дрова*;

- отделение слов от псевдослов. Дается ряд карточек: на одних написаны слова (например, *пар, бык, блин, стол...*), на других псевдослова, т. е. бессмысленные буквосочетания (например, *бен, пак, пун, плям...*). Нужно карточки со словами сложить в одну группу, а с псевдословами - в другую. Это упражнение помогает сочетать побуквенный анализ слова с его смысловой оценкой;

упражнение «Впиши названия предметов в схему». Из ряда картинок предлагают детям выбрать только те, которые соответствуют схеме. Картинки и схемы могут быть следующими: *лужа, ложка, ручка, майка, лампа, полка, ладошка, вата:*

л	_____	а
л	_____	а
л	_____	а
л	_____	а

Технологии развития речевого дыхания и голоса

Важнейшие условия правильной речи - это плавный длительный выдох, четкая и ненапряженная артикуляция.

Поскольку дыхание, голосообразование и артикуляция - это единые взаимообусловленные процессы, тренировка речевого дыхания, улучшение голоса и уточнение артикуляции проводятся одновременно. Задания усложняются постепенно: сначала тренировка длительного речевого выдоха проводится на отдельных звуках, потом - словах, затем - на короткой фразе, при чтении стихов и т. д.

В каждом упражнении внимание детей направляется на спокойный, ненапряженный выдох, на длительность и громкость произносимых звуков.

Нормализации речевого дыхания и улучшению артикуляции в начальный период помогают «сценки без слов». В это время логопед показывает детям пример спокойной выразительной речи, поэтому на первых порах во время занятий больше говорит сам. В «сценках без слов»

присутствуют элементы пантомимы, а речевой материал специально сведен к минимуму, чтобы дать основы техники речи и исключить неправильную речь. Во время этих «представлений» используются только междометия (А! Ах! Ох! и т. д.), звукоподражания, отдельные слова, имена людей, клички животных), позже - короткие предложения. Постепенно речевой материал усложняется: появляются короткие или длинные фразы, когда речь начинает улучшаться. Внимание начинающих артистов постоянно обращается на то, с какой интонацией следует произносить соответствующие слова, междометия, какими жестами и мимикой пользоваться. В ходе работы поощряются собственные фантазии детей, их умение подобрать новые жесты, интонацию и т.д.

При естественном дыхании его глубина и темп могут быть различны, и не следует регулировать их искусственно, иначе дыхание не будет естественным. Естественное дыхание - это дыхание покоя, оно должно быть протяжным, легким, медленным, спокойным, равномерным. В течение короткого времени добиться такого дыхания нельзя. Поэтому не следует стремиться к немедленным результатам и стараться применить для этого какие-то волевые усилия, управлять дыханием. Такие попытки могут привести к дискомфорту, одышке. Естественное дыхание должно происходить на естественной основе, при этом можно допускать лишь незначительные усилия, чтобы достичь пяти вышеназванных характеристик естественного дыхания, добиваясь его легкости на границе забытья и реальности.

Дыхание, как известно, заключается в вентилировании легких, в замене использованного воздуха свежим, богатым кислородом.

1. Для того чтобы научить ребенка полноценно дышать, у детей вызывают потребность в притоке большого количества кислорода и в удалении накопившейся углекислоты. Такая потребность возникает при большой затрате мышечной энергии, например, при беге, прыжках. Вот почему так полезны подвижные игры с бегом на свежем воздухе.

С дошкольного возраста надо приучать детей дышать через нос. Дыхание через нос возбуждает дыхательный центр, который расположен в продолговатом мозге, человек дышит глубже, чем через рот.

2. Дети дошкольного возраста имеют склонность задерживать дыхание при выполнении всякого непривычного движения, требующего от них некоторого усилия и напряжения.

Поэтому важно научить ребенка не задерживать дыхание при выполнении упражнений. Для этого гимнастические упражнения сопровождаются звуками или словами, соответствующими образу упражнения. Они произносятся в тот момент, когда надо сделать выдох, т. е. когда сужается грудная клетка. Вдох совпадает с моментом расширения грудной клетки и расслабления мышц брюшной полости. При боковом сгибании и поворотах туловища выдох совпадает с наклоном или поворотом туловища в одну сторону, а вдох - с поворотом или наклоном в другую, или с моментом выпрямления, если упражнения делаются с остановкой на моменте выпрямления. Звуки и слова также придают упражнениям эмоциональную окраску.

3. Важно научить детей экономно расходовать имеющийся в легких воздух, регулировать работу своих дыхательных мышц. Такое экономное расходование воздуха имеет большое значение при речи, и особенно при пении. Вдох делается очень быстро, а затем воздух задерживается в легких и постепенно выдыхается при произнесении звуков.

Некоторые упражнения можно проводить в двух темпах - медленном и быстром. При медленном темпе дети учатся экономно делать выдох, быстрый темп дается для повышения активности детей.

При медленном темпе выдох делается со звуками: *тсс*, *ишш*, *пф* или сопровождается словом *вниз*. При быстром темпе на выдохе можно произносить слова: *вперед*, *вправо* и т. д. В имитационных упражнениях образ иногда подсказывает определенный темп движения - например, «согревание». В этом упражнении после нескольких быстрых обхватов плеч

руки надо медленно опустить через стороны вниз, с продолжительным выдохом.

Для регулирования дыхания необходимо, чтобы темп движения соответствовал темпу детского дыхания. Взрослые должны учитывать, что у ребенка более быстрый темп дыхания, поэтому выполнение упражнений в замедленном темпе сбивает детей с естественного ритма дыхания.

В случае выраженной дизартрии работа над дыханием начинается с общедыхательных упражнений. Цель этих упражнений состоит в том, чтобы увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм. Для закрепления удлиненного произвольного выдоха (через рот) необходимо опираться на кинестетические ощущения. Рекомендуется «видеть» и «слышать» свой вдох. При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы он не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимание ребенка на ощущениях движения диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды в хорошо проветренном помещении.

Для достижения этой цели выполняются следующие упражнения:

1. Ребенок лежит на спине, логопед сгибает ему ноги в коленных суставах и согнутыми ногами надавливает на подмышечные впадины. Эти движения производятся в нормальном дыхательном ритме под счет. Это способствует нормализации движений диафрагмы.

2. Ребенок сидит, перед его ноздрями создается веер воздуха. Под его влиянием усиливается глубина вдоха за счет включения в работу мышц диафрагмы.

После активной работы мышц диафрагмы проводится выработка оптимального типа физиологического дыхания. Формирование этого типа дыхания осуществляется по подражанию, в различных положениях - лежа, сидя, стоя.

Ребенок одну руку кладет на свою диафрагму, другую - на диафрагму логопеда. Логопед осуществляет вдох и выдох, включая в работу мышцы диафрагмы, ребенок, ощущая движения рукой, пытается дышать так же. Затем вызванные по подражанию движения диафрагмы закрепляются в различных дыхательных играх.

После закрепления диафрагмального дыхания проводится работа над длительным, плавным выдохом через рот, которая осуществляется:

- без речевого сопровождения;
- с речевым сопровождением.

Работа без речевого сопровождения проводится в виде различных дыхательных упражнений с использованием разнообразных пособий («загоним мяч в ворота», игры с «султанчиком», ватными шариками, снежинками, листиками, и т.д.), которые позволяют осуществить зрительный контроль за продолжительностью и силой выдоха через рот.

При проведении дыхательной гимнастики необходимо придерживаться следующих правил:

- дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении;
- при выполнении дыхательных упражнений нельзя переутомлять ребенка (первый признак утомления - зевота - симптом кислородной недостаточности);
- при выполнении дыхательных упражнений необходимо следить за позой ребенка (прямо, плечи расправлены, ноги, руки спокойны);
- при выдохе ребенок не должен напрягать плечи, шею, поднимать плечи, надувать щеки; при выполнении дыхательных упражнений следует привлечь внимание ребенка к ощущениям движения диафрагмы;
- дыхательные движения лучше производить плавно, под счет, музыку;

- дидактический материал, используемый для дыхательных упражнений, должен быть легким - ватка, тонкая цветная бумага, воздушный шарик и т. д.; он должен располагаться обязательно на уровне рта.

Работа с речевым сопровождением проводится при произнесении различного по сложности речевого материала, на длительном плавном выдохе:

- пение гласных на выдохе - «ниточка»;
- произнесение сочетаний 2, 3, 4-х гласных на длительном, плавном выдохе (нужно следить, чтобы между гласными не делались паузы для дополнительного вдоха);
- произнесение изолированных щелевых, глухих согласных (при вдохе - звук);
- произнесение щелевых, глухих согласных с сочетанием гласных (*са-со-су-сы; са-фа-ха-ша*)
- произнесение слов на плавном выдохе, сначала мало слоговых, затем многослоговых, сначала с ударением на 1-й слог, затем меняется ударение;
- постоянное распространение фразы на длительном плавном выдохе (сделать вдох - затем «птицы» - «птицы летят» - «птицы летят в небе» - «птицы летят в небе на юг» и т. д.). Количество слов, произносимых ребенком на одном выдохе, определяется возрастом:

5 лет – 4 - 5 слов, не больше;

6 лет – 5 - 6 слов, не больше;

7 лет – 6 - 7 слов, не больше.

Можно рекомендовать следующий комплекс упражнений по развитию речевого дыхания.

1-е упражнение. Погладить нос (боковые части носа) от кончика к переносице - сделать вдох. На выдохе постучать по крыльям носа указательными пальцами (5-6 раз).

2-е упражнение. Ребенок делает глубокий вдох и выдох двумя неравными порциями.

3-е упражнение. Ребенок делает глубокий медленный вдох через нос, затем задерживает дыхание и медленно выдыхает на счет до пяти.

4-е упражнение. Сделать по 8-10 вдохов и выдохов через правую ноздрю, затем - через левую, по очереди закрывая отдыхающую указательным пальцем.

5-е упражнение. Ребенок делает полный вдох, задерживает дыхание и делает долгий выдох.

6-е упражнение. На одном выдохе - усиление и ослабление звука (упражнение «Гудок» - гудок приближается и удаляется: *м-м-м-М-М-М-м-м*).

7-е упражнение. На одном выдохе - усиление и ослабление звука (упражнение «Вой ветра»: *в-в-в-В-В-в-в*).

8-е упражнение. Во время выдоха широко раскрыть рот и, насколько возможно, высунуть язык, стараясь кончиком его достать до подбородка. Беззвучно произнести звук [а-а-а-а] (5-6 раз).

9-е упражнение «Свеча». Ребенок делает ровный, медленный выдох - пламя свечи легло, и его надо удержать в этом положении воздушной струей.

10-е упражнение «Погаси свечу». Ребенок делает вдох, затем секундную задержку дыхания и несколько выдохов-толчков: *фу-фу-фу*.

11-е упражнение. Исходное положение - руки перед собой, вдох носом - руки разводятся в стороны, медленный выдох - руки сводятся так, чтобы встретились ладони.

12-е упражнение «Комар». Исходное положение - руки вперед, вдох - руки разводятся в стороны, выдох - руки медленно сходятся («не спугни комара»), выдох со звуком *е-е-е-е*, в конце - хлопок в ладоши («убили комара»).

13-е упражнение. На одном вдохе, выдыхая толчками, ребенок должен произнести 5, потом 6 (и так до 10) звуков [ф]: *ф! ф! ф! ф! ф!* Ладонь

ребенка на животе контролирует подтягивание мышц живота при произнесении звуков.

14-е упражнение. Сделать вдох носом. На выдохе протяжно тянуть звук *м-м-м*, одновременно постукивая пальцами по крыльям носа.

15-е упражнение. Спокойный вдох через нос. На выдохе одновременно с постукиванием по крыльям носа произнести *ба-бо-бу* и *г-м-м-м*.

16-е упражнение. Быстро втянуть внутрь живота брюшные мышцы, одновременно сделав резкий выдох через нос (3-4 раз).

17-е упражнение. На одном вдохе, выдыхая толчками, ребенок должен произнести 3 (4, 5) пары звуков: *в-ф! в-ф! в-ф!* Ладонь ребенка на животе контролирует подтягивание мышц живота при произнесении звуков.

18-е упражнение. При вдохе оказывать сопротивление входящему воздуху, надавливая на крылья носа пальцами. Во время более продолжительного выдоха сопротивление должно быть переменным за счет постукивания по крыльям носа.

19-е упражнение. Ребенок делает глубокий вдох и выдох несколькими равными порциями.

Постановка звуков

«Р»

Постановка звука от «Д».

Спина прямая. Губы в улыбке. Рот широко открыт.

Кончик языка касается альвеол (поднят вверх).

Звонко произносить *ДДД-ДДД-ДДД-ДДД*.

Звук нужно произносить максимально долго (много раз подряд).

Не отрывая кончик языка от альвеол, произвести сильный выдох так, чтобы язык задрожал.

В результате у ребенка получится сочетание *Д-РРР*.

Постановка звука с использованием упражнения «Грибок». В положении лёжа.

Ребенок кладет голову на колени логопеду. Губы в улыбке.

Рот широко открыт. Язык ребенок присасывает к нёбу («Грибок»).

В это время логопед большим и указательным пальцами (пальцы обработаны спиртом или на пальцах марля) прижимает боковые края языка к нёбу (не кончик!), ребенок с силой дует на язык и... часто сразу же появляется вибрация.

Постановка звука от «З».

«Р» от звука «З» обычно не ставят, т.к. считается, что он очень различны по артикуляции и не могут быть друг для друга опорными.

Но попробовать можно.

Секрет в том, что ребенок произносит З очень кратко, лишь подняв широкий язык и дотрагиваясь до альвеол и при этом сильно дует на язык.

Будет четко слышен сначала одноударный «Р», который потом сравнительно легко переходит в вибрант.

Этот способ очень легкий и быстрый, особенно при горловом «Р».

Постановка звука «Р» на вдохе.

Условие - правильное и четкое произнесение звука «С».

Спина прямая. Губы в улыбке. Рот широко открыт.

Ребенок произносит длительно ССССС, а потом делает короткий вдох через рот резко подняв и прижав язык в альвеолам, всасывает язык, «как улитку в раковину».

Ребенок касается языком альвеол при вдохе, слышится звук.

Способ очень неожиданный, парадоксальный (ведь все специалисты ставят звуки на выдохе).

Постановка звука от сочетания «ДТ».

Обычно используют как опорный для «Р» звук «Д».

Но можно пойти другим путем.

Спина прямая. Губы в улыбке. Рот широко открыт.

Ребенок произносит звуки «Д» — «Т», ритмично чередуя их в быстром темпе при смыкании языка с альвеолами — это важно!

При многократном повторении необходимо сильно дуть на кончик языка. Слышится звук «Р».

Постановка звука от сочетания «ТЫ».

Спина прямая. Губы в улыбке. Рот широко открыт.

Присосать кончик языка к небу.

Вдохнуть через нос и выдохнуть воздух резкой струей на кончик языка, произнося слог «ТЫ».

Звук вначале будет глухим, потом постепенно можно работать над его озвончением, подключая голос.

«Л»

Постановка от звука «Ы».

Спина прямая. Губы в улыбке. Зубы разомкнуты. Ребенок произносит «Ы».

Воздушная струя — теплая.

Во время произнесения звука «Ы» ребенок прижимает язык к верхним зубам и продолжает его произносить (тянет).

Резко опустить язык — слышится «Л».

Собственно звук «Л» возникает в момент отрыва языка от того места, к которому он был прижат. Поэтому, чем резче и определеннее выражен этот «отрыв», тем четче будет слышен звук «Л».

Окончательное формирование произношения «Л» происходит в слог, который должен звучать отрывисто: ЫЛ, ЫЛ, ЫЛ.

Постановка звука на фоне произнесения гласного «А».

Спина прямая. Губы в улыбке. Зубы разомкнуты (не широко).

Воздушная струя — теплая.

Ребенок негромко тянет звук «А».

Во время такого произнесения необходимо стучать языком о верхние зубы.

Будет слышаться сочетание ЛА-ЛА-ЛА.

Постановка звука от межзубного «Л».

Спина прямая. Губы в улыбке. Зубы разомкнуты.

Воздушная струя – теплая. Кончик языка прикусить зубами.

Ребенок произносит звук «Ы».

Резко открыть рот – слышится звук «Л».

«С»**Постановка от звука Т.**

Спина прямая. Губы в улыбке. Зубы сомкнуты.

Ребенок произносит длительно звук Т на выдохе.

Контролируя выдыхаемую воздушную струю тыльной стороной руки (струя должна быть холодной и интенсивной).

За длительным Т будет слышен звук С.

Постановка С на вдохе.

Спина прямая. Губы вытянуты вперед трубочкой.

Зубы сомкнуты (но не сжаты!).

Широкий язык лежит на дне ротовой полости так, чтобы он по всему периметру соприкасался с нижними зубами.

На вдохе всосать немного воздуха (чтобы он попал на самый кончик языка).

На языке чувствуется холодная воздушная струя.

В результате слышится внятный, но очень тихий звук С (если вместо звука будет слышаться «всхлип», значит ребенок сделал очень глубокий вдох).

Постановка звука при межзубном.

Спина прямая. Губы в улыбке.

Начинать следует с формирования желобка (выходного отверстия для воздушной струи по средней линии языка).

При этом можно воспользоваться зондом № 1.

Зонд помещают на плоский широкий язык и слегка прижимают, чтобы по всей длине языка образовалось углубление — «желобок».

Постановка звука от звука Ц.

Спина прямая. Губы в улыбке. Зубы сомкнуты.

Ребенок произносит длительно и протяжно звук Ц.

При соблюдении этого условия слышится звук С.

И сразу же переходят к произнесению слогов: АС – АС – АС, ИС – ИС – ИС, АС – ИС и т.д.

Самая большая сложность — обратить внимание ребенка и дать ему возможность услышать этот звук.

Постановка звука при высоком небе или отсутствии нижних резцов.

При данной аномалии звук С ставят при верхнем подъеме языка, когда кончик упирается в верхние резцы.

Сама постановка осуществляется по классической схеме: работа над выдохом, формирование желобка и т.д. После появления приглушенного С с призвуком Ш переходят к опусканию кончика языка вниз (что сделать уже не трудно).

«Ш»**Постановка от слога СА.**

Губы в улыбке. Зубы разомкнуты.

Ребенок произносит слог СА-СА-СА-СА.

В это время плавно поднимать кончик языка к альвеолам.

Язык становится чашечкой. Губы округляются. Сильно дуть на кончик языка.

В результате слышится слог ША.

Механический способ.

Спина прямая. Губы округлены. Зубы разомкнуты.

Ребенок поднимает широкий язык к альвеолам.

Логопед удерживает язык зондом № 5.

Логопед фиксирует зонд в этом положении, просит ребенка пошипеть.

«Щ»

Постановка от мягкого звука Сь.

Ребенок произносит слог С'И протяжно: С'ИИИИИ.

Затем логопед вводит шпатель или зонд под язык и в момент произнесения слогов слегка приподнимает его, несколько отодвигая назад.

Тот же акустический эффект можно получить, не поднимая язык, а лишь несколько отодвигая его назад прикосновением шпателя.

Постановка от звука Ч.

Спина прямая. Губы округлены. Зубы разомкнуты.

Язык чашечкой. Тянуть звук Ч.

Слышится долгий звук Щ. Звук сразу вводят в слоги и слова.

«Ч»

Постановка от мягкого Т'.

Спина прямая. Ребенок произносит слог Т'И с некоторым усилением выдоха.

В момент произнесения логопед с помощью шпателя или зонда № 5 слегка отодвигает назад кончик языка.

Тот же акустический эффект может быть получен при введении зонда под язык. В момент произнесения логопед слегка приподнимает язык и одновременно несколько отодвигает его назад.

ЙОТ

Постановка от гласного И.

Спина прямая. Ребенок произносит несколько раз сочетание ИА или АИА.

В момент произнесения И - выдох усиливается, и сразу без перерыва произносится А.

После того как усвоено такое произнесение, логопед дает установку на более краткое произнесение И.

Помимо сочетания ИА, полезно произносить АИ, ОИ и т.д.

Постановка от мягкого З' с механической помощью.

Спина прямая. Ребенок произносит слог З'А (ЗЯ), повторяя его несколько раз. Во время произнесения логопед шпателем нажимает на переднюю часть языка и отодвигает его несколько назад до получения нужного звучания.

К, Г, Х, К', Г', Х'**Постановка звуков производится с механической помощью.****Звуки К, К'**

Произносить слог ТА-ТА-ТА несколько раз, в момент произнесения логопед шпателем постепенно отодвигает язык назад нажимом на переднюю часть спинки языка.

По ходу движения языка вглубь слышится сначала слог ТЯ, потом КЯ, а вслед за ним КА.

Звуки Г, Г'

Так же ставится звук Г от слога ДА, но его можно получить и озвончением К.

Звуки Х, Х'

Звук Х ставится от звука С аналогичным приемом: сначала слышится СЯ, вслед за ним ХЯ и наконец ХА.

ТЬ, ДЬ, НЬ

Первый способ. Сидя перед зеркалом, логопед предлагает ребенку при открытом рте укрепить кончик языка у нижних резцов и проделать следующие движения: то круто выгибать спинку языка до прикосновения с нёбом, то опускать весь язык на дно рта.

После ряда таких безмолвных упражнений следует предложить ребенку произносить при выгнутом языке **ть, ть, ать, ать**, затем проделать то же и со звуками **дя, дя, адя, адя**, кроме обратных слогов, где звук Д звучит как ТЬ.

Затем те же упражнения предлагается выполнить со звуком НЬ (**ня, ня, аня, аня**), заменяя одни гласные звуки другими (**о, у, и, е, я, ё, ю**).

Второй способ. Логопед предлагает ребенку внимательно прислушаться к скользящему звуку смягченных согласных, когда они произносятся в конце слова (*ать, ань*), и гласных, когда они следуют за смягченными согласными в прямом слоге (*тъа — тя, нъа—ня* и т.д.).

Третий способ. Логопед предлагает ребенку произносить слог *та-та-та-та*, придерживая кончик языка у нижних резцов при помощи шпателя или плоской ручки чайной ложки.

При таком положении языка вместо *та* слышится *тя*, вместо *да* — *дя*, вместо *на* — *ня*.

звонкого согласного В

1. Ребенку предлагается длительно произносить звук Ф и в это время присоединить голос, который ребенок может осязать, приложив свою ладонь к гортани.
2. Ребенку предлагается длительно произносить звук У, и в этот момент логопед пальцем или шпателем подтягивает нижнюю губу ребенка к его верхним резцам. Это помогает поставить чистое В.

звонкого согласного Б

1. Предложить ребенку произносить звук П и в это время присоединить голос, который он может осязать, приложив свою ладонь к гортани.
2. Предложить ребенку длительно произносить двухгубное В и, горизонтально приложив указательный палец к его нижней губе, легким, быстрым движением производить колебание нижней губы вверх и вниз. Вследствие этого происходит смычка и размычка губ — основа звука Б. Вначале эти движения производятся логопедом, затем — самим ребенком; темп колебаний постепенно замедляется, затем к получаемому звуку Б присоединяются гласные и он автоматизируется в слогах вначале с механической помощью, а затем без неё.

звонкого согласного Д

1. Предложить ребенку произносить звук Т и в это время включить голос, который ребенок может осязать, приложив свою ладонь к гортани (одну к гортани логопеда, а другую к своей).

2. Предложить ребенку произносить слоги БА: БАБАБАБАБАБА.

Затем перейти к произношению слога ДА: ДАДАДАДАДА.

Затем слог БА чередуется со слогом ДА: БАБАБАДАДАДА, БАДАБАДА.

3. Предложить ребенку произносить слоги БАБАБА и в это время просунуть язык между губами (проконтролировать, используя зеркало).

Когда звук Д будет звучать достаточно чётко при данном межгубном положении, логопед предлагает ребенку оттянуть углы рта, обнажив таким образом ряд верхних и нижних зубов.

Вследствие этого звук Д будет некоторое время звучать при межзубном положении языка, но постепенно, в процессе автоматизации звука Д в слогах и словах, кончик языка примет зазубное положение.

Основная литература

1. Гришанова, И. А. Развитие фонематических процессов у детей : учебно-методическое пособие / И. А. Гришанова, М. В. Мелкозерова, Н. А. Рахманина. — Глазов : ГГПИ им. В. Г. Короленко, 2019. — 152 с. — ISBN 978-5-93008-296-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/130533> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. Глухов, В. П. Методика формирования навыков связных высказываний у дошкольников с общим недоразвитием речи : учебное пособие для вузов / В. П. Глухов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Юрайт, 2022. — 231 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-13118-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/494327>

3. Емельянова, И. Д. Развитие речи в условиях дизонтогенеза : учебное пособие / И. Д. Емельянова, С. В. Маркова. — Елец : ЕГУ им. И.А. Бунина, 2019. — 182 с. — ISBN 978-5-00151-077-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/195856> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

4. Кулаченко, М.П. Педагогическое общение : учебное пособие для вузов / М. П. Кулаченко. — Москва : Юрайт, 2022. — 152 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12042-4. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/496144>

5. Прищепова, И. В. Логопедия : Дизорфография у детей : учебное пособие для вузов / И. В. Прищепова. — Москва : Юрайт, 2022. — 201 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-11095-1. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/494974>

6. Прищепова, И. В. Логопедическая работа : Усвоение орфографических навыков у младших школьников с общим недоразвитием речи : практическое пособие / И. В. Прищепова. — Москва : Юрайт, 2022. — 201 с. — (Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-11168-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/494982>

7. Речевые нарушения у детей и их коррекция : учебное пособие / В. И. Гузева, Е. Ю. Власова, В. В. Гузева [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 28 с. — ISBN 978-5-907184-71-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/174508> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

8. Скрыбина, Д. Ю. Логопедия : хрестоматия / Д. Ю. Скрыбина. — Глазов : ГГПИ им. Короленко, [б. г.]. — Том 1 — 2019. — 267 с. // Лань :

электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/130532>
— Режим доступа: для авториз. пользователей. — Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Логопедическое сопровождение лиц с нарушениями коммуникации различных категорий : учебное пособие / П. А. Кисляков, В. В. Назаренко, Е. И. Дубровинская [и др.] ; под редакцией П. А. Кислякова. — Москва : РГСУ, 2020. — 210 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/158512>. — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-7139-1399-1. — Текст : электронный.

2. Логопедическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями : учебное пособие / составители А. Н. Гамаюнова [и др.]. — Саранск : МГПИ им. М. Е. Евсевьева, 2020. — 308 с. // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/163517> — Режим доступа: для авториз. пользователей. — ISBN 978-5-8156-1194-8. — Текст : электронный.

3. Мустафина, А. Р. Психологическая коррекция трудностей психического развития детей : учебно-методическое пособие / А. Р. Мустафина. — Чебоксары : ЧГПУ им. И. Я. Яковлева, 2021. — 72 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/192304> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

4. Лазарева, О. П. Специальная детская психология : учебно-методическое пособие / О. П. Лазарева, А. А. Ошкина. — Тольятти : ТГУ, 2019. — 102 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/140099> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Раздел 2. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра

1. Игры и упражнения на этапе установления контактов с ребенком

На этапе налаживания контакта с ребенком не рекомендуется настаивать на проведении конкретных игр, выполнении определенных заданий.

Чаще всего действуют в зависимости от ситуации, желаний и настроения ребенка. Ребенок может предложить ту форму возможного взаимодействия, которая в данный момент для него наиболее комфортна. Иногда, особенно на начальных этапах работы, стоит принять такое предложение ребенка (не забывая, конечно, о целях работы). Любые действия сопровождаются эмоциональным комментарием, в ходе которого взрослый проговаривает все действия ребенка и свои. Если ребенок вышел из состояния равновесия, следует сохранять спокойствие, не ругать, а понять, чего ребенок хочет в данный конкретный момент, и постараться помочь ему выйти из состояния дискомфорта.

Педагог экспериментирует и пробует разные игры с разными детьми. Один ребенок не принимает их, другой участвует в такой же игре. Если же возникла реакция отторжения, следует остановить игру.

Стереотипная игра ребенка с РАС как повод для знакомства.

Трудности в работе с аутичным ребенком возникают у специалиста уже при первом знакомстве. Обычным оказывается положение, когда ребенок либо не обращает внимания на присутствие нового взрослого, либо становится напряженным и агрессивным. К такой реакции необходимо быть готовым заранее. При этом следует четко представлять психологические причины подобного поведения. А причина в том, что появление нового незнакомого человека привносит в жизнь аутичного ребенка элемент неизвестности, который вызывает у него чувство дискомфорта и страха. Ему

потребуется время, чтобы освоиться в новых условиях, привыкнуть к педагогу.

У аутичного ребенка есть любимые игры, одна или несколько. В таких играх он может часами манипулировать предметами, совершая странные действия. Главные особенности таких стереотипных игр:

- цель и логика игры, смысл производимых действий часто непонятны для окружающих;
- в этой игре подразумевается единственный участник - сам ребенок;
- повторяемость: ребенок раз за разом совершает один и тот же набор действий и манипуляций;
- неизменность: раз установившись, игра остается одинаковой на протяжении очень длительного времени;
- длительность: ребенок может играть в такую игру годами.

Первый этап – наблюдение за стереотипной игрой. Цель такого наблюдения - постараться вникнуть в структуру стереотипной игры: выделить цикл повторяющихся действий; выделить конкретные звуко сочетания, слова и словосочетания в бормотании ребенка во время игры.

Педагог присаживается на некотором расстоянии от ребенка. Если он не отвернется от вас, это уже хорошо. Однако, часто у него уже есть негативный опыт общения со взрослым, основанный на прямом давлении. Поэтому он может отреагировать негативно: отойдет от вас подальше и расположится для игры в другом месте, или прямо заявит: «Не хочешь!».

Второй этап – ребенок привыкает к присутствию педагога. Педагог осторожно пробует подключаться к его играм, причем делает это тактично и ненавязчиво. Начинает с того, что в нужный момент (взрослый уже запомнил порядок действий ребенка) подает ему необходимую деталь, чем обращает внимание на присутствие. Можно негромко повторять за ребенком его слова.

Цель данного этапа дать ребенку понять, что взрослый не мешает ему играть (как обычно бывает), кроме того, от взрослого может быть польза. Усилия направлены на то, чтобы завоевать доверие ребенка.

Педагог включает следующие приемы (все зависит от ребенка, его реакции, подбирается строго индивидуально).

- Ребенок играет с игрушкой, взрослый просит его о своей очереди. Не дожидаясь ответа, просто берет игрушку, немного с ней играет и возвращает ребенку. Когда ребенок хорошо усвоит, что ему отдадут игрушку, он будет охотнее ею делиться;
- Взрослый берет игрушку с огоньками и музыкой и играет с ней сам. Передает ее ребенку и говорит: «Твоя очередь». Можно включить еще нескольких детей или взрослых – пусть игрушка идет по кругу.
- Запускать по очереди юлу, стучать в барабан, греметь кастаньетами, дуть в дудку, выдувать мыльные пузыри, т.е. использовать простые предметы, игрушки, длительность использования которых мала и которые можно быстро передать партнеру.

Прием совместного внимания

Дети с РАС часто лишены разделенного внимания (общее внимание двух людей к одному и тому же объекту или синхронизация внимания между двумя и более людьми). Однако, и этот недостаток можно исправить в игре:

- когда ребенок играет с игрушкой, взрослый забирает ее и показывает какие-то ее особенности (уши у плюшевого медведя). Просит ребенка повторить, подробно описать объект, на который он смотрит: какой высоты, какого цвета, какой формы, такой ширины (если есть речь).

Взрослый дует в свисток, дудку или губную гармошку и просит ребенка сказать, что только что прозвучало.

Взрослый просит ребенка описывать предметы на улице, называть, что перед ним.

Прием поощрения имитации

Имитация – это крайне значимый инструмент развития ребенка и основа усвоения им множества навыков. У детей с РАС умение имитировать и повторять за другим человеком часто страдает. Взрослые используют такие игры.

Выполняются жесты руками, меняется положение ног и всего тела, просят ребенка повторять.

Изображается животное, и ребенок повторяет повадки, которые демонстрируются.

Копируется поведение ребенка с РАС до тех пор, пока он не заметит обезьянничания.

Включаются дополнительные стимулы и награды (то, что нравится ребенку).

Структурированная игра

Используются интересы ребенка. Например, если ребенку нравятся слоны или герои «Маши и медведя», используются соответствующие пазлы, головоломки или раскраски.

Игры должны быть по силам ребенку, с опорой на его сильные стороны. Например, если у ребенка хорошо развито визуальное восприятие, можно попробовать визуальную игру, такую, как сортировку разноцветных кубиков.

Время игры ограничивается, и речь звучит сколько реально нужно для обыгрывания.

Прием перенаправления нежелательного поведения

Например, если ребенок любит стучать кубиками друг о друга, нужно поощрять его в постановке их друг на друга, или включать в игру, где стук кубиками целесообразен.

Недирективная игровая коррекция на этапе установления контакта одновременно решает три основные задачи:

- 1) создание условий для развития самовыражения ребенка;

- 2) коррекция имеющегося у ребенка эмоционального дискомфорта;
- 3) формирование саморегулирующихся процессов.

Методические требования к недирективной индивидуальной игровой терапии:

1. Взрослый выступает в роли наблюдателя и вмешивается в процесс игры ребенка только в том случае, если он проявляет аффективные и агрессивные реакции (кидает игрушки, ломает их, кусает, бьет себя по голове игрушками и пр.). Игрушка меняется, не делая ему замечания.

2. Если ребенок возбужден, агрессивен, то можно предложить ему выйти из игровой комнаты или шепотом сказать: «Что ты хочешь? Покажи или скажи мне, и мы вместе решим твои проблемы».

3. Если ребенок перед началом занятий отказывается зайти в кабинет, не следует уговаривать его, нужно открыть дверь и подойти к игровому столу или предложить сделать это кому-то из родителей.

4. Не допускается пристальный взгляд на ребенка, прикосновения к нему, особенно на первых занятиях.

При проведении дидактических игр на этапе установления контакта должны соблюдаться следующие методические требования.

1. Занятия следует проводить поэтапно, уделяя особое внимание интересам и желанию ребенка.

2. Каждое упражнение обыгрывается с учетом аффективных интересов ребенка.

3. Обязательно четкое планирование и постепенное формирование стереотипа занятий, соблюдение определенной последовательности занятий.

4. В ходе каждого занятия необходимо использовать поощрение и эмоционально-смысловой комментарий.

5. Игровые задания должны предполагать использование материала, аффективно значимого для ребенка (палочки, веревочки, гайки и пр.).

2. Игры и упражнения, направленные на развитие сенсорной стимуляции и мелкой моторики у детей

Игры с водой

Наводнение, водопад, фонтан

Такая игра проводится только в специальном помещении или в ванной комнате. Набирается теплая вода в ванну и затем переливается в большие емкости и снова выливается в ванну, устраивая «водопад», «фонтан».

Брызгалки

Организуется на улице летом. Можно использовать водяной пистолет, резиновую грушу, шланг с водой. В этой игре допустимо «промокнуть до нитки», но по окончании игры переодеть ребенка в сухую одежду.

Игры с крупами

Дождь, град

Эта игра обусловлена фактурой материала – мелкие размеры, характерные звуки, издаваемые при падении, особые тактильные ощущения при перебирании в руках. Вероятность того, что ребенок станет разбрасывать крупу, очень велика. Знание этой закономерности позволяет подготовиться заранее: выбирается подходящее место для игр с крупой, а когда сенсорная игра перетечет в терапевтическую, тут же словесно обозначаются действия ребенка: «Ой, дождь пошел!» (гречка, рис), «Ой! Град начался!» (горох, фасоль). При проведении такой игры есть опасность, что с этого момента ребенок будет настаивать на использовании крупы только в этом понравившемся ему качестве. каждом конкретном случае придется принимать решение относительно выбора наилучшей тактики:

- позволить бросать крупу, устроив знакомую игру;
- некоторое время не использовать крупу в играх;
- давать разнообразные способы использования. Например, предлагать крупу в очень небольших количествах, чтобы «покормить птичек». Можно взять пакетик с небольшим количеством крупы с собой на прогулку, чтобы покормить настоящих птиц.

Игры с ватой

Вата – очень нежный и приятный на ощупь материал. Вата используется для игры в больницу или в сенсорных играх. Вата может оказывать на ребенка терапевтическое воздействие. Помня о том, что ребенок может захотеть трогать ее, рвать, бросать, зарываться в нее, нужно заранее запастись большим куском непрессованной ваты, и когда ребенок затеет игру, предложить ему весь объем материала.

Снег идет

Отщипывать вместе с ребенком небольшие кусочки ваты, подбрасывать вверх со словами: «Снег идет». Наблюдая за падением «снега», дуть на него, чтобы он подольше не падал.

Снежки

Из небольших кусков ваты «лепим снежки» (формируем руками комок), и со словами: «Давай играть в снежки» бросаем друг в друга.

Сугробы

Ребенок зарывается в большие комки ваты, а взрослый помогает ему «спрятаться в сугробе». Можно вместе с ребенком прятать в «сугробе» и любимую игрушку.

Снежная крепость

Затем, когда острота переживаемых ребенком в ходе игры ощущений станет спадать, предлагаем дальнейшее развитие сюжета игры. Для этого можно задействовать в игре разнообразные игрушки. Сделать мишке «снежную берлогу», а куклам построить «снежную крепость».

Игры с кубиками, деталями конструктора и коробками

Во время занятия ребенок может вдруг подбежать к коробке с кубиками и опрокинуть ее или подбросить коробку с мелкими деталями конструктора. При этом он с явным удовольствием вслушивается в раздавшийся грохот. В этом случае следует организовать игру.

Салют

Подбрасываем вместе с ребенком мелкие детали конструктора или шарики, бусины. Затем собираем их в коробку и, если ребенок захочет, возобновляем игру – «салют продолжается».

Землетрясение

Если ребенок начинает подбрасывать более крупные предметы и детали – кубики, крупный конструктор, коробочки, – пусть это будет «землетрясение». При этом страхуем ребенка, следите, чтобы подбрасывались только легкие, безопасные предметы. Если степень возбуждения ребенка превышает допустимые границы, и он начинает бросать предметы, применяя силу, не глядя, – переключаем его на стереотипную игру.

Игры с небольшими подушками, полотенцами, веревками, коробками (перетягивание, подбрасывание, легкие удары)

У аутичных детей есть следующая особенность: они могут наносить себе удары, часто – по голове. Причина таких действий – либо самоагрессия, либо самостимуляция. В подобных случаях затеваем игру. Обычно дети сразу включаются в нее, тем более если она уже знакома по прошлым занятиям. А взрослые получают возможность контролировать силу ударов, переключить ребенка с агрессивных действий на игру.

Кто сильнее

В этой игре взрослый предлагает ребенку взяться за конец веревки и начинает тянуть за другой конец со словами: «Отдай! Отдай!». Ребенок включается в игру, тянет веревку на себя. Можно использовать также подушку или полотенце.

Подушечные бои

Для игры потребуются маленькие мягкие подушки. Кидаемся друг в друга подушечками, издавая победные кличи. Можно «поколотить» друг друга подушками, стараясь попадать по различным частям тела.

Выбиваем пыль

Подавая ребенку пример, усердно взрослый колотит руками по подушке (любого удобного размера) со словами: «Давай выбивать пыль из подушки – вот так, вот так!»

Детский футбол

Дети любят бросать вещи на пол и пинать их ногами. Взрослый старается дать ребенку представление о том, что нельзя поступать так со всеми вещами подряд. Например, недопустимо пинать по полу мамину сумочку или фен. Объясняет это и словами, и на практике. Сказав: «Это нельзя!», если ребенок схватил неподходящую вещь, тут же предлагает ему более адекватный заменитель. Организует игру в «футбол», используя вместо мяча подушку, пустую коробку из-под сока или пластиковую бутылку. Играть можно руками и ногами, подушку (коробку, бутылку) можно пинать, кидать, отнимать.

Падающая башня

Из больших и маленьких подушек строится башня, на которую ребенок с криками запрыгивает. Башня строится такой высоты, чтобы прыжок был безопасен для ребенка.

Штурм крепости

Из подушек, одеял, пустых коробок строим «крепость», собирая все предметы в одну кучу. Затем с криками: «Бабах! Стреляем по крепости!» бросаем в «крепость» мячи. Игра продолжается, пока куча не разлетится на куски.

Игры со старыми газетами или журналами

Птицы летят

Подброшенный в воздух журнал или газета издают своеобразный шелестящий звук, к тому же интересно наблюдать за их «полетом». Взрослый играет вместе с ребенком в «летающих птиц»: подбрасывает в

воздух газеты или журналы. Можно взять в каждую руку по листу газеты и поноситься по комнате, взмахивая руками, изображая летящую птицу.

При этом дает ребенку понять, что подобные действия недопустимы в отношении книг, а также новых журналов и газет. Как всегда, объясняет это на практике: не запрещает ему эту игру, а выделяет ненужные журналы и газеты и кладет их в определенном месте – объясняет ребенку, что с ними он может поступать по собственному усмотрению.

Бумажная битва

Взрослый готовит «снаряды» – комкает страницы ненужных газет или журналов. Битва начинается: с криками: «Вот тебе!» бросают друг в друга комки бумаги. В конце такой игры собираем «снаряды» в коробку или пакет.

Бумажный листопад

В этой игре можно порвать страницы газет и журналов на куски, а затем подбрасывать охапки бумаги вверх со словами: «Листья кружатся и падают!», в конце игры обязательно организуйте «уборку листьев».

Игры на развитие тактильных ощущений

Щекотушки

Цель. Развитие тактильных ощущений ребенка, стимулируя его реакции на прикосновения.

Здесь пень (запястье), Здесь колода (локоть), А здесь ключевая водица (подмышки).	<i>Взять руку ребенка и пощекотать:</i>
--	---

Работа

Цель. Развитие тактильных ощущений ребенка, стимулируя его реакции на прикосновения.

Ивану Большаку – дрова рубить. Ваське-Указке – воду носить. Мишке Среднему – печку топить. Гришке Сиротке – кашку варить. Крошке Тимошке – песенки петь, Песенки петь и плясать.	<i>Правой рукой делать массаж каждому пальцу левой руки, потом наоборот.</i>
---	--

Флажок

Цель. Развитие двигательной-моторной стимуляции. Учить держать флажок, фиксировать и действовать с ним.

Я в руке флажок держу. И ребятам им машу.	<i>Указательный, средний, безымянный пальцы и мизинец прижаты друг к другу, большой палец опущен вниз. Тыльная сторона ладони от себя. Помахать «флажком».</i>
--	--

Зайка-барабанищик

Цель. Развитие зрительного и слухового внимания.

Трам-пам-пам, трам-пам-пам – Зайка бьёт в барабан. Трам-пам-пам, трам-пам-пам – Кто бьёт в барабан?	<i>Педагог произносит стихи, показывает движения с игрушкой, бьёт в барабан, двигая его в разных направлениях. Воспитанник следит за действиями педагога.</i>
--	---

Кто у нас любимый

Цель. Помогать узнавать своё имя; развивать эмоциональную сферу.

Ребёнок лежит на спине, лицом к взрослому.

Кто у нас любимый? (Погладить руки ребёнка.)

Кто у нас счастливый? (Погладить ноги ребёнка)

Женечка (имя ребёнка) счастливый!

Женечка (*имя ребёнка*) любимый!

Погладить всё тело ребёнка.

Кисель

Цель. Развитие обонятельной чувствительности.

Тили-тили, тили-тель Варим вкусный мы кисель. С апельсинами для Сашеньки (<i>нюхаем апельсин</i>), А с лимонами для Лисоньки (<i>нюхаем лимон</i>)	<i>Круговыми движениями руки имитируем размешивание, совместно с ребёнком.</i>
---	--

На лошадке

Цель. Активизировать мышечный и вестибулярный аппарат.

На лошадке скок- поскок Скачет маленький ездок. Через рошу, через бор, Через поле, через двор! <i>Движения взрослого ускоряются.</i> Вот конюшня, вот сарай... Тпру – у! Приехали... Слезай.	<i>Педагог, удерживая ребёнка за спину и плечи, качает его на своих коленях вверх – вниз.</i>
--	---

Игры на развитие мелкой моторики

Игры со шнурками

Стандартные манипуляции со шнурками: это шнуровка, завязывание на шнурках узелков и бантиков. Для шнуровки можно использовать обычную или кукольную одежду и обувь, а также специальные игрушки. Среди многообразных игр – шнуровок для детей с РАС выбираются те, которые непосредственно отражают ситуации, требующие умения шнуровать и завязывать на шнурках узелки и бантики, т.е. игрушки, изображающие

одежду или обувь. Это позволит придать игре понятный ребенку смысл и без проблем перенести выработанный навык в реальную жизнь.

Игры с пуговицами

Пуговицы используются в конструировании, классификации (сортировке), выработке прикладного навыка. Для конструирования и сортировки пуговицы можно выбирать, отталкиваясь от навыков и сенсорных предпочтений ребенка. В коллекцию могут входить пуговицы разных размеров, цветов, форм, материалов (пластик, металл, дерево, ткань), обладающие разной текстурой (гладкие, шершавые, плоские, рельефные) или визуальными эффектами (блестящие, матовые, прозрачные, непрозрачные). При этом следует помнить о безопасности. Детям, которые тянут предметы в рот, предлагать не пришитые к ткани мелкие пуговицы не стоит. Детально познакомить ребенка с принципом застегивания и расстегивания помогут большие пуговицы и широкие петли (например, на одежде крупных игрушек, карнавальных костюмах, держателях для штор и т.д.). Освоив принцип, можно приступить к застегиванию пуговиц на кукольной и обычной детской одежде.

Показать, что петли бывают разными: – обметными, обтачными, вытачными, руликовыми и т.д. Не ограничивать ребенка знакомством с «обычными петельками и пуговками», а демонстрировать все доступные варианты. Богатое разнообразие пуговиц и петель позволяет сделать такую игру очень веселой и захватывающей.

Игры с молниями

Застежки-молнии используются, как правило, для развития познавательной активности и формирования прикладного навыка. Молнии отличаются многообразием цвета, бывают неразъемные, разъемные (расстёгиваются сверху), двухзамковые (расстёгиваются сверху и снизу), пластиковые и металлические, витые и литые, узкие и широкие, со стопором и без.

Увлекательной получается игра с изучением различных моделей, подбором похожих, комбинированием цвета половинок от одинаковых (разъемных) застежек-молний.

Продумывая игры, стоит учесть, что ребенку пригодится умение тянуть собачку молнии вверх, вниз и в сторону, причем зачастую одной рукой. Для выработки таких навыков детям лучше предлагать не отдельно взятые молнии, а вшитые вертикально и горизонтально в одежду, обувь, сумки, игрушки и т.п. В игре полезно объяснить для чего используются застежки-молнии. Можно сложить небольшие предметы в детскую сумку, застегнуть молнию и продемонстрировать, что теперь из нее не выпадет даже самая маленькая игрушка или монетка. Можно предложить ребенку пройтись в расстегнутых сапогах, затем застегнуть молнии и пояснить, что теперь можно смело бегать, не опасаясь, что нога выскользнет. Можно предложить ребенку застегнуть молнию на своей кофте или куртке и подуть, давая понять, что теперь до тела не доберется ветер или холод. Помните, что детям очень важно передавать не только навык, но и смысл его применения. А смысл лучше всего передается в опыте или в эксперименте.

Игры с бельевыми прищепками и канцелярскими скрепками

С помощью декоративных прищепок и разноцветных скрепок можно конструировать интересные, порой неожиданные для ребенка образы и персонажи. Например, можно подготовить различные фигурки из цветного картона, которые при креплении к ним прищепок или скрепок «вдруг превратятся» в солнышко (лучики) или тучку (дождевики), ежика или елку (колючки), зайчика или белку (ушки), птичку, рыбку или зверька (хвост), цветочек (лепестки) или домик (треугольная крыша) и т.д.

Замечательно, когда в конструируемых образах воплощаются любимые персонажи (сказок, стихов, мультфильмов) или недавние впечатления ребенка (попал под дождь, ходил в зоопарк, дарил цветы, ездил на дачу). Таким нехитрым способом развивается не только мелкая моторика, но и образное мышление детей.

Имея под рукой и прищепки, и скрепки, при конструировании одного образа можно использовать то одно, то другое, то все вместе. Тем самым не дается повод привыкнуть к определенному стереотипу использования конкретных материалов и ненароком поспособствуете развитию в игре творческой инициативы ребенка. Со временем он станет сам выбирать материал, достраивая ту или иную фигуру. Прикрепляя к картонным заготовкам не только сами прищепки и скрепки, но и с их помощью яркие атласные, шелковые или гофрированные ленты (особенно в качестве дождинок, хвоста, гривы), можно сделать игру более динамичной. При движении такой игрушки ленты красиво развеваются, привлекая взгляд ребенка и побуждая его двигаться. Движения ребенка и игрушки можно сопровождать ярким смысловым комментарием, способствуя переходу ребенка от элементарного манипулирования предметами к незатейливой сюжетной игре (которую со временем можно развивать и детализировать).

Развесить белье

Закрепить веревку на двух предметах мебели так, чтобы они висели примерно на уровне плеч ребенка. Положить белье в корзину у ног, а прищепки в коробочку справа от корзины. Заставить сначала при помощи рук, а потом жестов и слов сделать следующее: «Возьми один носок (левой рукой), возьми прищепку (правой рукой). Повесь носок на веревку и закрепи его (нажми на концы прищепки, закрепи ее на носке)». Если ребенок затрудняется при выполнении определенных частей задания, например, при вывешивании носка или открытии прищепки, то тренируем эти части отдельно, прежде чем выполнить весь процесс. Тренируемся, например, вывешивать носок на веревку без прищепки или закреплять прищепку на коробке.

Игры с липучками и мозаикой

Вот уж где открывается поистине безграничный простор для фантазии по выкладыванию узоров и всевозможных изображений с детьми с РАС, так это на ковровых ковриках при помощи полосок, кружочков и других

геометрических фигур, изготовленных из липучих лент, или на полях-основах всевозможных пластиковых мозаик. Эти материалы необычны. Они привлекают детей не только яркими красками, но и разнообразием сенсорных впечатлений от звуковых и тактильных ощущений. А самое замечательное, что на фоне такой игры легко можно перейти к совместному действию в рамках одного события. Протягиваем к ребенку ладонь, говорим, что тоже хотим поиграть в эту удивительную игру, просим дать детальку. Протягиваем подходящую в данный момент деталь, предлагаем взять эту, чтоб было красиво. Дети начинают делиться деталями, затем начинают с интересом включаться в совместную творческую деятельность, которая (при верном подходе) способна перерасти в захватывающую игру, подарив радость совместного проживания увлекательных игровых историй и значимых жизненных событий.

Крупы и макаронные изделия

Эти материалы интересны и многофункциональны в плане выполнения всевозможных аппликаций, классификаций, изготовления и украшения поделок. Их можно красить или использовать «как есть». Что может быть проще, чем предложить ребенку рассортировать фасоль и горох по разным мисочкам или емкостям с узким горлышком, чтобы невзначай освоить понятия «светлее и темнее», «больше и меньше», попутно рассказывая о его ценных личных качествах и развивающихся умениях. Но это не все. Щепотью сыпем манку или пшено на лист с рисунком, на который нанесен клей ПВА. Или, к примеру, берем по одной крупинке риса или гречки, чтобы поместить их в небольшой флакон. При многочисленных попытках пальцы начинают складываться как при письме, от движения кистей рук требуется изрядная точность, которую рано или поздно (уставая и промахиваясь) ребенок начинает сознательно контролировать, зрительно отслеживая качество своих движений.

Можно нанизать макароны на нитку, чтобы получились бусы. Посредством таких несложных игр можно подготовить пальчики ребенка к

правильному захвату карандаша, а глаза и кисть — к более точному рисованию и кропотливому письму.

Игры с пластичными массами

Для развития мелкой моторики замечательно подходит лепка. Лепить можно из любой безвредной для ребенка пластичной массы — из пластилина, соленого теста, крахмального теста, кинетического песка, гончарной глины, полимерной глины, и т.д., и т.п. Желательно, чтоб изначально материал был достаточно плотным. Разминая его, скатывая колбаски в ладошках или шарики в пальчиках, ребенок не только готовит материал для работы, но и получает отличный массаж ладоней и пальцев рук. Чем меньше размер деталей для конструкции или аппликации, тем более точными и скоординированными становятся движения пальцев рук ребенка. Однако, размер пластичных деталей желательно уменьшать постепенно. Дело в том, что дети с РАС очень хотят быть успешными и тяжело переносят конкуренцию (в том числе со взрослым, у которого, в отличие от них, «все всегда получается»). Если предложенное задание не покорится ребенку со второго-третьего раза, он может надолго отказаться от него, чтобы избежать риска снова оказаться «неуспешным». Обратите внимание, что из тонких «колбасок», скатанных из пластилина, можно с успехом выкладывать контур рисунка. Также на пластилине, тесте, кинетическом песке можно «рисовать», прочерчивая линии тонкими палочками (зубочистки, спички, старые карандаши и т.п.), делая оттиски самыми разными предметами (начиная от шариков су-джок, колпачков фломастеров, колес машинок и т.д., и заканчивая следами от геометрических фигур и маленьких игрушек). Отпечатки удобнее оставлять, конечно, на тесте и песке — они проще смываются с использованных предметов. Хотя на пластилине след отпечатывается четче. Можно отметить, что подобные игры, помимо мелкой моторики, естественным образом развивают воображение. Особенно в

процессе обыгрывания ситуаций из жизни самого ребенка или его любимых мультяшек.

Пирожки

Цель. Развитие тактильных ощущений, мелкой моторики.

У печи, печи, печи- Испечем мы пироги. Ладушки, ладушки испекли оладушки.	<i>Ладонками имитировать движения лепки пирожков и оладушек.</i>
--	--

Весёлые пальчики

Цель. Развитие тактильных ощущений, мелкой моторики; стимуляция его реакции на прикосновения.

Этот пальчик – маленький, Мизинчик удаленький. Безымянный – кольцо носит, Ни за что его не бросит. Ну а этот – средний, длинный. Он как раз посередине. Этот указательный, Пальчик замечательный. Большой палец, хоть не длинный, Среди пальцев самый сильный. Пальчики не ссорятся, Вместе дело спорится.	<i>На каждые две строчки палец, о котором говорится, сначала потянуть на себя, затем погладить. В конце сжать пальчики в кулачок, разжать и повернуть кистями.</i>
---	--

Пальчики

Цель. Развитие мелкой моторики.

Этот пальчик хочет спать, Этот пальчик лег в кровать, Этот пальчик чуть вздремнул,	<i>Взять ладонь ребенка в руку и загибать пальцы по очереди, начиная с мизинца. Движения</i>
--	--

Этот пальчик уж уснул, Этот пальчик крепко спит, Никто больше не шумит.	<i>замедляются до полной остановки.</i>
---	---

Примеры звуковых игр

Что шумит?

Выбираем несколько предметов, издающих негромкие звуки (слишком сильный звук способен причинить малышу боль). Это может быть шуршащая оберточная бумага, тихий колокольчик, негромкий маракас. Даем ребенку изучить предметы, послушать, как они звучат, запомнить их названия. Затем взрослый отворачивается и немного «шумит» одним из них. Задача ребенка – угадать, что именно звучало. Такая игра для аутичных детей задает начало сосредоточения на звуках.

Высокий – низкий

Для этого упражнения-игры с ребенком-аутистом потребуется игрушечное или настоящее пианино. Нажимая верхние клавиши, рассказываем ребенку, что так капает дождик. Помогаем ребенку поднять руки вверх, комментируя: «Это высокий звук». Затем, нажимая нижние клавиши, рассказываем, что так топает мишка, комментируя: «Это низкий звук». Когда ребенок усвоит разницу, играем звуки и побуждаем малыша выполнять нужные движения. В дальнейшем можно попросить его самостоятельно найти низкие и высокие звуки на инструменте.

Лечебная классика

Эта игра с детьми с РАС, несомненно, станет одной из любимых. Особенно для тех малышей, кто помимо звукового вектора имеет еще и зрительный. Готовим несколько классических аудиозаписей по мотивам детских сказок. Это может быть «Танец феи драже» Чайковского (из балета «Щелкунчик»), отрывок из «Спящей красавицы» и т. д. Также готовим соответствующие картинки и предлагаем показать картинку, соответствующую музыке.

3. Игры и упражнения на развитие речевой стимуляции

Веселая грамматика

Цель. Формирование грамматического строя речи.

Упражнение «Большой и маленький». Педагог называет большой предмет (машина) и дает задание ребенку найти маленький предмет, спрятанный в песке. Обнаружив предмет, ребенок называет: машинка.

Упражнение «Чего не стало?». Педагог использует миниатюрные игрушки и производит действия с ними. Педагог: «Что это?» Ребенок: «Это кубик». Педагог: «Спрячь кубик в песке. Нет чего?» Ребенок: «Нет кубика».

Упражнение «Нет кого?». Педагог прячет в песок игрушки – животных, оставив на поверхности лишь хвост, лапы или ухо. Ребенок должен отгадать, кто спрятался.

Упражнение «Чей хвост?». Для образования притяжательных прилагательных ребенок изменяет слова по образцу: хвост лисы – лисий хвост, хвост зайца – заячий хвост.

Слоговой анализ (игра «Слогин»)

Цель. Развитие фонематического слуха; слоговой анализ слов.

Методические рекомендации: для игры понадобятся заранее заламинированные карточки со словами, которые следуют спрятать в песок полностью: в двухсложных словах ребенок видит только первый слог, в трехсложных – первые два слога. Педагог читает начало слова, ребенок должен назвать его конец. Можно поменяться ролями: ребенок называет (читает) первый слог, взрослый – слог, следующий по смыслу.

Зонтик

Цель. Определение рода существительного; употребление местоимений мой, моя, моё, мои.

Методические рекомендации: для игры потребуются зонтик, украшенный ленточками, на которых с помощью скрепок подвешены предметные картинки в зависимости от лексических тем: «посуда», «мебель», «одежда», «обувь». Педагог вносит зонтик и демонстрирует его,

акцентируя внимание ребенка на картинках. Далее начинает медленно крутить зонтик, предлагая поймать картинку. Задача ребенка: назвать ее, употребив соответствующее местоимение, например, «Чей стул?» или «Чьи тапки?»

Модуль «зонтик» незаменим в процессе логопедической работы с аутичными детьми и активно используется при проведении логопедических игр, являясь ярким демонстрационным материалом, эффективным наглядным средством подачи материала.

Предлагаемые задания являются базовыми в процессе коррекции аутизма и могут быть использованы для изучения любого лексического материала. В зависимости от поставленной цели, достижения желаемого результата, индивидуальных особенностей и возможностей аутичных детей (зоны потенциального развития) их можно дополнить и развить, разнообразить. Знакомясь с видами заданий, игр и упражнений, дети постепенно совершенствуют речевые навыки, запоминают виды работ, правила игр и могут выполнять аналогичные задания с другим речевым материалом благодаря умело подобранным приемам и методам.

На машине ехали

Цель. Научить ребенка подражать движениям через игру.

Взрослый. На машине ехали (крутит руль)

Ребенок. Би-би-би (крутит руль)

Взрослый. Паровозом ехали (движения руками вперед-назад)

Ребенок. Чух-чух-чух (аналогичные движения).

Здесь от ребенка требуется не только поддержать диалог, но и повторять движения. При необходимости используйте помощь второго взрослого. Умение подражать – залог формирования будущих навыков социально-бытовой ориентации и способности к обучению в целом.

Мой веселый, звонкий мяч

Не менее важно для ребенка с РАС усвоить навык передачи хода в игре. Передавая мяч по кругу, дети говорят каждый по одному слову стишка.

Когда стих закончился, можно обратить внимание группы: «У кого мяч? Кто это? Назови по имени?» (остальные дети называют). Или: «Кто ты? Как тебя зовут?» (отвечает тот, у кого мяч).

Подготовка руки к письму

1. Закреплять умение выделять указательный палец своей руки, пользоваться им при выполнении определенных действий, понимать название этого пальца — указательный (игра «Куручка зовёт цыплят — ко-ко-ко»)

2. Учить захватывать щепотью сыпучие материалы (манная крупа, речной песок и т.д.), высыпая в различные ёмкости (игра «Сварим кашку для куклы»)

3. Учить захватывать предметы щепотью, раскладывая большие и мелкие предметы в прозрачный сосуд (опускать мелкие предметы, обращая внимание на захват щепотью)

4. Закрепить умения выполнять движения кистями рук по подражанию (игры «Молоточек — тук-тук», «дождик- кап-кап-кап» и др.

5. Учить проводить прямые и волнистые линии "Дорожка", «Змейка» и др.

6. Учить закрашивать и штриховать, не выходя за контур.

4. Игры и упражнения на развитие памяти, внимания и мышления

Где, что было

Ребенку показывают несколько предметов, лежащих на столе. Когда он отвернется, один из предметов убирают или переставляют. От ребенка требуется указать, что изменилось. Начинать следует с небольшого количества предметов, постепенно его увеличивая.

Найди отличие

Цель. Развитие умения концентрировать внимание на деталях.

Ребенок рисует любую несложную картинку (котик, домик и др.) и передает ее взрослому, а сам отворачивается. Взрослый дорисовывает

несколько деталей и возвращает картинку. Ребенок должен заметить, что изменилось в рисунке. Затем взрослый и ребенок могут поменяться ролями.

Игру можно проводить и с группой детей. В этом случае дети по очереди рисуют какой-либо рисунок и отворачиваются (при этом возможность движения не ограничивается). Взрослый дорисовывает несколько деталей. Дети, взглянув на рисунок, должны сказать, какие изменения произошли.

Ласковые лапки

Цель. Снятие напряжения, мышечных зажимов, снижение агрессивности, развитие чувственного восприятия, гармонизация отношений между ребенком и взрослым.

Взрослый подбирает 6-7 мелких предметов различной фактуры: кусочек меха, кисточку, стеклянный флакон, бусы, вату и т.д. Все это выкладывается на стол. Ребенку предлагается оголить руку по локоть; воспитатель объясняет, что по руке будет ходить «зверек» и касаться ласковыми лапками. Надо с закрытыми глазами угадать, какой «зверек» прикоснулся к руке - отгадать предмет. Прикосновения должны быть поглаживающими, приятными.

Вариант игры: «зверек» будет прикасаться к щеке, колену, ладони. Можно поменяться с ребенком местами.

Разговор с руками

Цель. Научить детей контролировать свои действия.

Если ребенок подрался, что-то сломал или причинил кому-нибудь боль, можно предложить ему такую игру: обвести на листе бумаги силуэт ладоней. Затем предложить ему оживить ладошки - нарисовать им глазки, ротик, раскрасить цветными карандашами пальчики. После этого можно затеять беседу с руками. Спросить: «Кто вы, как вас зовут?», «Что вы любите делать?», «Чего не любите?», «Какие вы?». Если ребенок не подключается к разговору, проговариваем диалог сами. При этом важно подчеркнуть, что руки хорошие, они многое умеют делать (перечисляем, что именно), но

иногда не слушаются своего хозяина. Закончить игру нужно «заключением договора» между руками и их хозяином. Пусть руки пообещают, что в течение 2-3 дней (сегодняшнего вечера или еще более короткого промежутка времени) они постараются делать только хорошие дела: мастерить, здороваться, играть и не будут никого обижать.

Если ребенок согласится на такие условия, то через заранее оговоренный промежуток времени необходимо снова поиграть в эту игру и заключить договор на более длительный срок, похвалив послушные руки и их хозяина.

Игры с чудесным мешочком

Цель. Развитие кинестетических ощущений, восприятия цвета, формы, умения сотрудничать со взрослым.

На левую руку ребенку надевают волшебный «мешочек», в котором находятся изготовленные из плотного цветного картона (из пластика, из дерева) геометрические фигурки. Мешочек должен быть чуть больше ладошки (по краю отверстия пришивается резинка, сам мешочек лучше сшить из ярких разноцветных лоскутков).

Наощупь ребенок левой рукой выбирает по заданию взрослого определенную геометрическую фигуру, а правой рисует на бумаге его контуры. Затем из мешочка вынимается выбранная фигурка, она сравнивается с нарисованной, раскрашивается тем же цветом, что и оригинал. Желательно, чтобы ребенок во время работы произносил вслух название фигуры, цвета и те действия, которые он производит. Игру лучше проводить в такой последовательности: сначала в мешочке должны находиться предметы только одной формы (например, только треугольники, затем - двух форм, трех форм, четырех форм и т.д.

5. Игры и упражнения для домашнего использования

(принимать участие могут все члены семьи в любом удобном месте)

Цель. Формировать целенаправленные действия с предметами. Учить выполнять предметно-игровые действия самостоятельно по словесной инструкции. Знакомить с проблемно-практическими ситуациями, формировать практические способы их решения.

1. «Поймай воздушный шарик!»
2. «Кати мячик!»
3. «Прокати шарики через ворота!»
4. «Покатай зайчика!»
5. «Перевези кубики!»
6. «Посмотри, на какую баночку можно надеть эту крышку?»

7. «Как можно достать из узкой баночки, куда рука не пролезает, нужный тебе предмет?» (например, конфету или что любит ребёнок), (предложить несколько способов: ложка, вилка, палочка, или что-то не удобное, что не помещается в горловину баночки). Пробовать учить давать речевой (жестовый) отчёт о последовательности выполненных практических действий.

Игры на физическое развитие ребенка

1. Учиться ходить по кругу, держась за руки.
2. Учить ходить по дорожке и следам, пролезать под низкими предметами, ходить по шаткой поверхности (с помощью взрослого), заниматься на фитболе (гимнастическом мяче), ходить, держась за верёвочку. Выполнять упражнения по показу взрослого.

3. Учить спрыгивать с высоты (10 см).

Игры на развитие сенсорного восприятия

1. Учить складывать матрёшку путем примеривания и зрительного соотношения.
2. Учить собирать "Пирамиду" путём примеривания и зрительного соотношения.

3. Учить собирать "Почтовый ящик" путем зрительного соотношения.
4. Учить собирать "Вкладыши" путём зрительного соотношения.
5. Учить соотносить игрушку с ее изображением («Покажи, где Машинка», «Покажи, где паровоз»).
6. Учить сличать парные картинки.
7. Знакомить со словами шар, кубик, кирпичик, овал, брусок.
8. Знакомить с названиями основных цветов: красный, желтый, синий, зелёный, чёрный, белый («Дай красный шарик», «Возьми желтую ленточку») и их оттенков (розовый, голубой и т.д.).
9. Учить отличать горячее, холодное, тёплое, кислое, сладкое, сухое, мокрое, шершавое, гладкое, громкий- тихий.
10. Развивать зрительное внимание, подражание, формировать целостное восприятие предмета.
11. Учить ориентироваться в пространстве своего дома, комнаты.
12. Закреплять знание геометрических фигур.
13. Учить соотносить игрушку с соответствующим звукоподражанием: «гав-гав» — собака; «мяу» — кошка; «ку-ка-ре-ку» — петух; «пи-пи- пи» — цыпленок.

Игры на развитие количественных представлений

1. Учить выделять отдельные предметы из группы; составлять группы из одинаковых предметов (ребенок подбирает предметы, родитель сопровождает его действия словами: «Еще мячик, еще ..., еще ..., еще ... Вот как много мячей», выделяя тем самым каждый отдельный предмет, отмечая увеличение их количества и указывая на их множественность), (один-много).
2. Учить различать дискретные (игрушки, предметы) и непрерывные (вода, песок, крупа, бобовые) множества по количеству: много — мало, пустой-полный, как сделать одинаково.
3. Учить показывать и называть единичные и парные части тела и лица (две руки и ноги, один нос и т.д.)

4. Знакомить детей с цифрами. Учить соотносить цифру с количеством предметов. (Это цифра 1-кладём 1 один предмет, 2-кладём 2 предмета и т.д.)

Игры на ознакомление с окружающим

1. Уточнить представления ребенка о себе и родных людях.
2. Манипуляции с игрушками (мяч, машина, мишка, кукла, кубики, пирамидка, шар, самолет, барабан.) (Убедиться, что ребёнок с ними может делать)
3. Закреплять знания помещений дома: игровая комната – тут играют, занимаются; столовая – тут едят; спальня – тут спят; ванна – тут умываются; туалет – садятся на горшок и т.д.
4. Знакомить с дикими и домашними животными (части тела – туловище, голова, уши, глаза, хвост, лапы; как голос подает).
5. Учить показывать и называть основные части тела и лица (руки, ноги, голова, глаза, рот, уши, волосы и т.д.).
6. Знакомить с признаками времён года (осенью дождливо, зимой холодно, снег, лед и т.д.)
7. Знакомить с овощами, фруктами, учить различать их по вкусу.

Игры на развитие и формирование коммуникативных способностей

1. Формирование невербальных средств общения, проявлять интерес к окружающему (людям, действиям с игрушками и предметами).
2. Закрепление указательного жеста, жеста согласия, несогласия; показ пиктограмм: да, нет, я хочу и т.д. (заранее создать пиктограммы).
3. Закреплять выполнение простых речевых инструкций: «дай», «встань», «покажи», «сядь», «хлопай».
4. Дать тактильно почувствовать голосовые реакции взрослых, развитие звукоподражания А, У, О, И, Э.
5. Слушать и проявлять интерес к речевым высказываниям взрослых, потешкам, песенкам, стихам.

6. Побуждать к речевому высказыванию по результатам действий с игрушками («Ляля топ-топ», «Машина би -би», «Паровозик ту-ту», «Дудочка ду-ду»)

7. Учить высказывать или показывать свои потребности. Учить построению фразы из 2-х-3-х слов. (Я хочу пить и т.д.)

Игры на общение с другими людьми

1. Учить наблюдать за предметно-игровыми действиями взрослого и воспроизводить их при поддержке взрослого, подражая его действиям проявлять эмоциональный интерес к игрушкам и действиям с ними.

2. Выполнять предметно - игровые действия, играя рядом со сверстниками, не мешая другим.

3. Выполнение инструкций «где ляля?», «Принеси машину», «Возьми мяч», «Покажи зайку», «Причеши куколку, уложи её в постель спать».

4. Производить с игрушками знакомые игровые действия (кормить куклу, катать в коляске, нагружать в машинку игрушки, перевозить их.)

Воспитывать интерес к подвижным играм.

Изобразительная деятельность

Лепка

1. Учить соотносить лепные поделки с реальными предметами (яблоко, колобок, морковка, огурец и т.д.)

2. Учить выполнять различные действия с пластичными материалами — мять и разрывать на кусочки, соединять их в целый кусок.

3. Учить играть с лепными поделками.

4. Учить раскатывать пластилин между ладонями круговыми движениями («Конфеты-шарики», «Колобок», «Мяч»)

Аппликация

1. Закреплять правила использования атрибутики, необходимой при выполнении аппликации: клей, заготовка для аппликации, бумага для аппликации, кисточка, подставка для кисточки, тряпочка, клеёнка.

2. Учить наклеивать простые заготовки: правильно пользоваться кисточкой, наносить на заготовку клей от середины к краям, переворачивать заготовку, прижимать тряпочкой («Мячик», «Яблоко», «Гриб»).

3. Учить располагать аппликацию на всем пространстве листа бумаги по показу («Клубки для кошки», «Кубики для куклы», «Воздушные шары», «Игрушки на ковре»)

4. Учить наклеивать простые предметы по показу, подготавливая ребёнка к выполнению элементарной композиции («Цветок для мамы», «Бусы для куклы», «Листики на дереве»)

Рисование

1. Учить правильно держать в руках карандаш (Щепотью).

2. Воспитывать интерес к изображениям, выполняемым различными средствами — фломастерами, красками, карандашами, мелками.

3. Формировать представление о рисунке, как об изображении реальных объектов и явлений природы (взрослый рисует и комментирует свои действия: «Я рисую тучку, из нее капает дождик — кап-кап-кап, много воды, получилась лужа», «Вот шарик, к нему рисую веревочку, а вот еще один шарик, нарисуй к нему веревочку»)

4. Учить правильно действовать с изобразительными средствами — рисовать карандашами, фломастерами, мелками («Клубок для котенка», «Клубочки для котят», «Дорожка для матрешки», «Дорожки для зайчика»)

5. Знакомить с рисованием красками: учить правильно держать кисточку

6. Учить детей правильно сидеть за столом при рисовании.

7. Проводить прямые, прерывистые, волнистые, закругленные линии различными изобразительными средствами.

Конструирование

1. Узнавать и называть знакомые постройки и конструкции.

2. Создавать простейшие постройки из строительного материала и палочек.

3. Использовать мягкие модули для постройки объёмных поделок.
4. Строить дома, гаражи, лесенки.

Ручной труд

1. Развивать интерес к трудовой деятельности в целом, к собственным изделиям и поделкам.
2. Знакомить с разными материалами и их свойствами.
3. Учить работать по подражанию, образцу.
4. Учить использовать ножницы, клей, салфетки, тряпочки, кисточку для клея, пластилин.
5. Знакомить с приемами работы с бумагой: складывание пополам, по прямой линии, резание бумаги.

Воспитание культурно-гигиенических навыков

1. Учить последовательным действиям, связанным с мытьем рук, — засучивать рукава перед умыванием, мыть руки с мылом, лицо, вытираться своим полотенцем, следить, чтобы руки были чисто вымыты и насухо вытерты.
2. Учить самостоятельно снимать и одевать одежду и обувь.
3. Учить аккуратно складывать одежду на стул, ставить обувь на место.
4. Учить одевать и снимать верхнюю одежду.
5. Учить не выходить из-за стола, не закончив завтрак, обед, ужин. Есть аккуратно, используя столовые приборы.

Пальчиковые игры для развития мелкой моторики

Движения пальцев и кистей рук ребенка имеют особое развивающее воздействие. В процессе деятельности мышцы рук выполняют три основные функции: органов движения, органов познания, аккумуляторов энергии (и для самих мышц, и для других органов). Если ребенок трогает какой-либо предмет, то мышцы и кожа рук в это время «учат» глаза и мозг видеть, осязать, различать, запоминать.

Значение пальчиковых игр до сих пор недостаточно осмыслено взрослыми. Многие родители видят в них развлекательное, а не развивающее, оздоровительное воздействие. Исследования отечественных физиологов также подтверждает связь развития рук и развития мозга.

Работы В.М. Бехтерева доказали влияние манипуляции рук на функции высшей нервной деятельности, развития речи. Простые движения рук помогают убрать напряжение не только с самих рук, но и с губ, снимают умственную усталость. Они способны улучшить произношение многих звуков, а значит — развивают речь ребенка.

В процессе пальчиковых игр большое внимание уделяется массажу самих пальцев. При этом применяется несколько видов растирания: кругообразное подушечками пальцев, кругообразное ребром ладони, спиралевидное основанием ладони, зигзагообразные и прямолинейные «щипцы». Кроме всех перечисленных массажных приемов, во время игр активно используются встряхивание и поглаживание пальцев.

Гимнастика для пальцев рук не занимает много времени и ее можно проводить родителям со своим ребенком как дома (за столом, на ковре, на диване), так и во время прогулки.

«Помоем руки»

«Я не буду трубочистом! Руки мою чисто, чисто!»	<i>Выполняем движение, как при мытье рук, приговаривая слова:</i>
--	---

«Надеваем перчатки»

«Я перчаточку надену, И все пальчики согрею! Будет, будет всем тепло, Будет, будет хорошо!»	<i>Большим и указательным пальцами правой руки растираем каждый палец левой руки, начиная с мизинца, сверху вниз, в конце растираем ладонь.</i>
--	---

«Засолка капусты»

«Белая капуста, Хрустящие листья! Мы тебя засолим, Будешь вкусной ты!»	<i>Движения ребром ладони правой руки о ладонь левой руки: постукивание, пиление. Движения обеих кистей: имитация посыпания солью, сжимание пальцев в кулак.</i>
---	--

«Строим дом»

«Целый день тук да тук, Раздается звонкий стук, Молоточки стучат, Строят домик для зайчат».	<i>Руки сжаты в кулачки, большой палец поднят вверх – это молоток.</i>
--	--

«Прятки»

«В прятки пальчики играли И головки убирали. Вот так, вот так - Так головки убирали».	<i>Сжимание и разжимание кулачков.</i>
--	--

«Скакалка»

«Я скачу, я верчу Новую скакалку. Захочу, обскачу Галю и Наталку»	<i>Вращательные движения большого пальца.</i>
--	---

«Согреем руки»

«Ох, замерзли наши ручки! Их сейчас согреем! Мы ладошки разотрем, Сил не пожалеем!»	<i>Движения, как при растирании рук.</i>
--	--

«Молоточек»

«Молоточек, молоток В руки мы возьмем! Непослушный гвоздик сами Весело забьем!».	<i>Фалангами сжатых в кулак пальцев правой руки имитируем забивание гвоздей</i>
---	---

«Гуси щиплют травку»

«Гуси ходят по двору, Гуси щиплют травку. Гуси весело играют, Спрячутся под лавку!»	<i>Пальцы правой руки пощипывают кисть левой.</i>
--	---

«Коза»

«У козы торчат рога, Может забодать она!»	<i>Указательный палец и мизинец подняты вверх, остальные пальцы согнуты.</i>
--	--

«Червячки»

«Раз, два, три, четыре, пять,

Червячки пошли гулять.

(Ладони лежат на коленях или столе. Пальцы, сгибаясь, подтягивают к себе ладонь – движение ползущей гусеницы).

Вдруг ворона подбегает,

(Идём по столу указательным и средним пальцами (остальные пальцы поджаты к ладони)

Головой она кивает

(Складываем пальцы щепоткой, качаем ими вверх и вниз)

Каркает: «Вот и обед!»

(Раскрываем ладонь, отводя большой палец вниз, а остальные веером)

Глядь – (разводим руками)

А червячков уж нет!

(Сжимаем кулачки, прижимаем их к груди).

Пальчиковые игры можно также проводить с помощью подручных предметов, которые имеются в каждом доме.

Игра с щеткой для волос «Иголки»

«У сосны, у пихты, елки Очень колкие иголки. Но еще сильнее, чем ельник, Вас уколёт можжевельник»	<i>Ребенок катает щетку между ладонями, приговаривая:</i>
--	---

Упражнение с решеткой для раковины «В зоопарке»

Обычно она состоит из множества клеточек. Ребенок ходит указательным и средним пальцами, как ножками, по этим клеткам, стараясь делать шаги на каждый ударный слог. «Ходить» можно поочередно то одной, то другой рукой, а можно — и двумя одновременно, говоря:

«В зоопарке мы бродили,
К каждой клетке подходили.
И смотрели всех подряд:
Медвежат, волчат, бобрят».

Игра с пробками «На лыжах»

«Мы едем на лыжах, мы мчимся с горы, Мы любим забавы холодной зимы».	<i>Две пробки от пластиковых бутылок кладем на столе резьбой вверх. Это «лыжи». Указательный и средний пальцы встают в них, как ноги. Двигаемся на «лыжах», делая по шагу на каждый ударный слог:</i>
---	---

Игра с грецким орехом «Орех»

<i>Ребенок катает грецкий орех между ладонями и приговаривает:</i>	<i>«Я катаю мой орех, Чтобы стал круглее всех».</i>
--	---

Игра «Пальчиковый бассейн»

В большую коробку с высокими бортиками насыпать много фасоли или гороха, затем помещаем и зарываем поглубже несколько предметов, различных по форме и величине и знакомых ребенку. Ребенок должен опустить кисти рук в «бассейн», найти на ощупь все предметы, приговаривая стихотворение.

«Я найду тут клад, клад!

Буду очень рад, рад!»

Сезонные пальчиковые игры

(можно проводить на улице во время прогулки)

«Осенние листья»

Раз, два, три, четыре, пять, (*Загибают пальчики, начиная с большого*)

Будем листья собирать. (*Сжимают и разжимают кулачки*)

Листья берёзы, (*Загибают пальчики, начиная с большого*)

Листья рябины,

Листики тополя,

Листья осины,

Листики дуба мы соберём,

Маме осенний букет отнесём. (*«Шагают» по столу средним и указательным пальцем*)

«Осень»

Ветер по лесу летал, (*Плавные, волнообразные движения ладонями*)

Ветер листики считал:

Вот дубовый, (*Загибают по одному пальчику на обеих руках*)

Вот кленовый,

Вот рябиновый резной,

Вот с березки - золотой,

Вот последний лист с осинки (*Спокойно укладывают ладони на стол*)

Ветер бросил на тропинку.

«Осень, осень к нам пришла...»

Осень, осень к нам пришла,

Дождь и ветер принесла. (*Дети стучат пальцем левой руки по ладони правой*)

Кап-кап-кап, кап-кап-кап,

Дождь и ветер принесла.

Пожелтел зеленый сад,

Листья кружатся, летят. (*Трут ладонью о ладонь*)

Шу-шу-шу, шу-шу-шу,

Листья кружатся, летят.

Песни птичек не слышны,

Подождем их до весны. (*Кисти рук накрест, движения кистями рук вверх-вниз*)

Чик-чирик, чик-чирик,

Подождем их до весны.

«Зима»

Раз, два, три, четыре, пять (*Загибаем пальчики по одному*)

Мы во двор пришли гулять. (*«Идём» по столу указательным и средним пальчиками*)

Бабу снежную лепили, (*«Лепим» комочек двумя ладонями*)

Птичек крошками кормили, (*Крошащие движения всеми пальцами*)

С горки мы потом катались, (*Проводим указательным пальцем пр.р. по ладони л.р.*)

А ещё в снегу валялись. (*Кладём ладошки на стол то одной стороной, то другой*)

Все в снегу домой пришли. (*Отряхиваем ладошки*)

Съели суп и спать легли. (*Движения воображаемой ложкой, руки под щеки*)

«Зайка серенький сидит»

Зайка серенький сидит

И ушами шевелит.

Вот так, вот так

Он ушами шевелит (*массируем ушки*).

Зайке холодно сидеть,

Надо лапочки согреть.

Вот так, вот так

Надо лапочки согреть (*растираем ладошки*).

Зайке холодно стоять,

Надо зайке поскакать.

Вот так, вот так

Надо зайке поскакать (*прыгаем*).

Зайку волк испугал!

Зайка тут же убежал!

«На елке»

Посмотри: на нашей елке (*сложить ладошки вместе*)

Очень колкие иголки.

От низа до макушки (*показываем низ и верх*)

Висят на ней игрушки —

Звездочки и шарики, (*сложить две руки, словно шарик*)

Яркие фонарики (*крутим фонарики*).

«Снежок»

Копаю, копаю лопаткой снежок (*имитируем движения*),

Построю из снега домик-теремок (*над головой из ладошек делаем крышу*).

И окна, и двери я вырублю в нем,

Почищу дорожки, посыплю песком.

А зайке скажу: «Приходи ко мне жить!
Мы будем, зайчишка, с тобою дружить!»

«Дедушка Мороз»

Ветер тучу-мельницу
Крутит во весь дух (крутим ручками, словно мельница),
И на землю стелется
Белый-белый пух (встряхиваем ладошки).
Закрывайте окна,
Закрывайте двери (соединяем ладошки вместе).
Закрывайте уши (закрываем ушки),
Закрывайте нос (закрываем нос).
Ходит, бродит по дорогам
Старый дедушка Мороз (ходим указательным и средним пальцами)
Щиплет уши, щиплет нос,
Щиплет щёчки дед Мороз (щипаем названные части тела).

«Маша варежку надела»

Маша варежку надела.
Ой, куда я пальчик дела? (загибаем большой палец)
Нету пальчика, пропал
В свой домишко не попал.
Маша варежку сняла.
Поглядите-ка, нашла! (высовываем пальчик)
Ищешь, ищешь и найдешь.
Здравствуй, пальчик (пальчик здоровается, кивает),
Как живешь?

«Белый пух»

Белый пух, снежный пух,
Все-все-все в пуху вокруг.
Пух на шапках (показываем на названные вещи),
Пух на шубках,

Пух на бровках,
 Пух на губках.
 Как щекотно — ух! (щекочем талию)
 Кто щекочет — пух!

«Медведь в берлоге крепко спит»

Медведь в берлоге крепко спит,
 Всю зиму до весны сопит.
 Спят зимою бурундук,
 Колючий ежик и барсук (загибаем пальчики).
 Только зайньке не спится (показываем большой палец).
 Убегает от лисицы (вращаем пальцем).
 Мелькает он среди кустов,
 Напетлял — и был таков (соединяем большой палец правой руки с указательным пальцем левой и наоборот)!

«Весна»

Пальцы складываем щепоткой. Качаем ими.
 Стучат всё громче дятлы,
 Синички стали петь.
(Ладони сомкнуты "ковшом", поднимаем руки вверх, раскрываем ладони, боковые части остаются прижатыми, пальцы растопырены).
 Встаёт пораньше солнце,
 Чтоб землю нашу греть.
 Бегут ручьи под горку,
 Растаял весь снежок,
(Выполняем руками волнообразные движения (пальцы выпрямлены, сомкнуты, ладони повёрнуты вниз)).
 А из-под старой травки *(Ладони сомкнуты "ковшом")*.
 Уже глядит цветок...
(Ладони раскрываются, боковые стороны рук соединяются, пальцы раскрыты, полусогнуты (чашечка цветка)).

А из-под старой травки

Уже глядит цветок,

Раскрылся колокольчик

(Руки стоят на столе, опираясь на локти. Пальцы сжаты в кулак).

В тени там, где сосна,

(Пальцы постепенно разжимаются, свободно расслаблены (чашечка колокольчика)).

Динь-динь, звенит тихонько,

(Качаем кистями рук в разные стороны, проговаривая "динь-динь").

Динь-динь, пришла весна.

«Капель»

«Кап-кап-кап», - капель звенит, (Хлопаем в ладоши)

Словно с нами говорит. (Хлопаем ладонями по ногам)

Плачут от тепла сосульки (собираем слезы в ладошку)

И на крышах талый снег. (Гладим себя по голове)

А у всех людей весною

Это вызывает смех! (Покружимся вокруг себя и улыбнемся)

«Солнышко»

Маленькое солнышко

Я держу в ладошках (показываем ручками маленькое солнышко)

А большое солнце

Вижу из окошка (ручки наверх, обводим руками себя – «большое солнце»)

Маленькое солнышко я беру руками, (показываем маленькое солнышко)

А большое солнце

Высоко над облаками, (поднимаем руки над головой и смотрим наверх)

Маленькое солнышко

Мне в ладошки светит, (показываем руками маленькое солнышко)

А большое солнце

Светит всей планете! (поднимаем руки над головой и разводим в стороны).

«Сосульки»

Шаловливые сосульки (Складываем ручки щепоткой и острым концом показываем вниз по очереди каждой рукой)

Сели на карниз. (Садимся на корточки.)

Шаловливые сосульки (Так же)

Посмотрели вниз. (Наклоняем голову.)

Посмотрели, чем заняться? (Пожимаем плечами)

Стали каплями кидаться. (Взмахиваем кистями рук одновременно)

Целый день идет трезвон:

Дили-дили, дили-дон! (Взмахиваем кистями рук по очереди.)

Пальчиковые игры дают возможность родителям играть с детьми, радовать их и, вместе с тем, развивать мелкую моторику. Благодаря таким играм, ребенок получает разнообразные сенсорные впечатления, у него развивается внимательность и способность сосредотачиваться. Такие игры формируют добрые взаимоотношения между детьми, а также между взрослым и ребенком.

Упражнения на социальную адаптацию детей

(если ребёнок не говорит - используем альтернативные методы- указательный жест и т.д.).

На диване с мамой

1. Учить идентифицировать себя по полу (относить себя к мальчикам или девочкам). (Покажи, где, кто на сюжетной картинке? Что делает мальчик? -сидит на стуле, кто причёсывается расчёской? –девочка и т.д. Посмотри в зеркальце - ты мальчик или девочка? Обращать внимание на различие в одежде и обуви).

2. Учить узнавать и показывать на фотографиях себя и знакомых, близких.

3. Закреплять умение откликаться и называть свое имя.

4. Формировать положительную реакцию на знакомых людей.

На кухне с мамой или бабушкой

1. Формировать интерес к предметно-игровым действиям с игрушками и предметами из ближайшего окружения.

Предложить ребёнку настоящие овощи и их муляжи - ПОКАЖИ ТАКОЙ ЖЕ! ГДЕ СВЁКЛА? и т.д.

«РАЗДЕНЕМ» КАПУСТУ! (ребёнок с увлечением займётся сниманием листочков, чтобы узнать-что внутри?).

Так же можно использовать предметы быта (кастрюльки, тарелочки и т.д.) и объяснять, что, для чего предназначено.

С папой на ковре

УЧИТЬ выполнять 5 - 7 элементарных действий с игрушками (можно с мячом или другими, приносящими удовольствие для ребёнка предметами) по речевой инструкции:

«Возьми...»

«Дай...»

«Держи...»

«Кати...»

«Лови...»

«Брось...»

«Принеси...» и т.д.

ВИЗУАЛЬНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ

Для продуктивной воспитательной работы, для адекватного физического, умственного, духовного и социального развития, реабилитации и интеграции в общество, создаются необходимые условия, в том числе визуальное подкрепление, в разных зонах деятельности детей дошкольного возраста с (РАС).

Руководствуясь методами бельгийского ученого Т. Питерса по адаптивной организации пространства, визуального подкрепления при обучении навыкам самообслуживания, выполнении последовательных действий с предметами в быту, на занятиях и в игре, разработано визуальное подкрепление в нескольких зонах под общим названием **«Я сам»**.

В ванной комнате, в зоне **«Я сам умею мыть руки»** последовательно расположены фото с изображениями действий процесса мытья рук. Данная зона помогает детям, глядя на фото, выполнять действия в определенном порядке, что формирует у них навык самообслуживания, самостоятельность и уверенность в себе.

Зона **«Я сам знаю наше меню»** располагается в столовой (дома на кухне). Здесь находится много различных картинок (фото) с изображением продуктов питания и их названия. Благодаря этому, дети имеют возможность самостоятельно сличать продукты с изображениями на фото. Это позволяет расширять кругозор, пополнять словарный запас, развивать память, внимание и мышление. Более того, при работе с карточками используется глобальное чтение.

В зоне **«Я сам занимаюсь»** используются элементы АВА-терапии и поощрительная стимуляция (выполнил задание – получил фишку, собрал фишки – получил поощрение в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка). Эта зона положительно влияет на развитие внимания, памяти, мышления, воображения и усидчивости детей.

В зоне **«Я сам раздеваюсь и одеваюсь»**, которая находится в раздевалке (в спальне), дети имеют возможность, глядя на фото с одеждой,

установить последовательность снятия и надевания вещей. Все это позволяет совершенствовать память, внимание, самостоятельность, самоорганизованность, сформировать навыки самообслуживания, что оказывает положительное влияние на динамику развития и социализацию детей, а также придает уверенность в своих силах.

Четкий режим дня, продуманное расписание занятий, адаптивная среда (визуальное подкрепление) – дает детям внутреннюю уверенность, ощущение комфорта, помогает переключиться с одного вида деятельности на другой.

«Я САМ» (разрезные картинки)

«Я сам умею мыть руки»



«Я сам знаю наше меню»



СУП



КАША



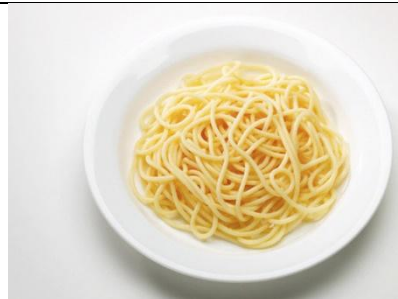
ПЮРЕ



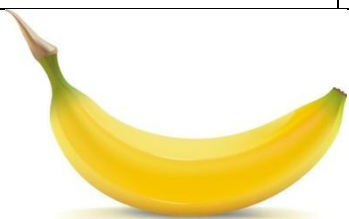
САЛАТ



РИСОВАЯ КАША



МАКАРОНЫ



БАНАН



ЯБЛОКО



МОЛОКО



КЕФИР



СОСИСКИ



СОК



КАКАО

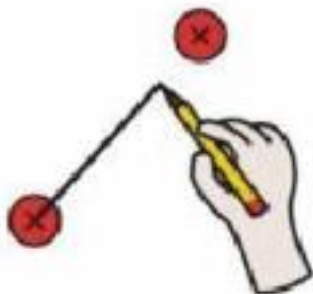
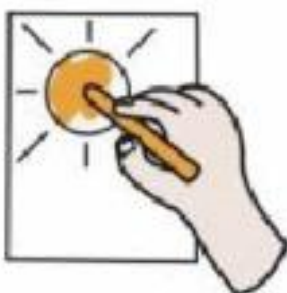
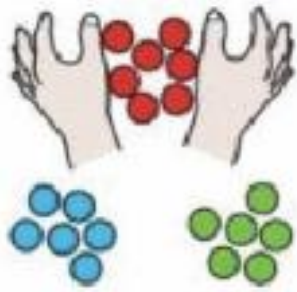
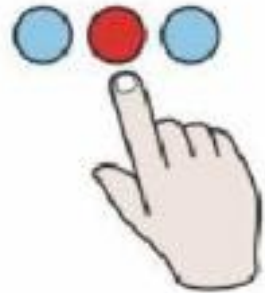
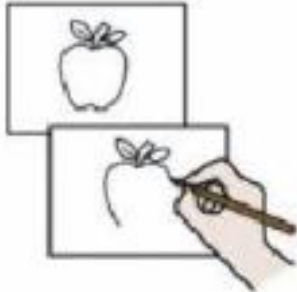


КОНФЕТЫ



КОТЛЕТЫ

«Я сам занимаюсь»

 обведи	 соедини	 нарисуй
 убери	 раскрась	 Какого цвета
 приклей	 разложи	 покажи
 положи	 Что это ?	 скопируй

«Я сам раздеваюсь и одеваюсь»
Одежда для мальчика



ТРУСЫ



КОЛГОТКИ



ШОРТЫ



**СПОРТИВНЫЕ
ШТАНЫ**



ФУТБОЛКА



РУБАШКА



ДЖИНСЫ



СВИТЕР



БОТИНКИ



КУРТКА



САНДАЛИ



**ШАПКА, ШАРФ,
ВАРЕЖКИ**

Одежда для девочки

**ТРУСЫ****КОЛГОТКИ****ЮБКА****ПЛАТЬЕ****ДЖИНСЫ****САНДАЛИИ****КУРТКА****ШАПКА, ШАРФ****КОФТОЧКА****СВИТЕР****ПЛАТЬЕ****САПОГИ**

Основная литература

1. Кустова, Т. В. Аутизм у детей : учебно-методическое пособие / Т. В. Кустова, Т. Е. Таранушенко. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 118 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/167073> — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Проектирование коррекционно-развивающей работы по развитию эмоционально-волевой сферы у умственно отсталых дошкольников с расстройствами аутистического спектра : монография / под редакцией Е. В. Золотковой. — Саранск : МГПИ им. М. Е. Евсевьева, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-8156-1248-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/176289> — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Специальная психология. [В 2 т.]. Том 1 : учебник для вузов / ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Юрайт, 2022. — 428 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-01961-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/490758>

Дополнительная литература

1. Психология здоровья. Социально-психологические, клинические, нейропсихологические проблемы и психологическая помощь : монография / И. С. Алферова, Т. В. Валиева, Е. В. Власова [и др.] ; под редакцией Е. С. Набойченко, Н. В. Жуковой. — Санкт-Петербург : Лань, 2020. — 112 с. — ISBN 978-5-8114-4860-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143688> — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Раздел 3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с комплексными нарушениями развития

В современной дидактике специального образования проблема оптимального выбора коррекционных методов вытекает из каузального принципа - из анализа причин нарушений, определяющих особые образовательные потребности.

Понимание причинности как диалектики взаимоотношений внешнего и внутреннего в жизни человека раскрывает в своих работах С.Л. Рубинштейн.

Он показал, что внешняя причина действует на субъекта опосредованно, преломляясь через внутренние условия – психофизиологические и психологические. Опосредованная внутренними условиями внешняя причина не только меняет внутреннее состояние субъекта, но и выходит вовне, в частности, в виде активности субъекта. Это меняет внешнее окружение индивида и внешнюю причину, воздействующую на него [С.Я. Рубинштейн].

У детей с ДЦП уже сформирована устойчивая патологическая функциональная система в процессе аномально развивающегося мозга. Чтобы заставить ее перестроиться, нужно инициировать нештатный критический период путем направленной, форсированной сенсорной стимуляции.

Врачам и педагогам в ходе проведения восстановительных мероприятий при ДЦП приходится комплексно решать нейрофизиологические, когнитивные, поведенческие и другие проблемы, чтобы помочь ребенку достичь более высокого функционального уровня.

Исследованиями А.Р. Лурии и его учеников доказано, что нельзя изменить мозговую организацию психологических факторов, можно лишь путем различных методов воспитания активизировать различные зоны мозга, которые на каждом конкретном этапе образуют индивидуальный

функциональный ансамбль для опосредования определенного психического процесса или функции.

Понимание процессов коррекции и компенсации нарушений при церебральной патологии требует, прежде всего, рассмотрения вопроса о пластичности мозга, отказавшись от традиционных представлений о структурной стабильности мозга человека. Этот вопрос наиболее точно раскрывается с позиций синергетического подхода.

Синергетика мозга – новое направление в науке, изучающее законы функционирования мозга на основе принципов самоорганизации. Мозг человека чрезвычайно чувствителен к малейшим изменениям, как внешних стимулов, так и внутренних психических процессов. Механизм нейропластичности – это интегративная функция мозга. То есть, мозг постоянно изменяет свое состояние, свои возможности, а значит, находится в неравновесном, неустойчивом состоянии [И.А.Евин].

Мышление человека в большой степени связано с распознаванием образов. В течение жизни человек обучается на большом числе разных множеств, что помогает ему принимать решения в повседневной жизни на основе распознавания этих множеств. Мозг обладает важной особенностью – восстанавливать образ по редуцированным, неполным, искаженным данным. Другими словами, можно восстанавливать неполный образ по фрагменту, по схематичному изображению.

В синергетическом подходе к исследованию работы мозга все основные его функции считаются распределенными между множеством взаимосвязанных нейронов. То есть происходит параллельная, а не последовательная, как это объясняется с позиций традиционного подхода, обработка поступающей информации: например, в зрительном образе отдельно обрабатывается цвет, отдельно – форма, изображение. Такое подразделение нейронных сетей имеет преимущество для хранения информации и развития психических функций в ходе приобретения ребенком социально-культурного опыта.

Нейронная сеть – это активная среда, по которой распространяются волны и возникают синхронизированные возбуждения сразу нескольких нейронов. Нейропластичность мозга – основа обучения в детском возрасте. Процесс обучения нейронных сетей связан со свойством нейронной ассоциативной памяти.

Двигая руками, ребенок сначала случайно касается висящей перед ним игрушки. В этот момент в кору больших полушарий поступает информация с мышц руки о ее положении в пространстве, с мышц шеи – о положении головы, с мышц глазного яблока – о направлении зрительной оси, с рецепторов сетчатки – и видимой игрушке, с кожных рецепторов о прикосновении к ней.

После неоднократного поступления такой разнообразной сенсорной информации постепенно формируются устойчивые условно-рефлекторные связи, одновременно развивается способность определять степень удаленности предмета и ощущать его объемность: о расстоянии до предмета информируют глазные мышцы и бинокулярное зрение. Механизм этого явления связан, по мнению С. Von der Malsburg, с кратковременной синхронизацией активности нейронных сетей.

Синхронизация коррекционных воздействий – это не дублирование задач в рамках каждого метода, а согласованность направленных афферентаций, что позволяет создавать новые самоорганизующиеся нейронные сети, функциональные системы для реализации когнитивных, поведенческих функций взамен патологических нейронных образований.

Нейроны ретикулярной формации связаны с клетками коры головного мозга, гипоталамуса, таламуса, мозжечка и спинного мозга. Ретикулярная активирующая система, которая является частью ретикулярной системы, обеспечивает баланс внутренних сенсорных импульсов. Ретикулярная активирующая система воспринимает нервные импульсы от кожных, слуховых, мышечных и висцеральных рецепторов. Затем эти стимулы интерпретируются и соответствующим образом организуются. Главной

функцией ретикулярной активирующей системы является контроль уровня активности центральной нервной системы, и в частности, степени бодрствования и способности концентрироваться на информации.

Результатом сенсорной стимуляции этой системы является диффузный поток импульсов в разные области коры, что приводит к повышению уровня мозговой активности. Эта система приобретает способность различать разные импульсы для того, чтобы поддерживать определенный баланс. В ретикулярной активирующей системе существует свой уровень адаптации. Для того чтобы вызвать стимуляцию коры, необходим определенный уровень интенсивности импульса. Этот уровень составляет основу нормальных процессов понимания, мышления, эмоций и действий.

Для того чтобы стимул мог вызвать ответную реакцию, он должен быть изменяющимся и значимым. Отсутствие стимуляции или перегрузка могут привести к дезорганизации ретикулярной активирующей системы. В этом случае система стремится компенсировать возникшие изменения. Если эти попытки оказываются безуспешными или стрессорные воздействия внешней среды продолжаются, у человека происходит дезорганизация поведения.

Обобщая представленные нейрофизиологические данные, можно сказать, что процесс коррекции и компенсации нарушений развития детей с церебральной патологией должен быть синхронизированным, согласованным, полимодальным воздействием на несколько уровней церебрального морфогенеза и психогенеза, включенным в интересную для ребенка деятельность.

Информационное взаимодействие ребенка с социальными и физическими объектами окружающего мира должно осуществляться как по сенсорным, так и по эмоциональным, соматовегетативным каналам коммуникации.

Выполнение этих условий требуют создания особой интерактивной дидактико-развивающей среды. Роль педагога заключается в умении манипулировать средой так, чтобы ребенок дал максимальный уровень

реакции. Сбалансированная сенсорная стимуляция является ключевым элементом поддержания процессов возбуждения, которые регулируются, в основном, ретикулярной активирующей системой [MacKinnon-Kesler].

При определении методов реабилитации детей необходимо учитывать следующие условия.

❖ Средовое обеспечение процессов внутрисистемной компенсации.

Компенсация наиболее поврежденной функциональной системы антигравитации у детей с тяжелыми двигательными нарушениями может быть достигнута с помощью специальной предметной среды – постуральных ортезов, которые способствуют созреванию ее структурной и функциональной организации.

❖ Формирование межсистемных связей в полимодальной сенсорной среде.

Сенсорная дезинтеграция, характерная для детей с ТДН устраняется при целенаправленном формировании координации всех звеньев различных функциональных систем. Достижение компенсации внутри одной функциональной системы в сенсорно обогащенной среде с помощью специальных коррекционно-развивающих методов приводит к улучшению деятельности и других систем, в частности, сенсорно-перцептивной.

❖ Воспитание онтогенетических механизмов поведения.

В процессе взаимообмена со средой возникающие в ходе коррекционного воспитания новые стимулы дают новые ощущения и помогают ребенку осознать их. При этом без предварительного обучения включаются как потенциально имеющиеся, но до этого скрытые адаптивные механизмы – врожденные моторные автоматизмы, так и безусловные рефлексы (хватательный, кашлевой, мигательный и др.) в процессе специального воспитания. Все это создает почву для овладения произвольными движениями, навыками социальной активности.

❖ ***Взаимодействие ребенка с окружающим миром.***

Методы, применяемые на телесном уровне, позволяют ребенку познать свое тело, его возможности и обрести желание расширить их в различных видах деятельности. Психический уровень взаимодействия открывает ребенку свойства окружающего предметного мира, явлений природы и закладывает навыки адаптивного поведения. На социальном уровне ребенок расширяет социальный опыт, приобретает навыки общения, самовыражения, личностного саморазвития. Эти способы и приемы включены в различные педагогические коррекционные технологии.

До недавнего времени решение сложнейших задач системного воздействия на несколько уровней церебральной организации, оптимального сочетания методов, имеющих полифункциональную и полимодальную направленность у детей с тяжелой патологией двигательной сферы, вызывало большие трудности.

Большинство применяемых методов коррекции основаны либо на когнитивных программах, либо моторных. Эффективность их мала. Они не позволяют достичь ощутимого эффекта при сложном полисенсорном дефекте, обусловленном патогенетической взаимосвязью отклонений в статикомоторном, психоречевом и коммуникативном развитии ребенка с ДЦП.

На психофизическом уровне коррекционно-реабилитационные методы должны обеспечивать процессы внутрисистемной компенсации и межсистемной интеграции. Воздействие на этом уровне у детей с ДЦП требует специально организованного процесса обучения на основе комплексных нейропсихологических, психофизиологических, психолого-педагогических и социальных программ, основу которых составляют методы специфической стимуляции различных афферентных систем. Использование их дает возможность больному ребенку включиться в предметно-практическую и социально ориентированную деятельность путем оптимизации адаптационных возможностей.

Рациональное сочетание различных методов и средств коррекционного воздействия приводит к тому, что общий развивающий потенциал значительно возрастает при обеспечении их содержательно-смысловой взаимосвязи по принципу синергии.

С появлением в нашей стране отечественного интерактивного игрового оборудования, выпускаемого предприятием «Альма» (Санкт-Петербург), стало возможным объединения различных методов реабилитации в рамках деятельностного подхода, при котором ребенок становится активным участником процесса своего развития.

Широкое его применение в работе с нормально развивающимися детьми показало высокий стимулирующий эффект на сенсомоторное развитие, являющееся, как известно, основой для развития всех ВПФ. Постепенно это оборудование стало активно использоваться и в реабилитационных целях для занятий с детьми, имеющими отклонения в развитии. Занятия на оборудовании предприятия «Альма» направлены на реализацию общеразвивающих, социально-воспитательных и общесоциальных функций [Л.Б.Баряева].

Общеразвивающая функция реализуется по нескольким направлениям:

- *через развитие высших психических функций путем создания проблемных ситуаций и решение их ребенком креативными способами с помощью модульного оборудования;*
- *развитие упорядоченной двигательной активности в организованном трехмерном пространстве, помогающем овладению пространственной ориентировкой, формированию пространственного гнозиса;*
- *развитие мелкой моторики с помощью различных дидактических средств;*
- *развитие сенсорно-перцептивной и моторно-перцептивной сферы;*
- *развитие речи.*

Двигательные импровизации позволяют детям вступать во взаимодействие нетрадиционными способами, эмоционально выразить себя, закрепить в памяти двигательные образы, а через них свои ощущения.

Целью коррекции нарушений моторно-перцептивной сферы у детей с ДЦП является выведение аномальной функциональной двигательной системы из закрытого, устойчивого состояния в открытое, как бы провоцирование нештатного критического периода, в котором система должна перестроиться и переобучиться для адекватного реагирования на условия внешней среды. Форсированная сенсорная стимуляция облегчает прием афферентной информации, стимулирует развитие нейронов и межнейронных связей.

Разнообразие оборудования для развития вестибулярной системы, вносящей наиболее существенный вклад в интегративные процессы, оказывает мощное корректирующее и развивающее действие, которое имеет следующее нейрофизиологическое обоснование.

Вестибулярная система связана с информацией от движений головы, тела во всех направлениях и обеспечивает постуральную регуляцию, включая движения туловища, конечностей и даже глаз.

Вестибулярная система определяет эффект гравитации, позволяющий усвоить представления о верхе и низе, базовые пространственные понятия, связанные с центром тяжести, что важно при реакциях равновесия и освоении геоцентрической схемы позы. Она регулирует ускорение и замедление движения по линейным и угловым траекториям, ответную реакцию на вибрацию.

Организуя различные подвижные игры в обогащенной сенсорной среде, педагог формирует:

- *способность к межмодальному синтезу: зрительно-кинестетической, зрительно-слуховой, слухо-кинестетической, тактильно – проприоцептивной модальности и их сочетания;*

- *способность к трансмодальному переходу: вестибулярной, кинестетической модальности в зрительную, зрительной в слуховую модальности и т.д.;*

- *модально специфическую память: запоминание и воспроизведение стимулов зрительной, слуховой, кинестетической и других модальностей;*

- *реципрокные межполушарные взаимодействия при выполнении серийных, разнонаправленных одновременных движений конечностей и глаз.*

Разнообразная вестибулярная, проприоцептивная и тактильная игра позволяет ребенку развивать восприятие формы и пространства, что является основой для сложных предметных орудийных действий и для более сложных видов познавательной деятельности, таких, как распознавание букв и цифр. Первоначально подчиняясь логике элементов игрового оборудования, дети постепенно начинают вырабатывать логику собственной произвольной двигательной активности.

Важным результатом моторно-перцептивного воспитания с помощью интерактивного оборудования «Альма» является овладение способности выработки моторного плана: «это способность мозга разрабатывать, организовывать и выполнять последовательность незнакомых действий» [G.Ayres].

Как только мозг ребенка становится способным интегрировать всю сенсорную информацию, т.е. тактильные, проприоцептивные, вестибулярные, визуальные, слуховые и обонятельные ощущения, у него вырабатываются образцы сложно организованных локомоторных движений.

Затем он уже готов предвосхищать свои моторные реакции в ответ на изменяющие условия окружающего мира. Этот процесс является необходимым компонентом деятельности от манипулирования погремушкой до одевания одежды, написания алфавита и произнесения законченных предложений, то есть, сложных практических функций.

Для детей с тяжелыми моторными нарушениями характерна недостаточность качества перцептивных действий рук, которые долгое время

остаются на примитивном уровне и носят установочный или фиксирующий характер. Однако у них более успешно и с опережением развиваются компенсаторные *оптико-моторные перцептивные действия*, подкрепляющиеся слабыми телесными кинестезиями, возникающими при активных поворотах головы и пассивном перемещении тела ребенка – на руках взрослого, в инвалидной коляске, постуральном ортезе, при передвижении на машине. Активно развивающаяся зрительно-мышечная кинестетическая афферентация, возникающая при движении глаз, обеспечивает синтез различного рода информации в сенсорно-перцептивный образ окружающего мира при условии речевого опосредования, осуществляемого взрослым.

Как отмечает Ю.И. Александров, соместезия, получаемая от передвижений тела, изменений позы, даже движений головы, которые всегда пространственно ориентированы относительно гравитационной вертикали, позволяет формировать связь между внутренними представлениями и экстраперсональным пространством. Переход от одной системы координат к другой (от эгоцентрической к экзоцентрической) оказывает влияние на восприятие, переработку сенсорной информации, интерпретацию сенсорных сигналов.

Об участии соматосенсорной системы в формировании наглядно-образного мышления писал в своих исследованиях и американский нейрофизиолог К. Прибрам, указывая на ее способность комбинировать информацию из разных мест, от разных модальностей и в разные моменты времени, не уступающую зрительной и слуховой системам.

В.Н. Лебедев показал в своих исследованиях, что вестибулярный анализатор участвует в формировании «постуральной модели самого себя» совместно со зрительным. Овладение ребенком сложными формами постуральных тонических реакций, обеспечивающих удержание тела в пространстве, фиксацию поз, возможность вычленения и воспроизведения изолированных движений, позволяет формироваться схеме тела и

целостному представлению о соотнесенности собственного тела с окружающим пространством.

Обогащенная сенсорная среда оказывает опосредованно благоприятное воздействие и на *социально-деятельностном уровне* ребенка через его собственные действия, алгоритм которых задается педагогом, а логика действия определяется игровым оборудованием. Происходит его взаимодействие ребенка с окружающим миром предметов, эмоций, знакомство с различными сферами деятельности людей.

Ориентировочно-исследовательская деятельность в дошкольном возрасте может быть организована и другими путями: в ходе систематического, положительно окрашенного, разнообразного взаимодействия со взрослым, благодаря чему наблюдение у ребенка может быть развито до относительно высокой степени и стать самостоятельным произвольным действием, внутри которого начинают формироваться особые способы рассматривания, поиска; на основе зрительной ориентировочной деятельности.

Другими словами, чтобы этот компенсаторный механизм реализовался, чтобы осуществилось иное сенсорно-перцептивное обеспечение ориентировочно-исследовательской деятельности, необходима целенаправленная коррекционно-педагогическая работа в специально организованной коррекционно-развивающей среде. Только в условиях обогащенной интерактивной полисенсорной среды происходит формирование новых систем мотивов и новых программ поведения.

Двигательное развитие посредством игр с помощью ярких мягких модулей позволяет создавать различные ситуации, в которые включены эмоциональные и когнитивные компоненты, что в конечном итоге способствует гармоничному развитию ребенка.

Ребенок, благодаря направленной активности в ходе использования дидакто-развивающих средств:

- *открывает свойства окружающего предметного мира, явлений природы;*

- *овладевает навыками адаптивного поведения;*

- *расширяет свой социальный опыт;*

- *приобретает навыки невербального общения.*

Все это способствует личностному саморазвитию ребенка, расширению «зоны ближайшего развития», улучшению качества жизни.

Таким образом, правильно организованное сочетание методов в коррекционно-развивающем полимодальном комплексе оказывает благоприятное воздействие и дает положительный синергетический эффект – повышение самостоятельной активности и самореализации ребенка в интересной для него деятельности, проявление его потенциала развития, который в дальнейшем позволил ребенку повысить уровень социальной адаптации.

Основной задачей работы с детьми, имеющими тяжелые проявления ДЦП, характеризующиеся нарушением формирования постуральных навыков (сидения, стояния), является развитие у них вертикальной установки тела и сидячей позы и, на этой основе, воспитание функций статики, локомоции, движений рук.

Личностно-ориентированная модель взаимодействия ребенка с ДЦП и взрослого отражает единый педагогический замысел коррекции имеющихся нарушений в обогащенной интерактивной дидактико-развивающей среде с помощью инновационных методов медицинской реабилитации и психолого-педагогической коррекции, а именно:

- *Постуральная терапия*
- *Способ статической проприоцептивной стимуляции постуральной функции*
- *Сенсорная интегративная терапия*
- *Кинезитерапия*
- *Эрготерапия*

- *Динамическая проприоцептивная коррекция*
- *Способ коррекции зрительного восприятия у детей с тяжелыми двигательными нарушениями*
- *Базальная стимуляция Фрелиха*
- *Коррекционно-развивающее обучение методом замещающего онтогенеза.*

Включение постуральной терапии в коррекционно-развивающий процесс

Новой технологией реабилитации детей с тяжелыми моторными нарушениями является **постуральная терапия**, основанная на искусственной инициации становления нормальных статико-моторных навыков [Симонова Т.Н., Симонов В.Г.]. Она осуществляется с помощью метода статической проприоцептивной стимуляции постуральных рефлексов в полимодальной, полифункциональной среде.

«Способ статической проприоцептивной стимуляции постуральных рефлексов» предназначен для детей, не способных самостоятельно сидеть, стоять и действовать руками. Этот метод отражает специфику междисциплинарного взаимодействия, сочетая в себе мероприятия медицинской реабилитации и психолого-педагогической коррекции. Он направлен на предотвращение формирования деформаций суставов и позвоночника, профилактику соматических заболеваний, развитие интереса к окружающему миру и желание контакта с ним, стимуляцию ортостатической позы и активизацию функции верхних конечностей, обогащение сенсорной организации.

Формирование положений тела «сидя» и «стоя» производится в постуральных ортезах: попеременно в корсете-сиденье и корсете-вертикализаторе во время чередующихся и повторяющихся в течение дня коррекционных и игровых занятий, при проведении мероприятий досуга, кормления с общим нахождением в ортезах до 5-6 часов в день.

Нейрофизиологическим обоснованием применения способа является восстановление или компенсация деятельности функциональной системы антигравитации и развитие постуральной функции. Развивающиеся вследствие этого механизмы произвольного постурального контроля способствуют выработке навыков сидения и стояния и приводят к развитию всех функциональных систем и интегративной деятельности мозга в целом.

Психолого-педагогическим основанием применения способа является положение о том, что адаптация человека в окружающей среде возможна лишь при условии становления сложной функционально-динамической связи двигательной, речевой и психической деятельности. Вертикальная установка тела имеет первостепенное значение в развитии основных психических функций, познавательной мотивации ребенка и реализации генетических механизмов позной регуляции.

Совместное использование постуральных ортезов и интерактивного дидактико-развивающего комплекса «Солнышко» обеспечивает формировании координации всех звеньев различных функциональных систем. Достижение компенсации внутри одной функциональной системы в сенсорно обогащенной среде приводит к улучшению деятельности и других систем, в частности, сенсорно-перцептивной.

Сенсорная интегративная терапия в обогащенной сенсорной среде

Одним из эффективных методов, оказывающих комплексное воздействие на сенсомоторное развитие ребенка с ДЦП, является сенсорная интегративная терапия, разработанная американским эрготерапевтом Джин Айрес в 50-х годах XX в.

Включение интерактивного дидактико-развивающего комплекса (ИДРК) «Солнышко» в сенсорную интегративную терапию с помощью модульного оборудования ООО «Альма» помогает решению следующих задач:

- *Научить ребенка вызывать целенаправленное, точное, эффективное действие, что способствует улучшению мозговой организации и формированию субординации вышележащих структур.*

- *Развить самоконтроль, способность к управлению своим телом в условиях полимодальной окружающей среды, что в дальнейшем позволит осуществлять разнообразные адаптивные действия, подавлять реакцию на нежелательные или неблагоприятные стимулы внешней среды, адекватно отвечать на них и совершенствовать свои возможности.*

- *Формировать механизмы и основные способности, относящиеся к сенсомоторному уровню, служащему фундаментом для развития всех ВПФ.*

Путем направленных коррекционных воздействий можно активизировать те или иные зоны мозга специфическим для них образом, то есть, направленно сформировать новые межфункциональные зрительно-моторные, зрительно-кинестетические, слухо-моторные координации с применением одновременной, опосредованной стимуляции различных сенсорных центров.

Преимуществом сочетания метода сенсорной интегративной терапии с ИДРК «Солнышко» является максимально полное обеспечение требований

тщательность подбора дидактического материала, который организует планомерный и контролируемый сенсорный поток для того, чтобы вызвать нормативную или приближенную к ней реакцию.

ИДРК «Солнышко» обеспечивает индивидуальную скорость возникновения адаптационного ответа, связанного с разными сенсорно-перцептивными возможностями или разным уровнем интереса к стимулу у детей и избегание форсирования ответной реакции при задержке ее появления у ребенка.

Ребенок должен получать удовольствие от взаимодействия при предъявлении стимула, поэтому необходимо предлагать выполнение задачи, имеющей понятный для него смысл. Только в этом случае мозг ребенка воспринимает поступающие извне раздражения, отфильтровывает

поступающую от различных функциональных систем информацию в коре больших полушарий, где осуществляется сложная аналитико-синтетическая деятельность по ее переработке. Так формируется адаптационная ответная двигательная реакция и постепенно закрепляется индивидуальный опыт.

Формы проведения занятий сенсорной интеграции вариативны – от индивидуальных сеансов сенсорной стимуляции до подвижных игр, игродраматизаций. Они имеют свои особенности при проведении занятий с детьми, имеющими тяжелые двигательные нарушения в сочетании с тяжелой дизартрией и сенсорными расстройствами – снижением слуха, зрения.

Прежде всего, требуется внимательно относиться к малейшим изменениям поведения ребенка и его физического состояния: изменению цвета кожных покровов лица, конечностей, потливости, учащению или замедлению дыхания, сонливости или вялости, агрессии, устойчивому избеганию контактов (например, ребенок отворачивается, сопротивляется), изменению мышечного тонуса. При появлении этих признаков следует сразу же прекратить воздействие и обеспечить комфортное положение ребенка.

Важно помнить, что чувствительность к разнообразным сенсорным стимулам, особенно к вестибулярным, у этих детей весьма индивидуальна. Для них характерны гравитационные страхи. Кроме того, сенсорное перенасыщение перегружает центральную нервную систему и может усугубить имеющиеся расстройства.

Необходимо дозировать сенсорную нагрузку и сочетать методы стимуляции с методами релаксации, что обеспечивает большой арсенал оборудования «Альма».

Базальная стимуляция А. Фрелиха в интерактивной дидактико-развивающей среде

Детей, у которых отсутствуют элементарные моторные навыки, не владеющих навыками вербальной и невербальной коммуникации, очень сложно понять, часто приходится руководствоваться лишь предположениями. Поэтому главной задачей работы с этой категорией детей

становится улучшение восприятия, стимуляция интереса к окружающему, познания самого себя и своего тела.

В этом случае наиболее адекватным будет использование оборудования «Альма» вместе с *методом базальной стимуляции А. Фрелиха* с целью воздействия одновременно на когнитивном, телесном и эмоциональном уровне. Воздействие на базальный сенсомоторный уровень с учетом общих закономерностей онтогенеза вызывает активизацию всех высших психических функций (ВПФ) - эмоций, восприятия, памяти, процессов саморегуляции. При этом связующим звеном являются движения, организующие взаимодействие между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

Специально созданная среда, наполненная звуковыми, тактильными, зрительными раздражителями на стабильном положительно окрашенном эмоциональном фоне помогает ребенку вступать во взаимодействие, начинать примитивный диалог, повторяя за взрослым или за ребенком с большими речевыми возможностями звуки, простые движения.

Так, постепенно в ходе различных занятий создаются условия, позволяющие детям получать активную полимодальную стимульную информацию. Именно при вовлечении сенсорных процессов в манипулятивную, игровую, предметно-практическую деятельность формируются перцептивные действия.

Использование кинезитерапии в развитии и коррекции двигательных навыков

В реабилитации детей с ДЦП применяются различные методы кинезитерапии, направленные на коррекцию и формирование базовых моторных функций и навыков общей моторики.

Особое значение в кинезитерапии придается последовательности применения в занятии поз и видов движений. Каждое из предлагаемых упражнений – источник запуска различных физиологических механизмов, способствующих совершенствованию общей двигательной активности

ребенка. Волевые, активные движения для тренировки мышц больным ДЦП подходят мало.

Задачи кинезитерапии:

1. Уменьшить патологический тонус мышц, то есть сделать его таким, при котором пассивные и активные движения достаточно свободны.

2. Увеличить силу и работоспособность ослабленных мышц и восстановить нормальные реципрокные взаимоотношения между группами мышц.

3. Выработать у ребенка образцы движений, способствующих нормализации мышечного тонуса, противодействию силе тяжести, сохранению равновесия, созданию возможности самостоятельного передвижения.

4. Подавить патологические двигательные реакции и урегулировать безусловно рефлекторную сферу.

5. Предупредить формирование патологических поз, развитие контрактур и деформаций.

6. Улучшить координацию движений.

7. Стабилизировать прямое положение тела, обучить самостоятельному сидению, стоянию и ходьбе, улучшить общую двигательную активность пациента.

8. Закрепить выработанные движения в повседневных ситуациях и движениях, необходимых для самообслуживания ребенка.

9. Обучить родителей методам лечебного ухода и доступным коррекционным мероприятиям.

10. Совместно с эрготерапевтом обучить самообслуживанию и усвоению основных видов бытовой деятельности.

Среди методов кинезитерапии, прежде всего, используется *лечение положением* с использованием модульного оборудования.

При проведении *лечения положением* для закрепления навыка удержания головы и движений проксимальных отделов рук (топокинезий)

ребенка размещают на треугольной форме в виде клина. Включая в двигательную задачу выполнение игровых действий, кинезитерапевт достигает не только решение двигательной задачи, но и опосредованно формирует зрительно-моторную координацию и зрительно-пространственный гнозис с помощью планшета форм.

Метод терапевтического моторного воспитания М. Le Metayer заключается в комбинировании в онтогенетической последовательности различных цепочек движений с помощью специальных приемов, приводящих в действие постуральные локальные механизмы на уровне конечностей, туловища и головы.

Отдельным приемам обучаются родители ребенка и лица, ухаживающие за ним. Эта техника не требует от ребенка высокого уровня понимания, так как основана на врожденных автоматизмах. Как только ребенок начинает предпринимать собственные попытки к произвольному движению, кинезитерапевт уменьшает интенсивность мануального управления и в большей степени опирается на зрительную и слуховую стимуляцию.

Автоматизация освоенных движений происходит путем закрепления их в ситуациях повседневной жизни. Эффект автоматического расслабления с помощью мануальных воздействий обычно преходящий, но ребенок успевает запомнить ощущение произвольно выполненного движения и постепенно учится контролировать их.

«Динамическая проприоцептивная коррекция» (ДИПРОКОР).

Ребенок в нагрузочном костюме «Гравистат» перебирается с одной формы из мягкого модуля на другую, постепенно обогащает репертуар двигательных навыков - лазания, ползания, переступания, перекатывания и т.д.

Такое сочетание медицинских методов и дидактико-развивающих средств оказывает воздействие на все виды афферентаций, в первую очередь, вестибулярную, проприоцептивную и кинестетическую с помощью гамаков,

двигающихся досок, горок, валиков, надувных мячей, «тоннелей», мягких форм.

В адаптивном физическом воспитании широко используются различные игровые предметы из дидактико-развивающего комплекса, что мотивирует ребенка на совершенствование двигательных качеств, формирует потребность в двигательной активности.

Разработка программ моторного развития в АФВ опирается на ряд общих законов онтогенеза:

- **Закон преемственности** функций отражает этапность развития.
- **Закон перекрытия стадий** объясняет способность ребенка осваивать одни двигательные функции одновременно с совершенствованием предыдущих.
- **Закон последовательности дифференциации:** последовательное формирование общих движений, захватывающий все сегменты конечностей и туловище с постепенным вычленением движений отдельных сегментов конечностей, вплоть до дистальных отделов.
- **Цефало-каудальный закон** определяет последовательность развития движений от головы к нижним конечностям.
- **Проксимо-дистальный закон** касается развития движений частей тела по отношению к средней линии – от ближних (проксимальных) до дальних (дистальных).
- **Закон основной оси:** движения ребенка совершенствуются в плоскости, параллельной его основной оси или средней линии тела, проходящей по позвоночнику. Она может быть горизонтальной, когда ребенок лежит, и вертикальной, когда он сидит или стоит.

Дидактическими требованиями при формировании навыков владения телом детей с ДЦП являются следующие:

1. Создание запаса простых движений с их постепенным усложнением в ходе повседневной активности.

2. Стимуляция словесной регуляции при выполнении физических упражнений.

3. Максимальная активизация познавательного интереса по мере увеличения двигательных возможностей.

4. Опора на сохраненные функции и потенциал развития ребенка.

Способ коррекции зрительного восприятия у детей с тяжелыми двигательными нарушениями

Способ коррекции зрительного восприятия у детей с тяжелыми двигательными нарушениями, заключается в воспитании зрительно-моторных функций, которое проводится:

- *системно - в ходе индивидуальных специальных коррекционных занятий учителя-дефектолога, при включении отдельных упражнений в занятия других специалистов (логопеда, психолога, педагога по изобразительной деятельности), а также в процессе интегрированных занятий нескольких специалистов;*

- *поэтапно – в 4 этапа: формирование фиксации взора, плавного прослеживания взора, зрительной поисковой стратегии, зрительного контроля;*

- *систематически и комплексно - 3 коррекционных занятия в неделю в сочетании со способом статической проприоцептивной стимуляции постуральных рефлексов, а также ежедневно в домашних условиях.*

Занятия на всех этапах проводятся как в условиях светлой сенсорной, так и темной сенсорной комнат, чтобы можно было работать с контролируемыми источниками света.

В этой работе достигается положительный результат не только со стороны зрительного восприятия, но и познавательной функции в целом, что является важной предпосылкой к обучению ребенка.

Эрготерапия у детей с ТДН включает создание ребенку комфортных и безопасных условий жизнедеятельности с помощью специально изготовленных или адаптированных приспособлений, а также обучение

пользованию ими, воспитание навыков самообслуживания, бытовой, предметной деятельности, общения, удовлетворения основных жизненных потребностей, самостоятельности.

Это комплексная медико-психолого-педагогическая технология, позволяющая своими методами, приемами и средствами обеспечить максимально возможную независимость ребенка с тяжелой инвалидностью на всех уровнях:

- **на уровне индивида:** облегчает условия выполнения различных видов деятельности;

- **на личностном уровне:** благоприятствует перестройке личности, развитию потенциальных возможностей;

- **на уровне окружающей среды:** создает условия для проведения коррекционных, развивающих занятий с учетом индивидуально-типологических особенностей ребенка. Например, помогает организовать пространство рабочего места для ребенка, имеющего одностороннее ограничение поля зрения, создать условия для участия в совместных играх в группе ребенка, находящегося в кресле-коляске или в ортезе – корсете-сиденье, заменить клавиатуру или мышь особым контактором ребенку с трудностями манипулирования клавиатурой компьютера, научить ребенка, персонал и родителей особому способу одевания, приему быстрой релаксации мышц. Эрготерапевт адаптирует дидактическую среду: изготавливает пособия для дефектолога по развитию зрительно-пространственной функции, для педагога по изо-деятельности помогает в изготовлении специальных принадлежностей, в выборе приемов для формирования графических навыков с использованием современных информационных технологий; консультирует логопеда в обучении навыкам кормления детей с дисфагией, альтернативным способам общения;

- **на уровне домашней среды ребенка:** обучает родителей приемам ухода и формирования навыков самообслуживания, консультирует по вопросам переоборудования игрового уголка, ванной для обеспечения

доступности. Все эти меры облегчают уход за ребенком, способствуют оптимизации детско-родительских отношений, укрепляют семейные связи, восстанавливают социальные контакты.

Альтернативная или поддерживающая коммуникация

Ребенок с тяжелыми речевыми нарушениями при ДЦП испытывает дефицит общения, потребность в понимании окружающими. У детей с тяжелыми речевыми нарушениями выявляются следующие проблемы: инициатива общения принадлежит не им; окружающие часто обращаются к ним, когда они хотят общаться, а не ребенок; в лучшем случае общение ограничено с жизненными потребностями; дети привыкают к пассивной роли в общении.

Для создания условий взаимодействия, коммуникации с окружающими используются альтернативные коммуникативные технологии, которые позволяют научить детей:

1. Способам передачи сообщения, желаний, потребностей, привлечения внимания к себе.
2. Коммуникативным навыкам через повседневные ситуации и деятельность.
3. Пользованию коммуникативными таблицами, состоящие их усвоенных пиктограмм, коммуникативными кляссерами, соответствующими реальному импрессивному словарю ребенка.
4. Умению пользоваться невербальным средствам общения всех детей, в том числе, говорящих, чтобы обеспечивать равные возможности для всех детей по коммуникации.

Эти технологии требуют следования некоторым правилам:

- Постоянно создавать режим поддерживающей коммуникации наглядными средствами, навыками совместного общения, играми, в том числе жестово-мимическими.

- Выделять в течение каждого дня время на коммуникацию (по 10-15 минут), обсуждая события текущего или прошедшего дня.

- Учиться создавать активные коммуникативные ситуации, в которых ребенок высказывает просьбу, демонстрирует свой выбор, личное отношение к ситуации.

- Постоянно сверять свои действия в этом направлении с информацией, получаемой от родителей, записывая важные моменты проявления коммуникативной активности ребенка в его кляссер, пополняя его за тем соответствующими пиктограммами, фотографиями, картинками.

- Создавать индивидуальные коммуникативные кляссеры с обязательным перечнем усвоенным ребенком словарем в течение каждого учебного года. Сделать его динамичным и удобным для использования.

- Уметь пользоваться альтернативным способом коммуникации всеми сотрудниками и родителями.

Среди средств альтернативной коммуникации выделяют следующие:

- коммуникация с помощью предметов повседневной жизни на начальной стадии овладения технологией. Такой способ коммуникации дает человеку возможность с помощью предметов получить представление о последовательности событий в течение дня и понимать, что происходит в данный момент, что его ожидает в ближайшее время;

- коммуникация с помощью фотографий и изображений реальных предметов из окружения ребенка. Можно использовать наборы картинок, на которых изображены только предметы. Не рекомендуется использовать картинки с изображением человека в процессе выполнения действий (мальчик пьет из чашки), поскольку в этом случае ребенок будет рассматривать изображения как книжку с картинками и не станет использовать их для коммуникации;

- коммуникация с помощью графических символов (пиктограмм). Это карточки PECS, система Р. Леба, метод САТ, система Блисса, «Тач ен Ток» и другие.

В частности, метод Леба включает 60 символов (пиктограмм) с напечатанными над рисунками значениями, которые подразделяются на:

- Общие знаки взаимопонимания
- Слова, обозначающие качество
- Сообщение о состоянии здоровья
- Посуда, продукты питания
- Предметы домашнего обихода
- Личная гигиена
- Игры и занятия
- Религия
- Чувства
- Работа и отдых.

Кроме этих систем существуют такие, как

Ежедневно повторяющиеся действия, такие, как еда, питье, туалет, мытье рук, игры, отдых и т.д., содержат ситуации и предметы, а также связанные с ними ощущения, которые дают богатый материал для запоминания. Они могут быть представлены в виде символов, обозначающих понятия, как, например, теплый – холодный, большой – маленький, много – мало, колбаса – хлеб.

Чем труднее ребенку с множественными нарушениями освоить понятие, тем больше конкретных ситуаций и примеров, предметов, фотографий, картинок и рисунков должно быть применено для приобретения и усвоения этого понятия.

Как правило, достаточно ввести один символ с помощью одного или двух примеров (фрукты: яблоко). Затем это понятие можно расширить на многих других примерах (фрукты: яблоко, груша, банан, апельсин и т. д.) для формирования основных понятий. Затем они вводятся в коммуникацию с помощью вопросов: «Ты хочешь яблоко?» Ребенок отвечает «да» и «нет» любым доступным способом - кивком головы, взглядом, движением руки. Недостаточно только показать символ, обязательно следует произносить в

этот момент слово, сопровождать его жестами и мимикой. С помощью слов передается, в основном, информация, а с помощью жестов – различное отношение к этой информации, а иногда жесты могут заменять слова.

В начале обучения языку жестов используются только жесты, обозначающие понятия, важные для ребенка. Он должен понимать простые предметы и действия. Постепенно в него включаются все новые жесты, которые обозначают, интересующие ребенка понятия. Позже ребенок при помощи жестов сможет строить небольшие предложения, например, «пойдем туда» или «я хочу» и другие.

При работе с графическими символами следует придерживаться определенных правил:

- *использовать определенный набор символов, определенную коммуникативную систему;*
- *осуществлять выбор символов, понятных ребенку;*
- *все символы должны сопровождаться речевыми комментариями;*
- *все символы должны сопровождаться словесными обозначениями образа, чтобы партнеры по коммуникации, которые могут читать, могли лучше понять неговорящего «собеседника»;*
- *пиктограммы должны быть прочными и водостойкими для долговременного их использования.*

Бихевиористский метод, основными средствами которого являются речевой тренинг, большое количество заданий при участии нескольких человек, а также естественно возникающие ситуации, которые используются при обучении коммуникативным навыкам. Ребенок принимает участие в индивидуальных педагогических занятиях, на которых он получает поощрение (в виде пищи и похвалы) за копирование звуков, издаваемых педагогом. Во время речевого тренинга используется процедура формирования звуков. После того как происходит отработка первого звука, ребенку дается поощрение только за попытку произнести следующий звук, и так далее, пока постепенно не сформируется желаемый звук или слово.

Затем, чтобы звуки и одиночные слова превратились в функциональную речь, педагог учит ребенка называть, что изображено на показываемых ему картинках. Если ребенок называет, что изображено на картинке, - например «собака» - в течение нескольких секунд, он получает социальное поощрение и, при необходимости, материальную награду в виде конфеты. Когда ребенок немного научится называть изображения на картинках, педагог начинает использовать некоторые из изученных слов в качестве ответов на предлагаемые им вопросы, например, "Что это?" Важным средством в этом подходе является участие родителей, которые учатся задавать подобные вопросы и поощрять использование функциональной речи. По мере того как речь ребенка развивается, вводятся новые слова и предложения - такие, которые могут наиболее часто требоваться дома, в кафе, в гостях и других общественных местах, где может находиться ребенок. Преимущество данного подхода в том, что используется большое количество разных заданий при участии нескольких человек, использование методики «сопровождающего обучения». В целом это позволяет преодолеть трудности переноса отрабатываемых коммуникативных навыков из одной естественно возникающих ситуаций в другую.

Заслуживает внимания тренинг социальных навыков, который в качестве средств развития коммуникативных навыков использует стратегии позитивного подкрепления для обучения и вознаграждения таких важных навыков межличностного общения, как улыбка, готовность делиться, просьба о помощи, умение помочь другому, занять место в очереди, следовать какому-либо направлению и решать проблемы.

Сенсорная интегративная терапия

У детей с ДЦП отсутствует полная интеграция сознания и тела, они не могут полностью связаться с окружающим миром, осознать социальные взаимосвязи, нередко манипулируя людьми с целью достижения собственных целей.

Сенсорная интеграция – сложный процесс, влияющий на все аспекты развития. Нарушение способности обрабатывать сенсорную информацию может повлиять на функции других структур мозга. Так у ребенка ДЦП, наибольшая зона поражения может включать моторную кору, сенсорное интегративное нарушение связано с поражением в области мозгового ствола, что ограничивает сенсорный опыт из-за отсутствия нормального моторного контроля. Сенсорное интегративное нарушение может вести к задержке подавления примитивных рефлексов и может замедлить моторное развитие. Оно также может повлиять на способность ребенка интерпретировать ощущения и использовать их для создания осмысленных представлений, необходимых для обучения и моторного планирования.

Учет такого рода расстройств поможет как в разработке программы коррекции, целенаправленном сенсорном воздействии, так и позволит помочь ребенку достичь более высокого функционального уровня.

Сенсорная интегративная терапия оказывает влияние на постуральные реакции, необходимые для взаимодействия с окружающей средой, на способность к предвосхищению моторного ответа и планирования двигательных действий. Это способствует развитию базовых адаптивных функций, а также когнитивному развитию в целом.

С помощью сенсорной интегративной терапии достигается интеграция на четырех уровнях:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) интеграция ума и тела, то есть ориентация внутри собственного тела;2) интеграция с миром, ориентация в окружающем мире с последующей способностью удовлетворять физиологические потребности;3) интеграция в социальную жизнь семьи и за ее пределами;4) интеграция с самим собой, осознание личностью ее ценности, обретение самоуважения. |
|--|

Все уровни интеграции включают определенный уровень внутри личностного диалога.

Основные принципы терапии:

1. Терапевт организует планомерный и контролируемый сенсорный поток, который включает механизмы адаптации.

2. Терапевт выстраивает пространство, но он не может форсировать адаптационный ответ. Действует только сам ребенок, если у него есть интерес и если он получает удовольствие от этого, поэтому необходимо предлагать ему активность, имеющую какой-то смысл для него.

3. Считается, что вестибулярная стимуляция является наиболее мощной по своему воздействию, помогающая устранить сенсорную дезинтеграцию. Все приемы метода Джин Айрес заключаются в осуществлении стимуляции линейной и/или циркулярной направленности. Терапевт дозирует стимуляцию в соответствии со степенью чувствительности ребенка, которую он определяет в ходе внимательного наблюдения за реакцией ребенка. Медленные движения успокаивают его, а быстрые возбуждают, активизируют.

4. Тактильная стимуляция тоже в определенной степени участвует в достижении интеграции всех сенсорных стимулов; она позволяет определить ограничения телесной подвижности и нарушения схемы тела. Интеграция может быть достигнута, если тактильные раздражения доставляют приятные ощущения. Дозирование достигается так, что в начале ребенку самому дают прикасаться к различным материалам, затем, если у ребенка нет защитной реакции, терапевт проводит с ним тактильную игру.

5. Проприоцептивная стимуляция присутствует во всех движениях. Терапевт использует особенно движения на сопротивление, побуждает ребенка толкаться, тянуть, поднимать тяжелые предметы, оказывая сопротивление силам гравитации.

6. Соединение различных афферентных стимулов. Терапевт комбинирует их, особенно основные стимулы (вестибулярные, тактильные и проприоцептивные), но также обращаясь к зрительным, слуховым и иногда вкусовым и обонятельным стимулам.

Основными средствами, используемыми в сенсорной интегративной терапии, являются гамаки,двигающиеся доски, наклонные поверхности, подвешенные валики, надувные мячи, «туннели», мягкие формы, сухие бассейны и т.д.

Есть также оборудование для тактильной стимуляции, когда качели покрыты материалом с разной текстурой. Также есть зоны, в которых ребенок может погрузиться в какую-либо среду полностью, например, песок или вода, мягкие шарики. Хотя такое терапевтическое окружение выглядит, как обычная игровая площадка, оно спроектировано для выполнения нужд детей с трудностями восприятия. Роль терапевта заключается в манипулировании средой так, чтобы ребенок достиг максимального уровня реакции, и чтобы подтолкнуть развитие более зрелой нервно-психической функции. Терапевт, таким образом, должен обладать хорошим знанием развития сенсорной обработки, и того, как она влияет на адаптивные реакции как постурально, так и поведенчески.

Толерантность к разнообразным сенсорным стимулам, особенно к вестибулярным, у детей весьма различна. Сенсорное перенасыщение перегружает ЦНС и может усугубить имеющиеся расстройства.

Основными целями метода являются:

1. Научить ребенка вызывать адаптивный ответ, или целенаправленное действие, точное, эффективное и сложное. Эта деятельность способствует улучшению мозговой организации и субординации вышележащих структур.

2. Развить самоконтроль, способность к управлению своим телом в условиях полимодальной окружающей среды, что в дальнейшем позволит осуществлять разнообразные действия для наилучшей адаптации: напр., гиперактивного ребенка научит подавлять реакцию на нежелательные или неблагоприятные стимулы внешней среды, адекватно отвечать на них и совершенствовать свои возможности.

3. Формировать механизмы и основные способности, относящиеся к сенсо-моторному уровню, служащему фундаментом для развития всех ВПФ.

При проведении сенсорной стимуляции необходимо знать особенности воздействия сенсорных стимулов (табл. 2)

Т а б л и ц а 2

Характеристика сенсорных стимулов

Виды стимулов	Возбуждающие воздействия	Успокаивающие воздействия
Вестибулярный	Быстрые Резкие Со сменой направления С использованием подвешного оборудования Угловые и круговые	Медленные Ритмичные Линейные (в одном направлении) Взгляд по линии горизонта С использованием стационарного оборудования
Проприоцептивный	Высокая скорость Быстрые изменения Неожиданные изменения Резкие толчки или движения Внезапное начало и остановка	Сдавливание суставов Медленное растягивание Сильное сопротивление Длительное сопротивление Медленная смена сдавливания и растягивания
Тактильный	Легкие прикосновения Неожиданные прикосновения Прикосновения в области лица Шевеление волос Грубая фактура Холод Острые предметы	Сильное надавливание Тугое пеленание Растирание большой поверхности тела Знакомые и предсказуемые ощущения Тепло Простые формы предметов Округлые формы
Зрительный	Стимулирующие периферическое зрение Неожиданные Яркие цвета/свет Красные, желтые оттенки Меняющиеся или движущиеся Оптические изображения Резкие контрасты	Постоянные Ритмичные Мягкие Голубые/зеленые тона Сумеречные или темные Знакомые Предсказуемые
Слуховой	Неожиданные Громкие Сложные или смешанные	Ожидаемые или знакомые Тихие Спокойный ритм Простые Мелодичные
Обонятельный	Все запахи, особенно резкие	Знакомые Приятные

Меры предосторожности при использовании сенсорной стимуляции

При появлении вышеописанных признаков необходимо сразу же прекратить воздействие.

1. Изменение цвета кожных покровов лица, конечностей –бледность, покраснение, мраморность.
2. Потливость кожных покровов.
3. Учащение или замедление дыхания.
4. Сонливость, вялость.
5. Дезориентация или замешательство.
6. Снижение внимания.
7. Агрессия.
8. Устойчивое избегание контактов (ребенок отворачивается, убегает, сопротивляется).
9. Непроизвольное повышение или понижение мышечного тонуса.
10. Припадки.
11. Нарушение сна.
12. Непроизвольное мочеиспускание или дефекация.

Требования к приемам сенсорной интегративной терапии для профилактики нежелательных осложнений

1. Предварительно объясняйте ребенку все, что вы собираетесь делать и делаете. Дайте ребенку понять, что вы остановитесь в случае, если ему что-то не понравится. Замечайте все сигналы, подаваемые ребенком – вербальные и невербальные.
2. Прикосновения должны быть уверенные, всей поверхностью ладони, с достаточным нажимом. Помните, что легкие прикосновения обычно неприятны и вызывают негативную реакцию.
3. Не приближайтесь к ребенку незаметно и внезапно.
4. Начав контакт с ребенком, не прерывайте его.

5. Используйте три уровня контроля прикосновений: к самому себе – наибольший контроль; прикосновение предметом, прикосновение другого человека – наименьший контроль

6. Используйте подготовительный этап к сенсорному ощущению ребенка: применяйте другие стимулы, которые ему известны, его успокаивают.

7. Применяйте прикосновения в ходе повседневных дел.

КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С ВКЛЮЧЕНИЕМ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПАНЕЛИ «СОЛНЫШКО»

Сочетание с кинезитерапией: автоматизация навыков крупной и мелкой моторики рук (топокинезии и морфокинезии); постуральных навыков (удержание головы, плечевого пояса); формирование простых жестов

Сочетание с сенсорной интегративной терапией: формирование межсенсорных связей – зрительно-моторных координаций, слухо-моторных, зрительно-кинестетических.

Сочетание с восстановительным обучением - нейропсихологической коррекцией: коррекция деятельности 2 блока мозга (развитие зрительного праксиса (стратегия взора, лево-правая ориентация зрительного внимания, ориентировки в двумерном пространстве), коррекция деятельности 3 блока мозга (планирование, реализация и контроль деятельности, саморегуляция, самоорганизация); коррекция деятельности 1 блока мозга (поддержка позитивной мотивации, активизация умственной работоспособности, внимания).

Многообразное воздействие интерактивной панели «Солнышко» отражено в таблице (табл. 3).

Воздействие ИП «Солнышко» на психофизическое развитие ребенка

	Игровой файл	Направленность воздействия
Язык жестов и мимики	«Человечки»	Формирование латерализации Глазодвигательная моторика Избирательная мелкая моторика Схема лица, тела Распознавание эмоциональных состояний Развитие глагольного словаря Развитие счета, количественных представлений Конструктивный праксис Развитие мимики Развитие творческих способностей Развитие зрительно-моторной координации
	«Эмоции»	Конструктивный праксис Соотнесение эмоциональных состояний с сюжетной картинкой Развитие мимики Развитие пространственного восприятия Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС Развитие творческого, образного мышления Формирование невербальных форм коммуникации Развитие зрительно-моторной координации
	«Цифры»	Конструктивный праксис Формирование зрительного образа цифр Развитие счета, количественных представлений Формирование графических навыков (написание цифр) Развитие зрительной памяти Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС Развитие зрительно-моторной координации
Окружающий мир	«Звери»	Запоминание зрительных образов животных Развитие цветового восприятия Развитие зрительного внимания, памяти Пополнение словаря признаков, названия животных Формирование представлений о животном мире Развитие связной речи Развитие познавательного интереса
	«Созвездия»	Конструктивный праксис Развитие познавательного интереса Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС Развитие глазодвигательной моторики Обогащение активного и пассивного словаря Формирование пространственных представлений Развитие зрительно-моторной координации
	«Бесконечность»	Развитие зрительного внимания, памяти Формирование пространственных представлений Регуляция поведения и ЭВС путем релаксации Воздействие на 1 энергетический функциональный блок мозга Развитие творческого, образного мышления Развитие зрительно-моторной координации

Моторика и конструирование	«Одуванчик»	Развитие глазодвигательной моторики Развитие зрительно-моторной координации Развитие зрительного внимания, памяти Развитие реципрокного взаимодействия, бимануальных действий Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС
	«Картинки»	Конструктивный праксис Формирование целостного образа предметов Развитие зрительного гнозиса Развитие зрительно-моторной координации Развитие связной речи Развитие зрительного внимания, памяти Формирование пространственных представлений
Изо-деятельность	«Рисование»	Развитие цветового восприятия Формирование графических навыков Формирование пространственных представлений Формирование самооценки, самоконтроля деятельности Развитие творческого, образного мышления Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС Обогащение словаря
	«Раскраска»	Развитие регуляторной функции (тонкая моторика) Нормализация эмоционального тонуса Развитие зрительного внимания, памяти Развитие саморегуляции поведения, управления ЭВС Развитие творческих способностей, воображения

В отличие от игровых компьютерных программ, которые снабжены фиксированным алгоритмом действий, ИП «Солнышко» отличается не только многообразным коррекционно-развивающим эффектом, но и гибкой, изменчивой программой действий, которые выбирает сам ребенок после обучения. Этим достигается овладение ребенком способности к саморазвитию, самоорганизации и самоконтролю, что в дальнейшем положительно сказывается на его социально-личностном развитии.

Проиллюстрируем включение инновационных технологий в индивидуальную программу развития ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями.

ФИО: Альберт М., 3 г.

Диагноз: ДЦП, смешанная форма (спастико-гиперкинетическая).

Задержка психомоторного развития. 1 уровень доречевого развития.

Нейромоторный статус: Мышечная дистония с нарастанием спастичности в н/конечностях при вертикализации. Ребенок удерживает голову неуверенно, может поворачивать ее в стороны. Не переворачивается, не сидит.

Сенсомоторное развитие: фиксирует взгляд и следит за движущейся игрушкой в горизонтальной плоскости, длительно удерживая ее в поле зрения. Изредка пытается захватить лежащий перед ним предмет всей кистью. Не сформирована зрительно-моторная координация. Ребенок дифференцирует людей по голосам, узнает близких. В спокойном состоянии произносит протяжные модулированные звуки, редко – слоги «ба», «ма».

Поведение: выражена эмоциональная возбудимость, при осмотре часто возникают аффективно-респираторные пароксизмы. При попытке вступить с ним в контакт реакция страха преобладает над ориентировочной.

Социальная ситуация в семье: гиперопекаемый стиль воспитания, пассивные родители, настроенные в основном на лечение, не владеют навыками игрового взаимодействия с ребенком, плохо информированы о сути проблемы, нет желания к получению информации.

Степень тяжести: тотальная физическая зависимость.

Виды ограничения жизнедеятельности:

- ограничение способности к общению,
- ограничение способности к самообслуживанию,
- ограничение способности к передвижению,
- ограничение способности к игровой деятельности,
- ограничение способности к обучению.

Заключение. Имеющиеся нарушения развития у ребенка выражаются в задержке формирования возрастных двигательных навыков, речевого и психического развития. Потенциал развития ребенка низкий, но в процессе занятий его возможности увеличиваются и проявляются в положительной динамике:

- уровня произвольного контроля;
- двигательных возможностей рук;
- познавательной активности.

Т а б л и ц а 4

Индивидуальная программа развития Альберта М.

Модуль	Функции для динамического контроля эмоциональное состояние, поведение, поструральная функция; познавательная активность, перцептивные действия, объем пассивного словаря	
	Задачи ИПР	Мероприятия ИПР
Коммуникативный	1. Развитие эмоционально-волевой сферы. 2. Развитие эмоциональной, общения с взрослыми и сверстниками. 3. Воспитание способов межличностного общения: речевых, жестово-мимических, фонационных. 4. Психокоррекция в диаде «мать – дитя». <u>ПСИХОЛОГ</u> (координатор), логопед, воспитатель, родители, арттерапевт, невролог	Психолого-педагогическая работа в диаде «мать – дитя». Индивидуальные, подгрупповые музыкальные занятия, сенсорные игры в полифункциональной среде. Пиктографический метод
Деятельностный	1. Формирование базовых моторных навыков, перемещений на ковре. 2. Формирование контроля позы головы, тела, конечностей в условиях действия сил гравитации. 3. Стимуляция двигательной произвольной активности. <u>КИНЕЗИТЕРАПЕВТ</u> , воспитатель, родители, невролог	Кинезитерапия, способ статической стимуляции поструральных рефлексов, ортопедическая коррекция, вестибулярная тренировка с помощью модульного оборудования
Когнитивный	1. Стимуляция сенсомоторного развития, ориентировочно-исследовательской деятельности. 2. Развитие внимания, зрительно-моторной координации, памяти, мышления, речи. 3. Развитие пространственно-временных представлений, знакомство с окружающим миром. 4. Развитие игровой, продуктивной деятельности. <u>УЧИТЕЛЬ-ДЕФЕКТОЛОГ</u> , логопед, воспитатель, психолог, эрготерапевт, родители	Сенсорная интегративная терапия, моторно-перцептивное воспитание, занятия в коррекционно-развивающей среде с логопедом, эрготерапевтом, воспитателем (рисование, лепка, конструирование из пазлов, ЛЕГО, кубиков и др.)
Социальный	1. Развитие навыков опрятности, жевания, глотания, владения простейшими бытовыми средствами. 2. Развитие самостоятельной активности, сидя за столом в ортезе. 3. Формирование навыков адекватного поведения в группе. 4. Формирование навыков сигнализации о потребностях и проблемах. <u>ЭРГОТЕРАПЕВТ</u> , воспитатель, родители	Эрготерапия, сюжетные игры, тематические занятия по воспитанию социальных навыков, развитие продуктивной деятельности

Использование комплекса инновационных методов обеспечивает взаимодействия ребенка на четырех уровнях.

1. На телесном уровне у ребенка развивают способность к телесным контактам, помогают ощущать действия отдельных частей тела, ориентироваться внутри собственного тела: на занятиях кинезитерапией, сенсорной интегративной терапией, в ходе подвижных игр – «телесная неразбериха», «догадайся, кто спрятан под покрывалом», «дотронься до своего соседа справа, слева» и т.д.

2. На психическом уровне развивают у ребенка ориентацию в окружающем мире с последующим формированием способности адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды на занятиях психолога, учителя-дефектолога: игры «холодно – жарко», «прячемся от дождика», «тесный туннель», «дружные горошинки» и т.д.

3. На социальном уровне воссоздаются ситуации социальной жизни внутри семьи и за ее пределами в сюжетных и сюжетно-ролевых играх с использованием индивидуальных коммуникативных классеров с пиктограммами. Это помогает ребенку осознать себя, выявить потенциальные возможности самовыражения, обрести самоуважение в ходе индивидуальных и групповых занятий психолога, совместно с родителями.

Выводы

1. Процесс коррекции и компенсации нарушений развития детей с церебральной патологией должен быть синхронизированным, согласованным, полимодальным воздействием на несколько уровней церебрального морфогенеза и психогенеза, включенным в интересную для ребенка деятельность.

2. Основной задачей работы с детьми, имеющими тяжелые проявления ДЦП, характеризующиеся нарушением формирования постуральных навыков (сидения, стояния), является развитие у них вертикальной установки тела и сидячей позы

3. Для обеспечения процессов внутрисистемной компенсации и межсистемной интеграции требуется специально организованный процесс обучения на основе комплексных нейropsychологических, психофизиологических, психолого-педагогических и социальных программ, основу которых составляют методы специфической стимуляции различных афферентных систем.

Основная литература

1. Завьялова, Т. П. Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата у обучающихся : учебное пособие для вузов / Т. П. Завьялова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Юрайт, 2022. — 167 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08622-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт : [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/492808> (дата обращения: 16.06.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. Ворошнина, Л. В. Развитие речи и общения детей, не посещающих ДООУ : практическое пособие для вузов / Л. В. Ворошнина. — 2-е изд. — Москва : Юрайт, 2022. — 158 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-05728-7. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт : [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/492990> (дата обращения: 16.06.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3. Рипа, М. Д. Лечебно-оздоровительные технологии в адаптивном физическом воспитании : учебное пособие для вузов / М. Д. Рипа, И. В. Кулькова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Юрайт, 2022. — 158 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07260-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт : [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/492763> (дата обращения: 16.06.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Дополнительная литература

1. Адаптивное физическое воспитание в дошкольных образовательных учреждениях : учебно-методическое пособие / составители: Т. А. Жмурова, С. М. Рябцев. — Севастополь : СевГУ, 2021. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/177118> (дата обращения: 16.06.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

АБАЗИЯ (от греч. а- - приставка со значением отрицания и basis - основа, опора) - двигательное расстройство, состоящее в утрате способности стоять и ходить при отсутствии органических повреждений.

АБИЛИТАЦИЯ - система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, ещё не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества.

АВТОМАТИЗАЦИЯ ЗВУКА – этап при коррекции неправильного звукопроизношения, следующий после постановки нового звука; направлен на формирование правильного произношения звука в связной речи; заключается в постепенном, последовательном введении поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь.

АГРАММАТИЗМ (от греч. agrammatos - нечленораздельный) - нарушение речевой деятельности, выражающееся в неправильном использовании грамматической системы языка. Различают импрессивный А. - ошибки в понимании значения грамматических конструкций, а также экспрессивный А. - ошибки в грамматическом оформлении активной речи. А. возникает вследствие поражения определенных (речевых) зон коры головного мозга. Обычно является симптомом афазии; у детей наблюдается при алалиях. Явления А. могут быть компенсированы в результате спец. восстановительного обучения. В сурдопедагогике термин «А.» используется для обозначения недостатков в грамматическом оформлении речи у детей с нарушениями слуха. У слабослышащих и особенно у глухих детей в условиях ограниченного речевого общения замедленное овладение грамматическим строем языка является столь же закономерным, как и недостаточность словарного запаса. На раннем этапе развития эти дети в равной мере затрудняются в усвоении грамматич. и лексич. значений слова. Спец.

обучение, направленное на формирование практич. грамматич. обобщений и их осмысление, а также расширение речевого общения помогают глухим преодолеть А. Термин «А.» употребляется также для характеристики ошибок в грамматич. оформлении речи умственно отсталых детей, страдающих речевым недоразвитием.

АГРАФИЯ (от греч. а- - приставка со значением отрицания и grapho - пишу) - нарушение письма. Как правило, А. обусловлена поражением речевого отдела коры больших полушарий головного мозга и является симптомом речевых расстройств, связанных с нарушениями звукового анализа слов и овладения звуковым составом слова. У детей А. может выступать одним из проявлений аграфии или афазии. А. необходимо отличать от ошибок при письме, характерных для детей с нарушениями слуха. Компенсация А. осуществляется с опорой на зрительные и кинестетич. ощущения звукопроизношения.

АДАПТАЦИЯ - приспособление организма к условиям существования, активное приспособление к условиям социальной среды посредством усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе.

АДИНАМИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и dynamis - сила) - состояние патологической мышечной расслабленности, препятствующее двигательной активности. Возникает при длительном голодании, тяжелых соматич. заболеваниях и отравлениях, а также при энцефалите. У детей А. иногда проявляется наряду с явлениями астении вследствие перенесенных инфекционных заболеваний. Является также одним из ранних симптомов туберкулезного менингита. Поражение лобных долей головного мозга (вследствие опухолей или травм) приводит к возникновению так называемого апатико-адинамического синдрома - сочетания А. с общей вялостью, заторможенностью.

АКИНЕЗИЯ, акинез (от греч. А - приставка со значением отрицания и kinesis - движение) - полная утрата двигательной активности; крайне выраженная форма гипокинезии.

АКТИВАЦИЯ – пробуждение активности.

АЛАЛИЯ (от греч. А - приставка со значением отрицания и lalia - речь) - отсутствие или ограничение способности пользоваться речью при сохранном слухе и интеллекте. Проявляется в стойком недоразвитии механизмов владения фонетико-фонематическими, лексическими и грамматическими средствами языка. Возникает в результате недоразвития или поражения (при травмах, энцефалите и др.) в доречевом периоде развития речевых зон коры больших полушарий головного мозга. Различают моторную и сенсорную А. (последняя встречается значительно реже; иногда наблюдается смешанная форма - сенсомоторная А.). Моторная А. характеризуется преимущественным недоразвитием звуковой (экспрессивной) стороны речи при достаточно сохранном ее понимании. При сенсорной А. отсутствует понимание речи, вследствие чего не происходит овладение ею. При А. ограничение речевого общения приводит к вторичному недоразвитию высших психич. функций (внимания, памяти, мышления). Постановка диагноза требует разграничения А. и вторичных речевых нарушений при умственной отсталости и дефектах слуха. Коррекционное обучение при А. осуществляется преимущественно в спец. школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

АЛЕКСИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и лат. lego - читаю) - расстройство речи, выражающееся в неспособности к чтению, а также к усвоению навыков чтения. Встречается относительно редко по сравнению с менее выраженной формой - дислексией. Возникает при поражении коры головного мозга, в частности как проявление алалии или афазии. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм А.

АМИМИЧНЫЙ – полностью или частично лишенный мимики.

АНАРТРИЯ (от греч. anarthros - нечленораздельный) - нарушение артикуляции, делающее практически невозможной членораздельную речь; крайне выраженная степень дизартрии.

АСИНЕРГИЯ (от греч. а- - приставка со значением отрицания, sin - вместе и ergon — работа) - расстройство сложных двигательных актов и навыков, вызванное нарушением способности комбинировать отдельные моторные компоненты. Возникает при поражении мозжечка.

АУТИЗМ (от греч. autos - сам) - состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими. Термин «А.» ввел в 1912 г. Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности. Происхождение А. может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронической психической травмы (аутистическое развитие личности). А. может выступать как грубая аномалия психического развития (см. Ранний детский аутизм). В тяжелых случаях необходимы коррекция и лечение, включающие, в частности, налаживание контактов с внешним миром. В современной психологии и психиатрии термин «А.» используется также применительно к нормальной психике; показано, что аутизация может выступать в качестве механизма психологической защиты от психотравмирующих влияний. В некоторых зарубежных психологических теориях А. рассматривается как нормальное состояние ребенка на начальных этапах его развития.

АУТОСТИМУЛЯЦИЯ (букв. самораздражение) – настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов и своего тела.

АФАЗИЯ (от греч. а- - приставка со значением отрицания и phasis - высказывание) - нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной

утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций артикуляционного аппарата и слуха. Возникает при органич. поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. В отличие от алалии при А. нарушается функция уже сформировавшейся речевой системы. Существуют различные классификации А. в зависимости от симптоматики и локализации поражения (напр., в нейропсихологической классификации, разработанной А.Р. Лурией, выделяется 7 форм А.). Наиболее распространенная обобщенная классификация выделяет 2 основные формы (группы) А. - моторную и сенсорную. При моторной А. поражается двигательный речевой центр (центр Брока), что приводит к нарушению всех или некоторых компонентов экспрессивной речи при достаточной сохранности понимания. При сенсорной А. поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике); эта форма характеризуется первичным нарушением понимания речи и вторичным - экспрессивной речи. Кроме моторной и сенсорной А. выделяют амнестическую А., к-рая не может быть строго отнесена к двум основным формам. Амнестическая А. встречается редко, механизм этого нарушения мало изучен. Выражается в забывании названий предметов. У детей А. вызывает вторичную ЗПР, к-рую необходимо отличать от олигофрении. Восстановление речи при А. осуществляется спец. пед. (логопедическими) и нейропсихологическими методами на основе использования функции сохранных анализаторов.

АФОНΙΑ (от греч. а- - приставка со значением отрицания и phone - голос) - неспособность к звучной и громкой речи при сохранной шепотной речи. Истинная (гортанная) А. бывает вызвана поражениями артикуляционного аппарата (вследствие острых и хронических заболеваний гортани и т.п.). Функциональная А. возникает как следствие психических травм при истерии и неврозах. В результате нарушения нервной регуляции речедвигательного

аппарата не происходит полноценного смыкания голосовых связок. Функциональная А. излечивается преимущественно методами психотерапии.

АФРАЗИЯ (от греч. а- - приставка со значением отрицания и phrasis - выражение) - расстройство речи, выражающееся в неспособности построить осмысленную фразу.

АФФЕКТ – врожденная элементарная, докультурная форма переживаний. Всякое психическое явление имеет два аспекта: интеллектуальный и аффективный.

БАТТАРИЗМ (от франц. battre - бить, ударять) - нарушение речи, при к-ром, как и при тахилалии, слова произносятся в чрезмерно быстром темпе, а также, помимо этого, сопровождаются нечеткостью артикуляции, «проглатыванием» окончаний и т.п. В результате речь становится очень неразборчивой. Б. часто сопутствует невропатии как одно из проявлений повышенной возбудимости.

БРАДИЛАЛИЯ (от греч. bradys - медленный и phrasis - выражение) - патологическая замедленность речи. Возникает вследствие нарушения баланса нервных процессов (преобладание торможения над возбуждением). Речь страдающих Б. отличается нечеткой артикуляцией, растягиванием гласных; из-за повышенной утомляемости продолжительные высказывания затруднительны. Чаще встречается при различных нервных заболеваниях и олигофрении. Устранение Б. возможно за счет логопедич. упражнений по коррекции речевых движений, а также мед. мероприятий по назначению психоневролога.

ВЕРБАЛЬНЫЙ – словесный; имеющий словесную форму.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ – ощущения, связанные с изменением положения тела в пространстве.

ВИТАЛЬНЫЙ – связанный с сохранением жизни.

ВОКАЛИЗАЦИЯ – внешне бессвязное произнесение или пропевание отдельных звуков и слогов.

ВОСПИТАНИЕ - процесс систематического и целенаправленного воздействия на духовное и физическое развитие личности. В логопедии: воспитание коммуникативных навыков, воспитание правильного речевого поведения, преодоление речевого негативизма, логофобии.

ГЕМИПЛЕГИЯ (от греч. hemi - половина и plego - поражаю) - односторонняя утрата произвольной подвижности, паралич мышц одной половины тела. В основе Г., как правило, лежит поражение отдельных участков головного мозга вследствие воспалений (энцефалит, менингит), опухолей, травм, а также нарушений мозгового кровообращения. Нерезко выраженная Г. - гемипарез.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ – не направленный на что-либо конкретное; носящий общий характер.

ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (от греч. hyper - чрезмерно и dynamis - сила), синдром двигательной расторможенности - наиболее распространенное проявление раннего поражения ЦНС, выражающееся в чрезмерной активности, суетливости, раздражительности, неспособности к целенаправленному и организованному поведению. Заметно усиливается при утомлении и соматических заболеваниях. Наиболее выражен у детей, страдающих церебрастенией, у которых повышенная утомляемость препятствует произвольной регуляции поведения. Обычно проходит к 11-12 годам, но в подростковом возрасте возможны обострения. Дети с Г. с. требуют особого подхода - дозирования нагрузок, смены видов деятельности.

ГИПЕРКИНЕЗ (от греч. hyper - чрезмерно и kinesis - движение) - чрезмерные насильственные непроизвольные движения, возникающие при органич. и функциональных нарушениях ЦНС (преимущественно при поражении подкорковых образований). Термином «Г.» обозначается обширная группа двигательных расстройств, среди которых хорей; атетоз - медленные напряженные движения кистей рук; тормозной спазм - аналогичные атетозу непроизвольные выгибания шеи, туловища; миоклония — беспорядочные вздрагивания отдельных мышц; тики.

ГИПЕРКОМПЕНСАЦИЯ – выглядящее патологически поведение ребенка, направленное на восполнение (компенсацию) недостающих ему качеств.

ГИПОКИНЕЗИЯ, гипокинез (от греч. hupo - ниже и kinesis - движение) - снижение двигательной активности. Затруднения движений при Г. могут быть вызваны различными причинами - это параличи, неподвижность суставов, а также боли разного происхождения, сопровождающие моторные акты. Иногда Г. возникает на почве психич. травмы. Крайне выраженная форма Г. - акинезия (полная утрата двигательной активности, неспособность к произвольным движениям). Лечение обусловлено характером заболевания, вызвавшего Г.

ГОСПИТАЛИЗМ – вызванное хроническим недостатком общения (например, из-за долгого пребывания в больничных условиях) временное изменение психического состояния и поведения ребенка, выражающееся в симптомах, сходных с симптомами аутизма.

ДЕПРИВАЦИЯ (букв. лишение) – психическое состояние, возникающее в результате длительного неудовлетворения основных психических потребностей.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ - дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие резко выраженными отклонениями в развитии речи и вследствие этого ограниченные в речевом общении. Нарушения речи весьма разнообразны. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия. К тяжелым нарушениям речи относят также выраженные формы заикания (в тех случаях, когда этот дефект значительно затрудняет общение и обучение детей в массовой школе). В качестве вторичных нарушений у Д. с и. р. выступают ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, отклонения в эмоционально-волевой сфере. Обучение таких детей осуществляется в спец. образовательных учреждениях особого типа. Неярко выраженные дефекты речи, не определяющие аномального развития, устраняются в результате спец. логопедических занятий.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП) - заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения. Понятие ДЦП объединяет группу двигательных расстройств, вызванных нарушениями контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. В основе ДЦП лежит раннее (как правило, внутриутробное) повреждение или недоразвитие мозга вследствие хронических заболеваний будущей матери, перенесенных ею инфекционных заболеваний, интоксикаций, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др., иногда - возникающее в результате родовой травмы или асфиксии новорожденных, реже - как следствие энцефалита. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием. Существует несколько форм ДЦП в зависимости от повреждения определенных систем мозга. У одних детей двигательные нарушения выражаются в повышении мышечного тонуса (спастичности) в сочетании со слабостью мышц (паретичностью), что приводит к затруднению или даже невозможности произвольных движений. Тяжесть двигательных нарушений может быть различной. При двойной гемиплегии наблюдается тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда и сильнее. При спастической диплегии поражаются преимущественно ноги. Спастическая диплегия иногда описывается как болезнь Литтля. У некоторых детей наблюдаются односторонние двигательные нарушения - гемипарезы; обычно сильнее поражается рука. Наряду с нарушениями по типу спастичности у детей встречаются затруднения движений за счет насильственных движений (гиперкинезов). Кроме того, существует атонически-астатическая форма ДЦП, которую отличают плохая координация движений, несформированность реакций равновесия, низкий мышечный тонус. Чаще всего имеет место смешанный характер заболевания. Нередко ДЦП отягощается нарушениями поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, что связано с огранич. поражением ЦНС. Моторные

нарушения ограничивают способность самостоятельного передвижения и самообслуживания, препятствуют освоению предметно-практич. деятельности, что отрицательно сказывается на формировании высших психич. функций, общем ходе психич. развития. Дети с ДЦП обучаются в спец. образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ДЕФЕКТ (от лат. defectus - недостаток) - физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Понятие Д. - центральное для дефектологии - детально разработано в трудах Л.С. Выготского. Им установлено, что структура Д. не сводится к симптомам повреждения биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.), к-рые представляют собой первичные симптомы нарушения - первичный Д. Недоразвитие высших психич. функций (напр., речи и мышления у глухих, опосредованной памяти у дебилов, восприятия и пространственной ориентировки у слепых и т. д.) и социальной стороны поведения Выготский считал вторичными отклонениями, не связанными непосредственно с основным, первичным Д., но обусловленными им. Он показал, как это соотношение первичных, вторичных и последующих наслаивающихся на них отклонений усложняет структуру Д. Он проанализировал также условия для предупреждения и преодоления этих отклонений развития. Адекватное обучение и воспитание способствуют преодолению причин, к-рые порождают вторичные (третичные и т.д.) отклонения. При этом центральная область компенсации Д., согласно Выготскому, - повышение культурного развития, формирование высших психич. функций. Чем дальше отстоит нарушение от пораженного органа и связанного с ним первичного отклонения, тем легче это нарушение поддается коррекции.

ДЕФИЦИТАРНОСТЬ – недостаточность.

ДИЗАРТРИЯ (от греч. Dis - приставка, означающая расстройство, и arthron - сочленение) - расстройство артикуляции, вызванное недостаточной иннервацией речевого аппарата. Возникает в результате различных органич.

поражений ЦНС. В зависимости от локализации участка поражения различают бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную, мозжечковую и корковую Д. Бывает выражена в различной степени - от нечеткого произношения отдельных звуков до полной неспособности произношения звуков (анартрия). Д. сопутствуют изменения темпа и интонации речи, нарушения звукослоговой структуры высказывания, что делает речь крайне непонятной. Дети, страдающие Д., ограничены в речевом общении, вследствие чего у них снижается познавательная активность, не происходит обогащения словарного запаса; в тяжелых случаях возникают вторичные отклонения общего развития. Коррекционные мероприятия дифференцируются в зависимости от формы и степени выраженности Д. и связаны с лечением основного органич. заболевания.

ДИЗОНТОГЕНЕЗ – нарушение индивидуального развития.

ДИСГРАФИЯ (от греч. Dis приставка, означающая расстройство, и grapho - пишу) - частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажении звукослогового состава слова и структуры предложения. В основе Д. у детей обычно лежит недоразвитие устной речи, в частности наблюдаются неполноценность фонематического слуха и недостатки произношения, препятствующие овладению фонетическим (звуковым) составом слова. Наиболее тяжелая степень этого нарушения - аграфия - полная неспособность к овладению навыком письма.

ДИСЛАЛИЯ (от греч. dis приставка, означающая расстройство, и lalia - речь) - нарушение произношения звуков и их сочетаний, вызванное анатомич. дефектами артикуляционного аппарата (механическая Д.), неблагоприятными условиями развития речи либо нарушениями фонематического восприятия (функциональная Д.). Крайне выраженная форма — алалия. Коррекция Д. осуществляется при помощи спец. логопедич. упражнений, направленных на формирование навыков произношения и

слухового различения звуков, устранение недостатков речевой моторики, предупреждение возможных нарушений чтения и письма.

ДИСЛЕКСИЯ (от греч. dis- - приставка, означающая расстройство, и lego - читаю) - нарушение чтения, вызванное поражением или недоразвитием речевых отделов ЦНС. Дети, страдающие Д., испытывают затруднения в восприятии и понимании текстов, что выражается в замедленном характере чтения, частых несовпадениях воспроизводимого текста и оригинала. Д. связана с общими нарушениями в развитии речи, что обуславливает комплексный характер коррекционной работы. Крайне выраженная форма Д. - алексия.

ДИСФОНИЯ (от греч. dis - приставка, означающая расстройство, и phone - голос) - частичное расстройство голоса, при котором, в отличие от афонии, звукопроизнесение сохраняется, но страдает необычным тембром, слабостью или прерывистостью. Как правило, Д. - следствие заболеваний гортани, проходит в результате лечения.

ЗАИКАНИЕ - сложное нарушение речи, характеризующееся расстройством ее ритма и плавности. Как правило, З. возникает у детей 2-5 лет, т.е., в период формирования развернутой фразовой речи, чаще - у легко возбудимых детей. Обостряется в связи с поступлением в школу, а также в подростковом и юношеском возрасте. Вызывается периодически возникающими судорогами мышц речевого аппарата: несколько кратковременных сокращений мышц приводят к непроизвольному повторению отдельных звуков или слогов - клоническое З., сильное длительное сокращение мышц вызывает задержку речи - тоническое З.; часто отмечается смешанная форма З. К судорогам мышц речевого аппарата иногда присоединяются судороги лица и конечностей. Неспособность к полноценно оформленному речевому высказыванию создает серьезные затруднения в общении. Подразделение З. на клоническое и тоническое (в зависимости от характера судорог речевой мускулатуры) в настоящее время представляется недостаточным. З. - симптом разных (в клиническом отношении)

заболеваний, оно редко выступает в самостоятельном виде и почти всегда сосуществует с другими нервно-психич. расстройствами. Исходя из этого, М.И. Буянов и Б.З. Драпкин выделили невротическое, неврозоподобное и смешанное З. Невротическое З. - психогенное расстройство, к-рое обнаруживается в психотравмирующей ситуации, усиливается при фиксации внимания на речевом дефекте и, наоборот, значительно уменьшается при отвлечении внимания. Неврозоподобное З. внешне напоминает невротическое, но не имеет психогенного происхождения, а возникает в рамках шизофрении, эпилепсии, олигофрении, при органич. поражении ЦНС. Кроме того, неврозоподобное З. может быть наследственным. В отличие от невротического З. неврозоподобное З. не зависит от ситуации, оно уменьшается, если человек следит за своей речью. Неврозоподобное З. отличается нарушением темпа речи (тахилалия и брадилалия). Разграничить З. на невротическое и неврозоподобное не всегда легко, т.к. у нек-рых людей с неврозоподобным З. возникают невротические наслоения. В логопедич. практике существуют разнообразные методы коррекции З., к-рые в необходимых случаях используются в сочетании с медикаментозным, физиотерапевтич. и психотерапевтич. лечением. Дети, страдающие тяжелыми формами З., направляются в спец. образовательные учреждения.

ЗОНА АКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ - это психические функции, умения и навыки ребенка, которые уже сформировались, созрели, причем ребенок выполняет задачи, связанные с этими умениями и навыками без помощи взрослых. По Л.С. Выготскому - это те действия, которые есть в психике ребенка на сегодняшний день; то, что ребенок может делать самостоятельно.

ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ - расхождение между уровнем актуального развития (он определяется степенью трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно) и уровнем потенциального развития (которого ребенок может достигнуть, при определенных условиях и в том числе решая задачи под руководством взрослого и в сотрудничестве со сверстниками).

Понятие введено Л.С. Выготским, который считал, что З. б. р. определяет психич. функции, находящиеся в процессе созревания. З. б. р. свидетельствует о ведущей роли обучения в умственном развитии детей. Обучение, когда оно, согласно Выготскому, идет впереди развития, пробуждает и вызывает к жизни псих. функции, лежащие в З. б. р. З. б. р. дает представление о потенциальных возможностях развития, что, в свою очередь, позволяет определить научно обоснованный прогноз и практич. рекомендации об оптимальных сроках обучения как для массы детей, так и для каждого отдельного ребенка. Определение актуального и потенциального уровня развития, а также З. б. р. составляет то, что Выготский называл нормативной возрастной диагностикой, в отличие от симптоматической диагностики, опирающейся лишь на внешние признаки развития. Определение З. б. р., в частности, играет решающую роль в разграничении ЗПР и олигофрении.

ИГРОТЕРАПИЯ - метод лечебно-пед. воздействия на детей и взрослых, страдающих эмоциональными нарушениями, страхами, неврозами и т.п. В основе различных методик, определяемых этим понятием, лежит признание игры важным фактором развития личности. Одним из первых игру в практике дет. психотерапии применил в 1913 г. З. Фрейд. И. приобрела широкое распространение с 40-50-х гг.; осуществляется в рамках различных теоретич. школ и направлений. Игровые методики различаются по степени директивности, частоте игровых сеансов; игра может применяться как способ индивидуального воздействия и в целях групповой психотерапии; иногда проводятся совместные игры с родителями. По мнению разных авторов, психотерапевту может отводиться роль наблюдателя, партнера или руководителя. И. включает такие средства, как разыгрывание определенных сюжетов, игра ребенка с куклами, лепка, рисование, игры с песком и т. п. Применение игры в отечественной психотерапевтич. практике основывается на теории игровой деятельности, наиболее полно разработанной в трудах Д.Б. Эльконина. А.И. Захаровым разработана методика И., к-рая является

частью целого комплекса воздействий на ребенка. Игра рассматривается им и как самостоятельный метод, и как составная часть, сочетающаяся с рациональной и суггестивной психотерапией. Им сформулирован ряд правил, соблюдение к-рых является необходимым: выбор игровых тем отражает их значимость, для терапевта и интерес для ребенка; руководство игрой способствует развитию самостоятельной инициативы детей; спонтанные и направленные игры - две взаимодополняющие фазы единого процесса, в к-ром главное - возможность импровизации; направленное воздействие на ребенка осуществляется посредством характера воспроизводимых им и терапевтом персонажей. Эффект И. определяется практикой новых отношений, к-рые ребенок осваивает в игре.

КИНЕЗИОПЕДАГОГИКА базируется на естественной биологической функции организма - движении; на исследовании мышечных сокращений и нервно-мышечных связей, которые у больного человека изменяются, что приводит к нарушению вегетативно-энергетического баланса организма в целом и вызывает нарушение проводимости электрических импульсов в головном мозге. Поэтому проявление любой болезни мы не только ощущаем на физическом уровне - это боль (не тронь меня, а то будет хуже); на энергетическом уровне - это лень (хочется, чтобы кто-то другой меня вылечил); на психологическом уровне - это страх (а вдруг будет ещё хуже).

КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДИСПРАКСИЯ – диспраксия, которая возникает при постцентральных нижнетеменных поражениях доминантного (левого) полушария мозга и выражается в недостаточной точности отдельных произвольных движений.

КИНЕТИЧЕСКАЯ ДИСПРАКСИЯ – диспраксия, связанная с поражением заднелобных прецентральных отделов доминантного полушария; характеризуется недостаточной плавностью автоматизированных двигательных навыков, т.к. они распадаются у больных на составляющие их

отдельные компоненты, причем больные с трудом переключаются с одного компонента на следующий, персеверирова (повторяя) его.

КОГНИТИВНЫЙ – относящийся к познанию или к интеллектуальной сфере в целом.

КОММУНИКАЦИЯ – общение в любой форме.

КОМПЕНСАТОРНЫЙ – восполняющий.

КОМПЕНСАЦИЯ - сложный, многоаспектный процесс перестройки психологических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных или нарушенных функций, а также их изменение. Важнейшую роль в компенсации играет центральная нервная система. Развитие и восстановление несформировавшихся и нарушенных речевых и неречевых функций осуществляются на основе специальной системы логопедического воздействия.

КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА - система спец. пед. мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей. Термин употребляется с конца XIX в., первоначально - лишь применительно к умственно отсталым детям; в совр. отечественной дефектологии трактуется шире: К.-в. р. направлена не только на исправление отдельных нарушений, но и на формирование личности в целом, охватывает все категории аномальных детей и проводится совместно медиками и педагогами-дефектологами. Коррекционная направленность характерна для всей учебно-воспитательной работы с аномальными детьми, к-рая организуется с учетом нарушений и индивидуальных особенностей ребенка. Ряд задач имеет общий характер: это мероприятия по развитию движений, чувственного опыта и мышления; привлечение ребенка к посильным формам общественно полезного труда и др. Чем раньше начата К.-в. р., тем успешнее преодолевается дефект. В К.-в. р. с детьми дошкол. возраста преобладает обучение, направленное на развитие компенсаторных возможностей (см. Компенсация функций). В спец. школах

всех типов К.-в. р. осуществляется в ходе обучения всем общеобразовательным предметам; в младших классах проводится также предварительное (пропедевтическое) обучение.

КОРРЕКЦИЯ (лат. correctio – исправление) - в специальной педагогике – система медико-психолого-педагогических мер, направленных на исправление, ослабление или предупреждение недостатков в психическом или физическом развитии. Под К. подразумевается как непосредственное исправление некоторых нарушений (например, зрения, слуха, произношения), так и целостное влияние на ребенка в процессе его обучения, воспитания и развития.

ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА - отрасль педагогики, разрабатывающая средства и методы исправления физич. и психич. дефектов. Термин употребляется главным образом в немецкоязычной лит-ре, в совр. отечественных пед. науках практически не используется. Предмет Л. п. и сфера ее применения являются объектом дискуссий. По мнению нек-рых авторов, Л. п. охватывает почти весь круг проблем, разрабатываемых в отечественной дефектологии. Другие считают, что Л. п. должна заниматься вопросами обучения и воспитания лишь некоторых групп аномальных детей. Проблемы Л. п. в отечественной науке разрабатываются в русле дефектологии.

ЛОГОНЕВРОЗ (от грёч. logos - слово, речь и neuron - нерв) - невротическое заболевание с преимущественным поражением речевой функции. Проявляется в виде мутизма или заикания. Возникает в результате психич. травмы, содержание к-рой отражается в картине заболевания. С течением времени смягчается. Характеризуется общевротич. проявлениями (снижение самооценки, рост тревожности, подавленное настроение, вегетативные расстройства), а также невротич. поражением речи, в частности в виде логофобии (страха речи). При этом мучительное предчувствие неполноценности своего высказывания блокирует механизм

звукопроизнесения. Лечение проводится преимущественно методами психотерапии.

ЛОГОПЕДИЯ (от греч. *logos* - слово, речь и *paideia* - воспитание, обучение) - пед. наука, отрасль дефектологии, изучающая аномалии развития речи при нормальном слухе. Л. исследует природу, механизмы и проявления речевых нарушений, разрабатывает научные основы их предупреждения и преодоления средствами спец. обучения и воспитания. Первые попытки коррекции речевых нарушений описаны в трудах по сурдопедагогике в XVII в. (дефекты речи при сохранном слухе тогда не выделялись в особую проблему). Как самостоятельная научная отрасль Л. оформилась во второй половине XIX в. До 30-х гг. XX в. в Л. преобладало упрощенное представление о речевых нарушениях как дефектах речедвигательной мускулатуры; рассмотрение недостатков речи велось главным образом в русле разработки симптоматич. приемов преодоления двигательных трудностей артикулирования. Эти вопросы, наряду с проблемой коррекции дыхательной системы, составляли основное содержание Л. Практич. коррекционные мероприятия имели преимущественно мед. направленность. С расширением и углублением научных представлений о природе речевой деятельности коренным образом изменилось направление Л. - на первый план стало выдвигаться пед. содержание. Совр. Л., опираясь на общие принципы дефектологии, а также взаимодействуя с др. науками (психологией, физиологией, языкознанием), рассматривает речь как системное многофункциональное образование, влияющее на психич. развитие. Недостатки речи различны по своей природе и проявлениям, по степени выраженности и влияния на психич. состояние и развитие. Одни из них (напр., косноязычие) касаются произносительной стороны, другие проявляются не только в дефектах произношения, но и в нарушениях чтения и письма (дислексия, дисграфия), захватывают и лексико-грамматич. сторону речи (напр., алалия, афазия). Наряду с нарушениями языковых средств существуют также отклонения в формировании речевого поведения, приводящие к заиканию. При логопедия,

исследовании, помимо произносительных дефектов, устанавливается уровень лексико-грамматич. развития, овладения звуковым составом слова, письменной речью. Исследуется состояние рецепторной деятельности, познавательных процессов. Нарушения речи преодолеваются пед. методами; спец. обучение и коррекционно-воспитательные мероприятия по мере необходимости согласуются с мед. рекомендациями. Исследования речевой патологии способствуют расширению представлений в области общей психологии и педагогики речи. Логопедич. помощь детям с нарушениями речи оказывается в спец. (коррекционных) образовательных учреждениях соответствующего профиля и массовых школах, дошкольных учреждениях, дет. поликлиниках и стационарах.

ЛОГОТЕРАПИЯ (от греч. *logos* - слово, значение, смысл и *thempeia* - забота, уход, лечение) - 1) термин, предложенный В.В. Ковалевым для обозначения широкого спектра лечебных воздействий посредством слова. Т. е. в данном смысле использовано одно, достаточно узкое значение греч. понятия *logos* - «слово»; Л., таким образом, означает «лечение словом», в противовес медикаментозному и хирургическому лечению. Фактически в такой трактовке Л. выступает синонимом психотерапии. В совр. лит-ре предпочтение отдается именно термину «психотерапия»; понятие «Л» в указанном смысле широкого применения не имеет; 2) общепсихологич. учение и основанный на нем метод психотерапии, разработан В. Франклом. *Logos* в данном случае трактуется как «смысл». Согласно Франклу, стержневым образованием личности является смысл жизни, т. е. индивидуальная совокупность обобщенных ценностных ориентации. Несформированность или утрата этого смысла, по Франклу, влечет за собой разнообразные нервные и психич. расстройства. Психотерапия, таким образом, призвана гармонизировать ценностно-смысловую сферу личности. Данная концепция получила известность в России в середине 80-х гг. Практическое же ее применение до настоящего времени довольно ограничено; 3) совокупность психотерапевтических методов и приемов,

направленных на преодоление речевых нарушений. Отечественными логопедами и психиатрами установлено, что в ряде случаев нарушение речи, в частности заикание, обусловлено психич. травмами, т. е. имеет невротическую природу. Поэтому специфических логопедич. упражнений оказывается недостаточно для полного устранения подобных нарушений; часто необходимы меры психотерапевтич. воздействия. В отечественной литературе для характеристики этой сферы (пограничной для логопедии и психотерапии) иногда употребляется понятие «Л.». В силу того, что данный термин неоднозначен, для соблюдения науч. корректности при его употреблении в каждом конкретном случае желательно прокомментировать, какой именно смысл в него вкладывается.

МАШИНООБРАЗНОСТЬ ДВИЖЕНИЙ – отсутствие плавности движений в сочетании с их стереотипностью.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ - орган, осуществляющий комплектование специальных (коррекционных) образовательных учреждений, т.е. отбор аномальных детей в зависимости от специфики и степени выраженности дефекта. В состав комиссии входят представители отделов народного образования и здравоохранения (областного, городского или районного), врачи (психоневролог или дет. психиатр), педагог-дефектолог, логопед, психолог. В необходимых случаях привлекаются отоларинголог, офтальмолог, ортопед (либо рассматриваются их письменные заключения). С помощью различных психолого-пед. методов проводится комплексное обследование ребенка. Его результаты в совокупности с данными анализа соответствующей документации служат основанием для направления ребенка в образовательное учреждение того или иного типа.

МУТИЗМ – полное отсутствие целенаправленной речевой коммуникации при возможности случайного произнесения отдельных слов или даже фраз.

НЕАРТИКУЛИРОВАННОСТЬ – нечеткость, смазанность (речи).

НЕВРОТИЧЕСКИЙ – имеющий своей причиной невроз (т. е. вызванное внешним психотравмирующим воздействием расстройство психики).

НЕГАТИВИЗМ – сопротивление, лишённое разумных оснований.

НЕЙРОИНФЕКЦИЯ – инфекция, поражающая нервную систему. Нейроинфекцией вызывается, например, энцефалит.

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ – свойство человеческого мозга, заключающееся в возможности изменяться под действием опыта, а также восстанавливать утраченные связи после повреждения или в качестве ответа на внешние воздействия. Это свойство описано сравнительно недавно. Ранее было общепринятым мнение, что структура головного мозга остается неизменной, после того, как сформируется в детстве. Мозг состоит из взаимосвязанных нервных клеток (нейронов). Процесс научения может происходить посредством изменения прочности связей между нейронами, возникновения или разрушения связей, а также процесса нейрогенеза. Нейропластичность относится к процессам возникновения/разрушения связей и нейрогенезу.

ОБУЧЕНИЕ – способ совместной деятельности педагога и ребенка, направленный на освоение последним знаний, навыков и умений, на формирование умственных способностей, воспитание чувств, поведения и личностных качеств.

ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ (ОНР) – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте (звукопроизношение, фонематический слух, лексика, грамматический строй речи, связная речь, просодика).

ПАРЦИАЛЬНЫЙ – частичный, относящийся к ограниченной области.

ПАТОГЕННЫЙ – болезнетворный.

ПЕРВАЗИВНЫЙ – всепроникающий.

ПОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ – безотчетное поведение ребенка, определяемое объектами, случайно оказывающимися в поле его восприятия.

ПОЛИОМИЕЛИТ (от греч. polios - серый и myelos - спинной мозг), детский спинномозговой паралич - острое инфекционное заболевание, обусловленное вирусным поражением спинного мозга. Болеют чаще всего дети в возрасте до 5 лет. При паралитической форме П. появляются параличи мышечных групп, иннервируемых спинномозговыми центрами. Нередко впоследствии этот дефект устраняется не полностью и сохраняется длительное время. В середине XX в. заболеваемость П. в ряде стран приобрела эпидемич. характер. Разработка и широкое применение эффективных вакцин способствовали снижению заболеваемости.

ПОСТАНОВКА ЗВУКА – создание при помощи специальных приемов новой нервной связи между звуковыми (восприятие произнесенного звука), двигательными-кинестетическими (самостоятельное воспроизведение звука и зрительное восприятие артикуляции звука) ощущениями; постановка звуков, дыхания, голоса – первый этап формирования произносительных навыков у глухих, слабослышащих детей, у детей с нарушениями речи; характеризуется широким использованием сохранных анализаторов (зрительного, кожного, двигательного, слухового), применением разнообразных методических приемов, технических приспособлений, в результате чего ребенок усваивает то или иное произносительное умение; за этапом произносительных умений следует этап их автоматизации, превращения умений в прочные навыки, что достигается в результате специальных упражнений и речевой практики.

ПРОИЗВОЛЬНЫЙ (по отношению к вниманию, поведению и т.д.) – сознательно регулируемый, направленный на достижение определенной цели.

ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ ПАРАЛИЧ - паралич мимико-артикуляционной мускулатуры, обусловленный двусторонним поражением

проводящих путей, идущих от коры мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего, добавочного и подъязычного нервов (IX, X, XI, XII пары черепно-мозговых нервов). При П. п. органич. недостаточность иннервации речевого аппарата проявляется в виде характерного нарушения звукопроизношения - псевдобульбарной дизартрии. Характеризуется нарушениями мышечного тонуса, ограниченной подвижностью артикуляционных мышц, нарушениями дыхания и голосообразования.

ПСИХОДРАМА – воспроизведение впечатления, подобного травмирующему, с постепенным нагнетанием напряжения, кульминацией и благополучным разрешением в конце.

ПСИХОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ - отрасль психологии, изучающая особенности психики людей, для к-рых характерно отклонение от нормального развития, вызванное врожденными или приобретенными дефектами. В зависимости от специфики дефекта выделяют психологию слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), а также детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и др. П. с. является составной частью дефектологии. Научные основы отечественной П. с. заложены в 20-х гг. XX в. Л.С. Выготским, показавшим, что первичный дефект (напр., нарушение функционирования анализатора) приводит к вторичным изменениям психич. развития, перестройке взаимоотношений с окружающими, а также обуславливает своеобразное развитие и формирование высших психич. функций. В Москве в 1930 г. в Экспериментально-дефектологич. институте (ныне Институт коррекционной педагогики РАО) впервые в мире была создана лаборатория П. с. (под руководством Л.В. Занкова). На основе исследований по П. с. разрабатываются психолого-пед. рекомендации, способствующие совершенствованию содержания и методов учебно-воспитательной работы в спец. школах и дошк. учреждениях для аномальных детей.

РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) - это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития мозга и

характеризующееся отклонениями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, повторяющимся поведением. Синдром Каннера - аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира. Под названием «синдром РДА» впервые описан Лео Каннером в 1943 г. Независимо от Каннера синдром был описан в 1944 г. Г. Аспергером и в 1947 г. С.С. Мнухиным. Наиболее существенные симптомы РАС: аутизм - одиночество ребенка, отсутствие стремления к общению; консервативность - сопротивление любым переменам обстановки, склонность к стереотипным занятиям, однообразие интересов и пристрастий; речевые нарушения; ранняя (проявляющаяся до двух с половиной лет) патология психич. развития (в большей мере связанная с нарушением развития, нежели с регрессом). РАС встречается у 3-6 из 10 000 детей; у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек. Высказанная Каннером гипотеза о психогенном характере РАС (т. е. о возникновении РАС вследствие психич. травматизации) в дальнейшем полного подтверждения не получила. Совр. исследователи насчитывают свыше 30 патогенных факторов, обуславливающих недостаточность ЦНС и имеющих следствием РАС. Также подвергается сомнению то, что у страдающих РАС детей существует хотя бы короткий период нормального развития. Уже в младенчестве таких детей отличают некоторые характерные особенности, среди к-рых наиболее существенная - нарушение оценки внешнего раздражителя и неправильные реакции на него. Дети отличаются либо пассивностью, либо повышенной возбудимостью (причем один и тот же ребенок может попеременно демонстрировать оба эти типа поведения). Комплекс оживления либо отсутствует, либо выражен парадоксально: реакции оживления могут вызвать не лица взрослых (при этом близкие и посторонние взрослые не дифференцируются), а неодушевленные предметы. В возрасте около шести месяцев проявляются особенности моторного развития, главным образом моторная вялость. В возрасте примерно двух с половиной лет рельефно проявляются трудности формирования

целенаправленного поведения, а также речевые нарушения. Неудачные контакты с окружающими порождают у детей повышенную тревожность и страхи. Самоизоляция приводит к искажению приспособления к внешнему миру, представлений о нем. Коррекция осуществляется посредством комплекса психотерапевтич., пед. и мед. воздействий. Решающая роль принадлежит мероприятиям по формированию контактов с внешним миром, смягчению эмоционального дискомфорта.

РЕАБИЛИТАЦИЯ - восстановление или компенсация утраченной функции, мероприятия в отношении больных детей, направленные на то, чтобы ребенок овладел умениями и навыками, система мероприятий, имеющих целью быстрее и наиболее полное восстановление здоровья больных и возвращение их к активной жизни.

РИНОЛАЛИЯ (от греч. rhinos - нос и лат. lalia - речь), палатолалия - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологич. дефектами речевого аппарата. Искажения тембра голоса и звукопроизношения проявляются вследствие нарушения нормального участия носовой полости в голосообразовании. Через расщелину в мягком и твердом небе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа; при этом звуки речи становятся излишне нозализованными (носовыми), речь малоразборчивая, монотонная (устаревшее название Р. - гнусавость). Такая форма Р. называется открытой в отличие от закрытой, к-рая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, искривлениях носовой перегородки, опухолях и хронич. воспалительных процессах носоглотки. При закрытой Р. носовой резонатор полностью или частично выключается из процесса звукообразования и голос лишается ряда обертонов, звучит глухо, с искажением носовых звуков «м», «н».

СЕНЗИТИВНОСТЬ – повышенная чувствительность.

СЕНЗИТИВНЫЙ ПЕРИОД (ВОЗРАСТ) (от лат. sensibilitas - чувствительный) - этап возрастного развития ребенка, наиболее

благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования определенных психич. функций. Исследование осуществлялось М. Монтессори, которая использовала его для обозначения дошк. детства, к-рое она считала наиболее важным этапом психич. Развития ребенка. Л.С. Выготский, разработавший оригинальную периодизацию возрастного развития, расширил и конкретизировал это понятие, показав, какие конкретные этапы являются оптимальными для возникновения определенных психич. новообразований. Исследованиями ряда отечественных и заруб. психологов и педагогов показано, что как преждевременное, так и запаздывающее по отношению к С. п. обучение менее эффективно, чем своевременно согласованное с С. в. В дефектологии показано, что наибольший коррекционный эффект обучения аномальных детей также зависит от выбора оптимального возрастного этапа. С этих позиций научно обоснована необходимость раннего коррекционного обучения, поскольку первые годы жизни ребенка - наиболее благоприятный этап для формирования высших психич. функций.

СЕНСОМОТОРНЫЙ – объединяющий сенсорные и моторные (двигательные) качества.

СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ – это способность синтезировать, систематизировать и обрабатывать сенсорную информацию, полученную от нашего тела и окружающей среды. Теория сенсорной интеграции является неврологическим процессом, который организует чувства, исходящие от нашего тела и окружающей среды, чтобы мы могли эффективно использовать свое тело во взаимодействии с окружающей средой. Мозг использует этот процесс в повседневной жизни. Другими словами, сенсорная интеграция создает осмысленные и целенаправленные ответы на сенсорный опыт. Данная способность синтезирует, систематизирует и обрабатывать сенсорную информацию, полученную от тела и окружающей среды. Обеспечивая сенсомоторное развитие, развивая мозг с помощью осмысленной сенсомоторной активности, реализуется обучение. Для

сенсомоторного развития человек должен находиться в контакте с окружающей средой. Значительная сенсомоторная активность важна в терапии сенсорной интеграции, поскольку правильное общение формирует развитие мозга и обеспечивает способность нервной системы к изменениям (пластичность).

СЕНСОРНЫЙ – относящийся к органам чувств.

СИМБИОЗ – совместное нераздельное существование.

СИМБИОТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ – связь по типу симбиоза, не предполагающая содержательного общения и эмоционального взаимодействия.

СКАНДИРОВАНИЕ – акцентирование ударениями и интонацией отдельных слогов и слов.

СЛОЖНЫЙ ДЕФЕКТ - сочетание двух и более дефектов развития, к-рое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих. Дети с С. д. - особая категория аномальных детей, в к-рой выделяются следующие группы: умственно отсталые слепые и слабовидящие; умственно отсталые глухие и слабослышащие; глухие слабовидящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Сочетание дефектов искажает развитие этих детей в значительно большей степени, чем аномальных детей других категорий. Их обучение и воспитание осуществляются в спец. учебно-воспитательных учреждениях, куда они направляются на основании заключения о степени выраженности того или другого дефекта. Употреблявшийся ранее в качестве синонима термин «комбинированный дефект» в настоящее время признан недостаточно отражающим специфику аномального развития данной категории детей и поэтому исключен из употребления.

СОМАТИЧЕСКИЙ – телесный; относящийся к телу.

СОПРЯЖЕННАЯ РЕЧЬ - логопедич. прием, заключающийся в одновременном созвучном произнесении двумя или несколькими людьми

слов и фраз. Для детей с нарушением речи высказывание в С. р. значительно легче самостоятельного. Поэтому С. р. используется как важный способ преодоления речевых нарушений (в частности, заикания) на ранних этапах логопедич. работы, предшествующих самостоятельному проговариванию.

СТЕРЕОТИПИЗАЦИЯ – преобразование в стереотипную форму.

СТЕРЕОТИПИИ – устойчивые формы однообразных действий.

СУДОРОГИ - непроизвольные сокращения мышц, характеризующиеся высокой степенью их напряжения. Различают тонические С. - длительное напряжение мышц, и клонические С. - кратковременные толчкообразные сокращения. С. возникают спонтанно как реакция на определенные внешние и внутренние раздражители; могут быть следствием эпилепсии, органич. поражений головного мозга. У детей легко возникают в раннем возрасте (что обусловлено незрелостью ЦНС) под влиянием инфекций, травм, психогенных воздействий. Существуют спец. противосудорожные препараты, к-рые назначаются врачом параллельно с курсом лечения основного заболевания, вызвавшего С.

ТАКТИЛЬНЫЙ – относящийся к ощущениям прикосновения и давления.

ТАХИЛАЛИЯ (от греч. tachys - быстрый и lalia - речь) - нарушение речи, выражающееся в чрезмерной скорости ее темпа при сохранении фонетического оформления, лексики и грамматич. строя речи. Т. следует отличать от баттаризма, при к-ром нарушаются и др. названные компоненты речи. Устраняется во время спец. логопедич. занятий.

ТИК (франц. tic) - стереотипные непроизвольные движения в форме подергивания век, лицевой мускулатуры, плеч и др. Тики имеют различное происхождение. Функциональный Т. часто сопутствует неврозам, невропатии, являясь искаженным внешним проявлением подавленных отрицательных эмоций. В этом случае ЦНС не повреждена; психотерапевтич. лечение способствует полному устранению функциональных тиков. Т., обусловленный недоразвитием ЦНС в связи с вредностями внутриутробного

периода, исчезает по мере созревания нервной системы. Органический Т. возникает в результате травмы головного мозга. За исключением редких, особо тяжелых случаев, тики устраняются при правильном лечении и благоприятных условиях воспитания.

ТОНИЧЕСКАЯ СУДОРОГА (от лат. tortus - напряжение) - длительное сокращение мышц, вызванное перевозбуждением подкорковых мозговых образований. Приводит к продолжительному напряжению и вынужденному неестественному положению органов.

ТРЕМОР (от лат. tremor - дрожание) - непроизвольные дрожательные колебания головы, конечностей или всего тела. Выступает симптомом паркинсонизма и некоторых эндокринных нарушений. Иногда возникает вследствие переутомления. Препятствует целенаправленной двигательной активности.

ФОНЕМАТИЧЕСКИ СЛУХ – тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ – нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

ФОНИАТРИЯ – раздел медицины, изучающий проблемы зубов и патологии голосовых связок и гортани, приводящие к нарушениям голоса (дисфония), методы лечения и профилактики нарушений голоса, а также способы коррекции нормального голоса в желаемую сторону.

ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ (от англ. to hold - держать) - оригинальный метод коррекции эмоциональных нарушений в дет. возрасте, разработанный американским психотерапевтом М. Велш. Процедура Х.-т. весьма проста: мать крепко обнимает ребенка и удерживает его, несмотря на сопротивление. При этом лица ребенка и матери обращены друг к другу. После нескольких сеансов Х.-т. (продолжительностью около часа) сопротивление ребенка

уменьшается и наступает расслабление. Метод продемонстрировал высокую эффективность в клинике РДА.

ЭТИОЛОГИЯ – причины возникновения болезни или нарушения развития.

ЭХОЛАЛИЯ (по имени нимфы Эхо в древнегреч. мифологии: согласно преданию, Эхо окаменела и от нее остался только голос, способный повторять лишь окончания произнесенных в ее присутствии слов) - автоматическое повторение услышанных слов, когда вместо ответа больной повторяет обращенный к нему вопрос. Иногда встречается у детей на ранних этапах становления речи, не выступая симптомом патологии; впоследствии исчезает. Встречается при олигофрении (в основном имбецильности); наиболее выражена при РАС и шизофрении.

ЭХОПРАКСИЯ - автоматическое повторение движений и действий других людей. Чаще проявляется в форме подражательного повторения несложных действий, к-рые совершаются непосредственно перед глазами больного. Наиболее выражена при шизофрении; встречается также при глубокой умственной отсталости. Разновидность Э. - эхолалия.

Тесты

1. Центральным отделом речевого аппарата является:

- а) язык и губы;
- б) гортань с надгортанником;
- в) грудная клетка с бронхами;
- г) кора больших полушарий.

2. Область коры головного мозга, связанная с организацией произвольных движений, регуляцией сложных форм поведения:

- а) лобная;
- б) теменная;
- в) височная;
- г) затылочная.

3. Периферическим отделом речевого аппарата является:

- а) ретикулярная формация;
- б) эфферентный двигательный путь;
- в) фонаторный;
- г) афферентный двигательный путь.

4. Зона Вернике находится:

- а) в передней центральной извилине;
- б) в верхней височной извилине;
- в) в средней височной извилине;
- г) в средней лобной извилине.

5. Произносительная сторона речи включает в себя:

- а) голос;
- б) словарный запас;
- в) словообразование;
- г) словоизменение.

6. Зона Брока находится:

- а) в задней центральной извилине;
- б) в нижней теменной области;
- в) в нижней лобной извилине;
- г) в верхней лобной извилине.

7. Признак, характеризующий согласные звуки по месту образования:

- а) взрывные;
- б) переднеязычные;
- в) аффрикаты;
- г) твердые.

8. По данной характеристике определите звук: согласный; ротовой; глухой; смычно-щелевой; переднеязычный; твердый:

- а) [ф];
- б) [х];
- в) [ц];
- г) [ч].

9. Гласный звук, относящийся к нижнему подъему языка:

- а) [и];
- б) [у];
- в) [о];
- г) [а].

10. Признак, характеризующий согласные звуки по способу образования:

- а) щелевые;
- б) губно-зубные;
- в) глухие;
- г) шумные.

11. По данной характеристике определите звук: согласный; ротовой; глухой; щелевой; переднеязычный (кончик языка вверх); мягкий:

- а) [с];
- б) [ш];
- в) [щ];
- г) [ж].

12. Признак, характеризующий согласные звуки по уровню шума:

- а) губно-губные;
- б) мягкие;
- в) сонорные;
- г) звонкие.

13. Признак, характеризующий гласные звуки по участию губ:

- а) верхнего подъема;
- б) среднего ряда;
- в) носовые;
- г) лабиализованные.

14. По данной характеристике определите звук: согласный; ротовой; звонкий; щелевой; переднеязычный (кончик языка вниз); твердый:

- а) [с];
- б) [з];
- в) [ц];
- г) [ч].

15. Признак, по которому гласные отличаются от согласных:

- а) по работе голосовых складок;
- б) по участию в артикуляции мягкого неба;
- в) по наличию или отсутствию преграды в ротовой полости;
- г) по участию нижней челюсти.

16. По данной характеристике определите звук: согласный; ротовой; сонорный; смычно-проходной; боковой переднеязычный; твердый:

- а) [л];
- б) [р];
- в) [м];
- г) [j].

17. Деллабиализация – это:

- а) артикуляция звука, образуемая сближением или смыканием обеих губ;
- б) изменение в артикуляции звука в сторону исключения участия губ;
- в) произнесение звука с приподнятым мягким небом к задней стенке глотки;
- г) произнесение звука с опущенным мягким небом и продвинутым вперед маленьким язычком.

18. Звуковая организация речи при помощи чередования ударных и безударных слогов:

- а) тон;
- б) тембр;
- в) темп;
- г) ритм.

19. Диапазон голоса – это:

- а) энергия, мощность голоса, определяемая интенсивностью амплитуды колебания голосовых складок и измеряемая в децибелах;
- б) высотный объём голоса, измеряемый количеством тонов;
- в) индивидуальная окраска звуков голоса, зависящая от частоты и силы колебаний голосовых складок;
- г) продолжительность звуков во времени, измеряемая в миллисекундах.

20. Резкое возрастание амплитуды колебаний, возникающее при совпадении частоты колебаний внешней силы с частотой собственных колебаний системы:

- а) резонанс;
- б) диапазон;
- в) голос;
- г) сила голоса.

21. Звук с механическим способом ставится от:

- а) [ш];
- б) [т];
- в) [ж];
- г) [з].

22. Опорным для звука [л] является:

- а) [э];
- б) [е];
- в) [и];
- г) [ы].

23. Определите, что особенно удобно отрабатывать на гласных звуках в произносительной стороне речи:

- а) темп;
- б) речевое дыхание;
- в) ритм;
- г) паузы.

24. При устранении парасигматизмов в первую очередь необходимо:

- а) выработать направленную воздушную струю;
- б) дифференцировать носовое и ротовое дыхание;
- в) научить дифференцировать на слух звук от звука-заменителя;
- г) сформировать артикуляционную базу.

25. Звук ш механическим способом ставится от:

- а) [с];
- б) [з];
- в) [ж];
- г) [щ].

26. Особенность логопедической работы при горловом ротализме:

- а) развивать фонематический слух;
- б) дифференцировать носовое и ротовое дыхание;
- в) вызвать вибрацию без голоса;
- г) нейтрализовать губы.

27. Постановку этого звука рекомендуют начинать с межзубного произношения:

- а) ц;
- б) j;
- в) р;
- г) л.

28. Категория детей, в логопедической работе с которыми используются рефлекс запрещающие позиции для предупреждения или ослабления патологически усиленных позотонических рефлексов:

- а) дети с заиканием;
- б) дети с ринолалией;
- в) дети с дизартрией при церебральном параличе;
- г) дети со стёртой дизартрией.

29. Метод фонетической локализации для постановки звуков при дизартрии предполагает:

- а) значительно более длительные сроки работы над каждым звуком;
- б) одновременность работы над несколькими звуками, принадлежащими к разным артикуляторным группам;
- в) вызывание звука непосредственно в составе слога, а не в изолированном положении;
- г) вызывание «аналога» звука, не совпадающего полностью по своим акустическим и артикуляторным признакам с эталоном правильной речи, но чётко противопоставленный всем остальным звукам речи.

30. Упражнение для активизации движений мягкого нёба:

- а) жевание;
- б) глотание капель воды;
- в) поплеывание;
- г) дутьё.

31. Категория детей, в логопедической работе с которыми применяют зажимание крыльев носа:

- а) дети с заиканием;
- б) дети с ринолалией;
- в) дети с дизартрией;
- г) дети с дислалией.

32. Верная последовательность логопедической работы над свистящими звуками:

- а) [з], [зг], [с], [сг], [ц];
- б) [ц], [с], [з], [зг], [сг];
- в) [с], [з], [ц], [сг], [зг];
- г) [с], [сг], [з], [зг], [ц].

33. При нёбно-глочной недостаточности работу над коррекцией звукопроизношения при ринолалии начинают:

- а) с взрывных фонем;
- б) с фрикативных фонем;
- в) с аффрикат;
- г) с соноров.

34. Для постановки этого звука у детей с ринолалией актуален прием «поплевывания»:

- а) [к];
- б) [т];
- в) [с];
- г) [ф].

35. Особенность работы на этапе автоматизации звуков при ринолалии:

- а) рекомендуется использование утрированного, чеканного, протяжного произношения поставленного звука;
- б) рекомендуется более поздний переход от автоматизации на уровне звуков и слов к автоматизации на уровне фразы;
- в) допускается автоматизация звуков-«аналогов»;
- г) не допускается автоматизация звуков-«аналогов».

36. Логопедический тренажёр «Дэльфа» не включает:

- а) постановку звука;
- б) автоматизацию звука;
- в) дифференциацию звука;
- г) введение звуков в речь.

37. Рациональный тип дыхания:

- а) ключичное;
- б) верхнерёберное;
- в) брюшное;
- г) диафрагмальное.

38. Тренировка фонационного выдоха начинается:

- а) с длительного звучания гласных;
- б) с короткого произнесения согласных;
- в) с пропевания слогов;
- г) с попеременного звучания гласных и согласных.

39. Овладение этим умением способствует формированию у детей с церебральным параличом удлиненного произвольного выдоха:

- а) сглатывать слюну;
- б) правильно сморкаться;
- в) кашлять;
- г) полоскать горло.

40. Использование аппарата В.Ф. Фролова направлено на:

- а) формирование продолжительности, силы и направленности речевого выдоха;
- б) развитие координации и ритмизации движений и речи;
- в) воспитание навыков правильной голосоподачи и голосоуправления;

г) формирование интонационной выразительности речи.

41. Для облегчения усвоения детьми с ринолалией направленной воздушной струи на первых занятиях рекомендуют:

- а) кашлять;
- б) надувать щеки;
- в) зажимать крылья носа;
- г) зевать.

42. Работа над формированием речевого дыхания при ринолалии в дооперационный период:

- а) нужна, но невозможна;
- б) возможна и нужна;
- в) возможна, но не нужна;
- г) невозможна и не нужна.

43. Дифференцировочный этап логопедического обследования предполагает:

- а) беседу с родителями;
- б) обследование сенсорных процессов с целью отграничения первичной речевой патологии детей от сходных состояний, обусловленных нарушениями слуха;
- в) обследование фонематического восприятия;
- г) динамическое наблюдение за ребёнком в условиях специального обучения.

44. Логопедическое обследование в период доречевого развития младенца включает:

- а) обследование звукопроизношения;
- б) обследование активного словаря;
- в) обследование голосовых реакций;
- г) обследование фразовой речи.

45. Использование данного подхода к анализу речевых нарушений базируется на понимании «любой психической деятельности человека как сложной функциональной системы, реализация которой обеспечивается целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга, вносящих свой вклад в обеспечение этой функционирующей системы» (А.Р. Лурия).

- а) деятельностный подход;
- б) нейропсихологический подход;
- в) психолингвистический подход;
- г) психолого-педагогический подход.

46. Обследование физического слуха должно проводиться в помещении, длина которого не менее:

- а) 3 м;
- б) 4 м;
- в) 5 м;
- г) 6 м.

47. Метод для выявления факторов риска по тугоухости:

- а) метод наблюдения за реакциями детей в различных коммуникативных ситуациях
- б) метод обследования слуха речью;
- в) камертональный метод;
- г) метод скрининговой аудиометрии.

48. Автор одной из адаптированных к детям дошкольного возраста нейропсихологических методик обследования речевых и неречевых форм деятельности:

- а) А.Р. Лурия;
- б) Г.В. Чиркина;
- в) Т.Б. Филичева;
- г) Л.С. Цветкова.

49. Направление, относящееся к обследованию звукопроизношения:

- а) обследование строения артикуляционного аппарата;
- б) обследование состояния моторики артикуляционного аппарата;
- в) обследование состояния мимической мускулатуры;
- г) обследование состояния мелкой моторики.

50. Аномалия прикуса, при которой верхняя челюсть сильно выступает вперёд, вследствие чего отсутствует контакт передних зубов обеих челюстей при смыкании:

- а) прогения;
- б) прогнатия;
- в) передний открытый прикус;
- г) боковой открытый прикус.

51. Правильный тип слов для обследования звука З:

- а) зелёный, резина;
- б) таз, глаз;
- в) зонт, вазы;
- г) блузка, узкий.

52. Задание для обследования слоговой структуры слова:

- а) произнесение слов сложной слоговой структуры;
- б) произнесение слов с различными звуками в начале, середине и конце слов;

- в) повторение предложений из простых слов;
- г) повторение слогового ряда: ба-па-ба.

53. Задание, подходящее для обследования лексического строя речи:

- а) образовать слова с уменьшительно-ласкательным суффиксом;
- б) изучение падежного управления;
- в) подбор антонимов;
- г) понимание и употребление предлогов.

54. Задание, подходящее для обследования грамматического строя речи:

- а) показать названную картинку;
- б) назвать показанную картинку;
- в) образовать форму множественного числа;
- г) подбор синонимов, родственных слов.

55. Задание для обследования связной речи:

- а) составление предложений по картинке;
- б) составление рассказа о любимой игрушке;
- в) образование относительных прилагательных от существительных;
- г) образование слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами.

56. Прежде чем приступить к обследованию импрессивной стороны речи, логопед должен провести:

- а) обследование физического слуха;
- б) обследование фонематического слуха;
- в) обследование интеллекта;
- г) обследование памяти.

57. Особенность логопедического обследования при ринолалии:

- а) установление локализации судорог;
- б) выявление наличия синкинезий;
- в) установление наличия и степени небно-глоточной недостаточности;
- г) установление наличия страха перед речью.

58. Особенность логопедического обследования при дизартрии:

- а) установление рубцовых изменений твердого и мягкого неба;
- б) выявление речевых уловок;
- в) выявление наличия двуязычия в семье;
- г) выявление наличия насильственных движений.

59. Особенность логопедического обследования при заикании:

- а) выявление отсутствия или слабости врожденных безусловных рефлексов на ранних этапах развития;
- б) время выделения ведущей руки, наличие переучивания;

- в) установление трудностей во время принятия пищи (особенно в раннем возрасте);
- г) установление длины неба.

60. При постановке диагноза ребенку, имеющему нарушения звукопроизношения, принципиально важной является дифференциальная диагностика:

- а) дизартрии и дислалии;
- б) дизартрии и ринолалии;
- в) дислалии и ринолалии;
- г) стертой дизартрии и дислалии.

61. Проба, когда исследователь придаёт руке ребёнка определённую позу, глаза ребёнка закрыты, затем снимает её, а ребёнок должен воспроизвести позу другой рукой – это исследование:

- а) кинестетического праксиса;
- б) пространственного праксиса;
- в) динамического праксиса;
- г) стереогноза.

62. Задание «стоять с закрытыми глазами на правой, левой или обеих ногах и вытянутыми вперёд руками» исследует:

- а) динамическую координацию движений;
- б) пространственную организацию движений;
- в) статическую координацию движений;
- г) двигательную память.

63. Нарушение, при котором ребёнок не может воспроизвести ритмы по инструкции:

- а) нарушение пространственной организации движений;
- б) нарушение произвольной регуляции движений;
- в) инертность движений;
- г) нарушение схемы тела.

64. Нарушение, при котором ребёнок не может переключиться с одной артикуляции на другую, застрекает на отдельных звуках:

- а) нарушение сенсорной функции речи;
- б) нарушение кинестетической основы речи;
- в) нарушение кинетической организации речи;
- г) тормозимость следов.

65. Приём для исследования двигательной организации мягкого неба:

- а) закрыть глаза, вытянуть руки вперед, кончик языка положить на нижнюю губу;
- б) округлить губы (как при [o]) и удержать позу;

- в) сделать движение нижней челюстью вправо, влево;
- г) широко открыть рот и четко произнести [а].

66. Приём для обследования символического праксиса:

- а) показать оскал;
- б) изобразить испуг;
- в) закрыть правый глаз, затем левый;
- г) надуть обе щеки.

67. Прием, который нельзя использовать для развития подвижности мягкого нёба и задней стенки глотки:

- а) полоскание горла;
- б) искусственно вызываемые рвотные движения;
- в) искусственное покашливание;
- г) зевание.

68. Произнесение сочетаний гласных в работе над голосом при ринолалии не начинают с «у, и, ы», потому что:

- а) это звуки верхнего подъема языка;
- б) это звуки, разные по степени продвинутости языка;
- в) это звуки, разные по участию губ;
- г) это звуки, обладающие наиболее выраженным носовым оттенком.

69. Вокальные упражнения при ринолалии начинаются с пения:

- а) терций;
- б) кварт;
- в) квинт;
- г) октав.

70. Занятия вокальными упражнениями при ринолалии немедленно прекращаются, если наступает:

- а) расслабление языка;
- б) расслабление нёба;
- в) расслабление губ;
- г) напряжение нёба.

71. Вокальные упражнения выполняются в положении:

- а) лёжа;
- б) сидя;
- в) стоя;
- г) положение значения не имеет.

72. В процессе вокальных упражнений при ринолалии верхнюю ноту поют дважды, чтобы:

- а) запомнить ее звучание;

- б) развивать силу голоса и диапазон звучания;
- в) улучшить тембровые характеристики;
- г) удлинить выдох и увеличить продолжительность нёбно-глоточного смыкания.

73. Фактор эффективности применения компьютерной программы «Видимая речь»:

- а) популяризация;
- б) визуализация;
- в) реабилитация;
- г) интеграция.

74. Работа над голосом у детей с церебральным параличом при выраженности позотонических рефлексов должна начинаться:

- а) в позиции «лёжа»;
- б) в позиции «стоя»;
- в) в позиции «сидя»;
- г) в рефлекс запрещающих позициях.

75. Определите звук, содержащий резонирование как высоких тонов, так и низких:

- а) [a];
- б) [y];
- в) [o];
- г) [и].

76. Прием, с помощью которого можно быстро проверить опускание глотки:

- а) приложить пальцы к губам и верхней челюсти для ощущения некоторого дрожания при произнесении звука [м];
- б) положить пальцы на хрящ гортани (адамово яблоко), сделать глубокий вдох носом, пальцы должны ощутить движение хряща вниз;
- в) приложить пальцы обеих рук к ушам, закрывая полностью наружный слуховой проход, для ощущения некоторой вибрации при произнесении звука [м];
- г) положить ладонь на грудь, делать глубокие вдохи и выдохи на звуке [а].

77. Выберите характеристику голоса:

- а) темп;
- б) паузация;
- в) тембр;
- е) ритм.

78. В работе над интонацией при различных нарушениях речи для лучшего контроля изменения голоса по высоте применяют:

- а) различные движения головой;
- б) различные движения рук;
- в) отстукивание ногой;
- г) отстукивание рукой.

79. Служебные части речи, которые рекомендуется использовать при обучении интонационной выразительности:

- а) союзы;
- б) предлоги;
- в) междометия;
- г) частицы.

80. Задание на закрепление интонации с опорой на звук и знак препинания:

- а) скажи «а» громко и радостно; радостно, но тихо;
- б) игра «Нашли букву» с интонацией, «Наконец-то нашлась, никому не отдам» или «Ишь, спряталась, ищи ее»;
- в) плавное произношение ряда гласных с выделением голосом гласного, помеченного значком;
- г) прочитай «а» на той карточке, где обозначена радость.

81. Формирование диафрагмального дыхания у детей с заиканием проводится в положении:

- а) лежа;
- б) сидя;
- в) стоя;
- г) положение значения не имеет.

82. Автор парадоксальной дыхательной гимнастики для лиц с заиканием:

- а) Л.И. Белякова;
- б) М.Е. Хватцев;
- в) А.Н. Стрельникова;
- г) М.Н. Щетинин.

83. Распространенная ошибка в работе по формированию речевого дыхания у детей с заиканием:

- а) работа проводится на фоне мышечного расслабления;
- б) ребенок делает вдох и выдох произвольно;
- в) диафрагмальный тип дыхания тренируется при выполнении физических упражнений;
- г) чрезмерное наполнение легких воздухом во время вдоха.

84. Парадоксальность дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой для заикающихся состоит в том, что:

- а) основное внимание уделяется вдоху;
- б) основное внимание уделяется выдоху;
- в) основное внимание уделяется чередованию вдоха и выдоха;
- г) внимание не заостряется ни на вдохе, ни на выдохе.

85. В начале работы по развитию голоса заикающиеся учатся использовать регистр:

- а) головной (верхний);
- б) смешанный (средний);
- в) грудной (нижний);
- г) любой по желанию.

86. В работе над голосом лиц с заиканием учат начинать произнесение каждого гласного:

- а) с мягкой атаки;
- б) с твердой атаки;
- в) с придыхательной атаки;
- г) атака звука значения не имеет.

87. Татакирование – это:

- а) воспроизведение темпа;
- б) воспроизведение тембра;
- в) воспроизведение ритма;
- г) выносливость.

88. В работе над ритмической речи коррекционная работа базируется:

- а) на звуке;
- б) на слоге;
- в) на слове;
- г) на словосочетании.

89. Упражнение на устранение ускоренного темпа речи у заикающихся:

- а) удлинение произнесения звуков;
- б) ходьба с остановками в строгом соответствии со звуковыми сигналами;
- в) отстучать по подражанию предъявленные изолированные удары;
- г) проговаривание фраз под медленную музыку.

90. Упражнение на развитие восприятия ритма:

- а) прослушать серии простых ударов, определить их количество путем показа соответствующей карточки;
- б) произнесение односложных слов;
- в) проговаривание фраз в медленном темпе сопряженно и отраженно за логопедом;

г) прослушивание текста и определение количества предложений с заданной интонацией.

91. Упражнение на воспроизведение неречевого ритма:

- а) произнесение пар слов с гласными, находящимися в ударной и безударной позиции (суп – супы);
- б) отстучать по подражанию предъявленные серии акцентированных ударов;
- в) ответы на вопросы логопеда сначала шепотом в медленном темпе, затем – вслух;
- г) прослушать изолированные удары, определить их количество путем показа карточек с соответствующими ритмическими структурами.

92. Упражнение на освоение ритмики слова:

- а) свободная маршировка под музыку со сменой направлений;
- б) самостоятельное воспроизведение по предъявленной карточке ударов и их серий;
- в) произнесение словосочетаний и предложений с разными комбинациями по месту ударения;
- г) прямой счет с усилением голоса и обратный с ослаблением.

93. Размер стиха, с которого начинают работу над ритмом при заикании:

- а) ямб;
- б) хорей;
- в) дактиль;
- г) амфибрахий.

94. Выберите строчку, имеющую ритмический рисунок ямба:

- а) Наша Таня громко плачет...;
- б) Крошка сын к отцу пришел...;
- в) Идет бычок качается...;
- г) Падают, падают листья....

95. Теппинг – это:

- а) послоговый ритм;
- б) пословный ритм;
- в) медленный темп;
- г) быстрый темп.

96. Менее отчетливое произношение, приводящее к ослаблению качества звучания безударных гласных, в результате чего они теряют в долготе и силе:

- а) дикция;
- б) индукция;
- в) дедукция;
- г) редукция.

97. Полный стиль произнесения – это:

- а) устная речь с редуцированным произнесением безударных гласных;
- б) устная речь с нередуцированным произнесением безударных гласных;
- в) устная речь с проговариванием непроезносимых согласных (здравствуй);
- г) устная речь с орфографическим произнесением.

98. Условие, позволяющее заикающимся при обучении теппированию легко вступать в речь:

- а) движения руки во время речевой паузы не прекращаются;
- б) движения руки во время речевой паузы прекращается;
- в) подключаются движения второй руки;
- г) движения переключаются на ноги.

99. Работу над процессом паузирования при заикании начинают:

- а) на материале диалогической речи;
- б) на материале малых фольклорных жанров;
- в) на материале стихов, где конец строки совпадает с окончанием речевого выдоха;
- г) на материале стихов, где конец строки не совпадает с окончанием речевого выдоха.

100. Развитие навыка интонационного оформления речи у заикающихся начинают:

- а) с вопросительной интонации;
- б) с восклицательной интонации;
- в) с интонации завершенности;
- г) синтонации незавершенности.

Учебное издание

**Авдеева Ирина Николаевна
Мурованая Нонна Николаевна
Курбангалиева Юлия Юрьевна**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Изд. № 133/2022. Объем 16,25 п.л. Усл. печ. л. 15,11. Уч.-изд. л. 15,925.
РИИЦМ ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»