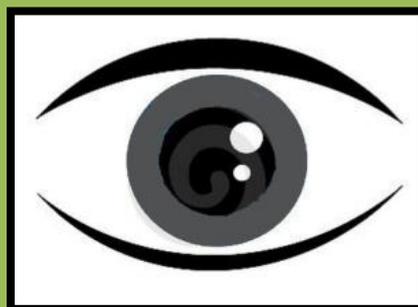


Тема номера: Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья.

*Ребенок – это
грядущее!*

Виктор Гюго.



ВЗГЛЯД

Научно-методический, практический журнал

№ 5

2019



*Методический совет учителей-дефектологов
МБДОУ « Детский сад № 60 компенсирующего вида» г. Сыктывкара*

Нормативные и правовые документы и материалы

Материал подготовил
руководитель Методического Совета
учителей - дефектологов
Гроссман Марина Валериевна

Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья.



Научная основа стратегии развития образования в Российской Федерации детей с особыми образовательными потребностями на период до 2030 года.

По заказу Министерства просвещения Российской Федерации, в рамках Государственного задания № 27.12914.2018/12.1 ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» разработал Концепцию развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, которая должна послужить научной основой для разработки «Стратегии развития образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью до 2030 года».

Впервые в России создана целостная, научно обоснованная Концепция развития образования во всех возможных формах и на всех его уровнях, начиная с первых лет жизни ребенка с ОВЗ. Она разработана специалистами отечественной научной школы и основана на результатах современных исследований в области специальной психологии и коррекционной педагогики, на данных актуальных междисциплинарных исследований, научных представлениях о специфике современного детства и анализе современного состояния и тенденций

развития образования детей с ОВЗ за рубежом и в России.

Разработчики – признанные лидеры в области возрастной и специальной психологии, коррекционной педагогики:



Н.Н. Малофеев – доктор педагогических наук, академик РАО, и.о. директора ИКП РАО.

О.С. Никольская – доктор психологических наук, главный научный сотрудник ИКП РАО.

О.И. Кукушкина – доктор педагогических наук, академик РАО, главный научный сотрудник ИКП РАО.

Е.Л. Гончарова – доктор психологических наук, зав. отдела научных исследований ИКП РАО.

О.А. Карабанова – доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой возрастной психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

И.А. Коробейников – доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник ИКП РАО.

В.З. Кантор – доктор педагогических наук, профессор, проректор по инклюзивному образованию РГПУ им. А.И. Герцена.

В Концепции представлены основные положения, ключевые ориентиры и выделенные стратегические направления развития всех уровней образования детей с ОВЗ от первого, базового, обеспечивающего семье своевременную психолого-педагогическую помощь в раннем возрасте ребенка до уровня профессиональной подготовки молодых людей и инвалидов с ОВЗ.

Концепция определяет пути достижения качественно более высоких результатов в развитии, воспитании, образовании, социализации и профессионализации детей с ОВЗ, развитие социального статуса ребенка, сохранение и развитие социального статуса и жизненной перспективы семьи, его воспитывающей.

Доктрина основана на современных представлениях отечественной научной школы культурно-исторической дефектологии. Научная традиция, где главной ценностью обучения является введение ребенка в пространство культуры и социума, предполагает направленность на максимальное использование потенциала развития детей с ОВЗ для подготовки к возможно более полной и активной жизни в социуме.

Основополагающим в предложенной Концепции является традиционное для отечественной научной школы понимание общности законов психического и социального развития «обычного» и «особого» ребенка. С этих позиций сформулированы ценностные ориентиры в воспитании и обучении детей с ОВЗ на разных этапах их взросления, обоснованы стратегические направления развития образования и его ожидаемые результаты.

Руководствуясь представлением о том, что именно в раннем возрасте возможно максимально эффективное предупреждение и коррекция вторичных по своей природе нарушений развития, **Концепция придает исключительное значение оказанию ранней помощи.**

На основе анализа данных современных исследований специальной психологии и коррекционной педагогики указывается, что акцент на предупреждении нарастания отклонений во многих случаях значительно улучшает прогноз ребенка, и позволяет ему перейти в следующий возрастной этап с возросшим потенциалом психического и социального развития. С этих позиций обосновывается необходимость введения нового уровня образования детей с ОВЗ (от рождения до 3 лет), который должен стать базовым для всей системы образования таких детей.

Традиционно рассматривая введение ребенка с ОВЗ в родную культуру как источник его развития, Концепция считает необходимым условием непосредственное взаимодействие ребенка на всех этапах образования со взрослым носителем культуры, которое не может быть заменено и подменено самыми современными технологиями.

Реализованное в Концепции новое понимание роли аффективной сферы в психическом и социальном развитии определяет особое значение эмоциональной стабильности ребенка как обязательного условия реализации всех ресурсов его развития. Возвращается ценность задач воспитания ребенка как процесса обеспечения его аффективной стабильности, развития в ценностных ориентирах своей семьи и культуры, дающих устойчивость к деструктивным провокационным вызовам, предсказуемо возникающим в условиях кризисного характера современного детства и особенно опасных для детей с ОВЗ.

Придавая огромное значение предоставлению ребенку с ОВЗ среды, стимулирующей его социальное развитие, понимая важность создания условий для его полноценного общения со сверстниками, Концепция ответственно подходит к решению задач инклюзивного образования. На основе результатов современных исследований показывается, что такая форма образования может быть полезной ребенку с ОВЗ, если выбранный образовательный маршрут соответствует зоне его ближайшего развития, и может быть пагубной для него, если значительно превышает ее пределы.

На этом основании в Концепции формулируется базовое для данной научной школы положение о необходимости предоставления детям с ОВЗ самого

широкого диапазона выбора вариантов образовательных маршрутов на каждом уровне образования не только по нозологической группе, но и в соответствии с уровнем психического и социального развития ребенка. Вот почему столь необходимой становится разработка психолого-педагогической типологии детей каждой нозологической группы и развитие понятия «особые образовательные потребности» ребенка с определенным ограничением здоровья и вариантом психического развития.

В Концепции представлена необходимость согласованного решения задач формирования академической и жизненной компетенции ребенка с ОВЗ на всех этапах взросления и всех уровнях образования. Показывается, что развитие жизненной компетенции является неотъемлемой частью образования ребенка с ОВЗ, тем более значимой, чем более выражены трудности его развития. Формирование жизненной компетенции – это совместная работа специалистов и близких ребенка.

Значительно большее, чем обычно, внимание Концепция уделяет семье особого ребенка – так реализуется современное научное представление о коллективном субъекте образования, и вытекающее из него представление о необходимости введения понятия «особые образовательные потребности семьи», воспитывающей ребенка с ОВЗ.

В Концепции определяются сферы внимания, области ответственности и взаимодействия специалистов и близких ребенка с ОВЗ, выделяются ключевые точки в развитии и перестройке этих отношений на разных этапах взросления ребенка.

Концепция указывает на перспективу будущего качественного изменения состава группы детей с ОВЗ. Исследования уже существующей новой группы имплантированных детей позволяют заключить, что средствами высокотехнологичной медицины могут быть успешно устранены первичные нарушения, как биологические предпосылки нарушения психического развития ребенка. При этом вторичные нарушения развития, возникшие в период дефицитарности и определяемые качеством взаимодействия ребенка с окружением, сохраняются и не могут быть устранены средствами медицины.

Актуальной является и останется в будущем психолого-педагогическая реабилитация как помощь специалиста в перестройке взаимодействия ребенка с близкими ему взрослыми, возвращающая его на путь нормального развития. В Концепции предлагается осмыслить психолого-педагогическую реабилитацию имплантированного ребенка, возвращающую его на путь нормального развития, как специфический этап его образования.

Такой этап образования будет все более востребован по мере развития высокотехнологичной медицины, преодолевающей ограничения здоровья ребенка.



Цели, задачи, основания для разработки Концепции развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью на всех его уровнях на период до 2030 г.

Цель разработки – создание концепции развития образования детей с инвалидностью и детей с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), позволяющей использовать результаты современных междисциплинарных исследований как основу для принятия решений.

Концепция определяет пути достижения качественно более высоких результатов в развитии, воспитании, образовании, социализации и профессионализации детей с ОВЗ, развитие социального статуса ребенка, сохранение и развитие социального статуса и жизненной перспективы семьи, его воспитывающей.

Созданная Концепция впервые адресована в равной мере специалистам и родителям – так сможет реализоваться на деле представление о семье ребенка с ОВЗ как о полноправном субъекте образования.

Смысл создаваемой Концепции мы видим в том, чтобы определить точки роста современного образования детей с ОВЗ, выделить и обосновать стратегические направления его развития и ожидаемые результаты.

В концепции решаются задачи:

Определения научно обоснованных ориентиров современного воспитания и эффективного обучения детей с ОВЗ, адресованных каждому уровню образования, начиная с первого года жизни ребенка, включая как инклюзивные, так и специальные условия образования. Представлены ориентиры, основанные на традиционном для отечественной науки понимании, единства законов развития детей с ОВЗ и без ОВЗ и учитывающие при этом возможность существенного расхождения паспортного и психологического возраста и наличие особых образовательных потребностей детей.

Научного обоснования необходимости введения нового уровня образования детей с ОВЗ (от рождения до 3 лет), описания ожидаемых результатов ранней помощи для семьи,

воспитывающей ребенка с ОВЗ, для него самого, специалистов и общества в целом.

На чем основывается разработанная Концепция

- На современных представлениях детской, возрастной и специальной психологии о современном детстве, закономерностях развития и обучения ребенка с ОВЗ.

- На результатах анализа современного состояния и прогнозирования тенденций развития практики образования детей с ОВЗ в странах Западной Европы и России, научных представлениях о социокультурных и экономических детерминантах перехода образовательных систем на качественно новые этапы развития.

- На современном знании специальной психологии и коррекционной педагогики о максимуме достижений в развитии и обучении разных категорий детей с ОВЗ и необходимых для этого специальных условиях.

- На современном опыте практической реализации достижений отечественной научной школы специальной психологии и педагогики в обучении и воспитании детей с ОВЗ разных категорий и разных возрастов.

- На понимании того, что формирование жизненной компетенции на всех уровнях образования является неотъемлемым компонентом содержания как специального, так и инклюзивного образования детей с ОВЗ.

- На научных представлениях о широком диапазоне вариантов психического развития и в популяции детей с ОВЗ в целом, и в каждой нозологической группе, и соответствующем ему столь же широком диапазоне вариантов образования.

- На научных представлениях о необходимости выделения и дифференциации вариантов образования в соответствии с типологическими вариантами развития детей каждой нозологической группы для каждого уровня образования (от инклюзивного до специального индивидуализированного). Только это позволяет при разной степени неблагополучия обеспечивать продуктивное обучение в зоне ближайшего развития и требуемый ребенку баланс академической и жизненной компетенции.

- На анализе опыта разработки Концепции ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ, выявлении достижений и рисков, связанных с утерей ряда принципиальных положений при переходе от Концепции к ее реализации, прежде всего рисков недооценки значения компонента жизненной компетенции в содержании образования. На анализе рисков ориентации исключительно на нозологию и паспортный возраст ребенка с ОВЗ, имеющих место в современной практике дошкольного образования детей с ОВЗ.

- На представлениях о необходимости преемственности всех уровней образовательной

системы с учетом выделенных ориентиров и ожидаемых достижений.

Терминология концепции:

Стратегические направления развития системы – для каждого уровня образования.

Ранняя помощь – основная точка роста современного образования, фундамент всей системы.

Семья – вводится новое понятие – особые образовательные потребности семьи.

Психолого-педагогическая типология детей – понимание вариантов развития внутри каждой нозологической группы необходимо для обоснованной дифференциации задач и содержания обучения, контроля результативности образования.

Целевые ориентиры специалистов и родителей в развитии обучении и воспитании детей с ОВЗ – для каждого возрастного этапа, начиная с первых месяцев жизни.

Согласованное формирование академической и жизненной компетенции – развитие жизненной компетенции и достижение социальной состоятельности ребенка с ОВЗ рассматривается в Концепции как основная задача всех уровней образования.

4

Содержание Концепции

Современная научная школа культурно-исторической дефектологии: взгляд на развитие образования детей с ОВЗ

Цели, задачи, основания для разработки Концепции развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью на всех его уровнях на период до 2030 г.

РАЗДЕЛ 1. Новый уровень образования – ранняя помощь

1.1. Результаты научных исследований как основание для разработки

1.2. Целевые ориентиры специалистов и семьи в воспитании и обучении детей раннего возраста

1.2.1. Первый год жизни

1.2.2. Второй год жизни

1.2.3. Третий год жизни

1.3. Стратегические направления развития ранней помощи

1.4. Ожидаемые результаты введения нового уровня образования

1.5. Ожидаемые результаты ранней помощи в аспекте развития дошкольного образования

РАЗДЕЛ 2. Развитие дошкольного образования

2.1. Ориентиры специалистов и семьи в воспитании и обучении детей с ОВЗ дошкольного возраста

2.1.1. Дети 3-5 лет

2.1.2. Дети 5-7 лет

2.2. Стратегические направления развития дошкольного образования

2.3. Ожидаемые результаты развития дошкольного образования

2.4. Ожидаемые результаты развития дошкольного образования в аспекте повышения стартовых возможностей поступающих в школу детей

РАЗДЕЛ 3. Развитие образования детей младшего школьного возраста

3.1. Ориентиры в развитии, воспитании и обучении детей с ОВЗ младшего школьного возраста

3.2. Стратегические направления развития образования детей младшего школьного возраста

РАЗДЕЛ 4. Развитие образования детей среднего и старшего школьного возраста

4.1. Ориентиры специалистов и семьи в развитии, воспитании и обучении

4.1.1. Дети среднего школьного возраста

4.1.2. Дети старшего школьного возраста

4.2. Стратегические направления развития образования детей среднего и старшего школьного возраста

4.3. Ожидаемые результаты развития школьного образования

РАЗДЕЛ 5. Развитие профессионального образования

5.1. Анализ актуальных факторов успешности профессионального образования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ

5.2. Целевые ориентиры оценки предпосылок профессиональной самореализации на основных уровнях образования

5.3. Перспективные задачи и направления развития профессионального образования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ

5.4. Ожидаемые результаты реализации концепции профессионального образования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ

Заключение

Основные положения Концепции

Список литературы

Далее представлены первые два раздела Концепции:

РАЗДЕЛ 1.

Новый уровень образования – ранняя помощь

1.1. Результаты научных исследований как основание для разработки
Смысл создаваемой Концепции мы видим в том, чтобы определить точки роста современного образования детей с ОВЗ, выделить и обосновать стратегические направления его развития и ожидаемые результаты. Ключевая точка роста всей образовательной системы – это создание ее нового фундамента – системы ранней (с первых месяцев жизни) помощи детям с ОВЗ и детям

группы риска. Это стратегическое и ключевое направление развития образовательной системы в целом.

Утверждена Концепция развития ранней помощи в РФ на период до 2020 года, она рассматривает, прежде всего, принципы и положения для создания условий предоставления услуг ранней помощи на межведомственной основе. При этом остается недостаточно ясной и конкретизированной стратегия выстраивания ранней помощи в контексте развития целостной системы образования с преемственностью всех ее компонентов.

Мы рассматриваем развитие ранней помощи детям с ОВЗ как базового структурного компонента образовательной системы, способного кардинально изменить результативность образовательной системы в целом.

Утверждение о том, что введение ранней помощи в образовании детей с ОВЗ способно кардинально изменить эффективность образовательной системы в целом, основано на результатах многолетних зарубежных и отечественных исследований. Отечественная научная школа специальной психологии и коррекционной педагогики в 1992 году выделила раннюю помощь как приоритетное направление научных разработок и развернула системные исследования в области ранней помощи детям с ОВЗ с различными вариантами нарушений психического развития. Эти исследования продолжаются до настоящего времени, что позволило получить убедительные эффекты ранней помощи разным категориям детей с ОВЗ.

Предложенная система ранней помощи детям с нарушенным слухом и их семьям в образовании позволяет в 100 % случаев добиться уровня развития детей, недостижимого при более позднем начале образования – в 2-3 года. В 25-27 % случаев – развитие получивших раннюю помощь глухих детей приближается к показателям возрастной нормы, и им в полной мере доступны формы инклюзивного образования на протяжении дошкольного и школьного возраста. Разработанные психолого-педагогические методы ранней помощи детям с угрозой нарушения речевого развития и их семьям позволяет на первых годах жизни надежно выявлять такого рода угрозы и в 100 % случаев предупреждать системное недоразвитие речи, которое при отсутствии ранней помощи традиционно наблюдается у таких детей. Разработанная технология ранней помощи в образовании слепым недоношенным младенцам и их семьям позволяет: в 14 % случаев – приблизить ребенка к показателям возрастного– развития; в 42 % – значительно уменьшить глубину отставания в развитии;– в 44 % случаев – предупредить формирование наиболее тяжелых– нарушений психического развития при слепоте к началу дошкольного возраста. Разработанный подход и разработанная на его основе технология ранней помощи детям с синдромом Дауна и их семьям позволяет в 100 % случаев предупредить наиболее тяжелые формы нарушения психического

развития, добиться принципиально иной, в сравнении с более поздним началом обучения, активности общения с ближайшим окружением, освоения коммуникации и речи.

Разработанная технология ранней помощи детям с двигательными нарушениями в образовании позволяет в 100 % случаев изменить траекторию развития на более благополучную, добиться того приближения к возрастной норме, которое недостижимо при более позднем начале помощи в 2-3 года.

В рамках отечественного эмоционально-смыслового подхода к ранней помощи детям с угрозой формирования РАС и их семьям доказана возможность избежать формирования наиболее тяжелых вариантов аутистического развития и их последствий, при которых у ребенка отсутствует речь, принципиально затруднено общение и максимально выражены трудности произвольной организации собственного поведения. Применение разработанных отечественной научной школой сурдопсихологии и сурдопедагогики метода психолого-педагогической помощи семьям (метод «3-П реабилитации») глухих детей после высокотехнологичной операции кохлеарной имплантации позволяет в 94 % случаев добиться перехода на путь развития слышащего ребенка раннего возраста, осваивающего речь в условиях естественной коммуникации вне специального обучения.

Доказано, что в условиях ранней помощи, основанной на применении подходов, методов и технологий отечественной научной школы коррекционной психологии и коррекционной педагогики, развитие более 50% детей группы риска может приблизиться к возрастной норме, они смогут получать школьное образование в общем потоке без массивной специальной поддержки. Семья сможет сохранить и развивать свой социальный статус.

Доказано, что целенаправленная организация раннего психологопедагогического выявления детей группы риска с разными вариантами угрозы отклоняющегося развития и немедленная организация ранней помощи, а именно: создание условий воспитания, поддерживающих тенденции нормального возрастного развития и одновременно обеспечивающих профилактику отклоняющегося развития, позволяет существенно снизить риски и добиться продвижения ребенка по пути нормативного развития. Доказано, что подобный эффект может быть обеспечен, если специалист ранней помощи в образовании ориентирован не на коррекцию отдельных видимых проявлений неблагополучия, а на удержание ребенка в логике нормативного психического развития и темповые показатели развития в группе риска являются не определяющими, а дополняющими качественные характеристики развития.

Выполненные исследования позволяют обоснованно определить ожидаемые (и на этой основе планируемые в будущих стандартах)

результаты и, соответственно, целевые ориентиры развития ранней помощи детям с инвалидностью, с ОВЗ в образовании. 1.2.

1.2. Целевые ориентиры специалистов и семьи в воспитании и обучении детей раннего возраста

1.2.1. Первый год жизни

Принципиально важно добиться введения детей в систему ранней помощи уже на первом году, а при необходимости – на первых месяцах жизни. Как показали многочисленные научные исследования, успех вовлечения ребенка с инвалидностью и с ОВЗ в развивающее взаимодействие с близкими взрослыми на первом году жизни определяет динамику всего его дальнейшего психического развития и позволяет максимально реализовать его потенциал.

Непосредственно после рождения специалисты ранней помощи будут иметь дело с тремя группами детей:

- Дети с очевидной сразу после рождения потребностью в комплексной ранней помощи вследствие выявленных ограничений здоровья (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы и др.) и возникающей на этой основе угрозы нарушения психического развития.

- Дети с неочевидными после рождения, но выявляющимися на первом году жизни ограничениями здоровья и проблемами психического развития. Это дети с риском формирования нарушений эмоционально волевой сферы; задержки психического развития разной природы, системного недоразвития речи разной степени тяжести нарушений.

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но с выявляемыми в течение первого года жизни рисками задержки психического развития в связи с неблагоприятной социальной ситуацией развития ребенка в семье. Если в прошлом подобные риски возникали в семьях социально неблагополучных, где близкими уделяется недостаточно внимания ребенку, то в настоящее время они присутствуют и в семьях с высоким уровнем доходов, где родители тоже недостаточно взаимодействуют со своим ребенком, передоверяя эти функции приглашенному и часто меняющемуся персоналу.

Различия данных групп требует учитывать для дифференциации психолого-педагогических задач, содержания работы, дифференцированного определения и оценки ожидаемых результатов. Вместе с тем, при всех различиях детей данных трех групп, следует выделить общий принцип оказания ранней помощи в системе образования – налаживание развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми, в связи с этим ранняя помощь ребенку первого года жизни – это, прежде всего, помощь семье.

Успех вовлечения ребенка в развивающее взаимодействие с близкими взрослыми на первом году жизни определяет, как показали многочисленные научные исследования, динамику всего его дальнейшего психического развития и позволяет максимально реализовать реабилитационный потенциал детей с инвалидностью и с ОВЗ.

Данный общий принцип – налаживание развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми – реализуется с учетом характера ограничений здоровья, особенностей психического развития и специфики методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

В мониторинге динамики психического развития ребенка обязательным компонентом становится оценка динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми на первом году жизни. Требуется выработать систему согласованной оценки специалистами разного профиля динамики психического развития ребенка первого года жизни, а специалистами психолого-педагогического профиля – динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми.

Оценка динамики развития ребенка должна проводиться не только относительно траектории нормативного психического развития ребенка первого года жизни, но и по принятому в коррекционной педагогике принципу – «продвижение ребенка в развитии оценивается по отношению к самому себе», т.е. оценивается индивидуальный прогресс. Результаты отслеживания благополучия динамики развития ребенка в медицинских аспектах должны учитываться специалистами психологопедагогического профиля. Это необходимо для адресной и эффективной психолого-педагогической ранней помощи, и требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска на первом году жизни.

Специалисты ранней помощи на современном этапе будут иметь дело с новой группой детей. Речь идет о детях с измененным функциональным статусом вследствие развития высокотехнологичной медицины, применения новейших медико-биологических и цифровых технологий: это имплантированные глухие, незрячие (в ближайшем будущем), с двигательными нарушениями, с нарушениями артикуляционного аппарата. Исследования глухих детей, прошедших кохлеарную имплантацию во втором полугодии жизни, показывает, что все они нуждаются в специальной психолого-педагогической реабилитации, направленной на гарантированный перевод ребенка на путь развития, типичный для нормально слышащего малыша. Есть основания считать, что дети с другими видами имплантов (зрительных, двигательных и др.) будут нуждаться в подобной психологопедагогической реабилитации,

поскольку высокотехнологичная медицина создает предпосылки, но не обеспечивает нормализации психического развития ребенка. И даже после успешно завершённой реабилитации имплантированные дети будут оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней комплексной помощи.

Система помощи детям первого года жизни должна сразу выстраиваться как система, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбирать удобную им и требуемую ребенку:

- семейное воспитание с психолого-педагогической помощью специалиста в условиях дома;
- семейное воспитание с регулярной психолого-педагогической помощью на протяжении первого года жизни ребенка в условиях ближайшего к дому центра в системе образования.

В соответствии с возрастными особенностями психического развития формы семейного воспитания детей первого года жизни являются ведущими. При необходимости и желании семьи ребенку во втором полугодии жизни может понадобиться и должна быть предусмотрена помощь в группе кратковременного пребывания с учетом ограничений здоровья и особенностей психического развития.

Целевыми ориентирами специалистов на конец первого года жизни ребенка, получающего раннюю помощь в образовании, должны служить:

Положительная динамика развития взаимодействия и коммуникации ребенка с близкими взрослыми.

Положительная динамика психического развития ребенка в целом.

Нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка: вывод части детей из группы риска в группу детей с нормативным развитием; профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм РАС, ОНР, ЗПР, тяжелых нарушений психического развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, множественных ограничениях здоровья.

Предупреждение дезадаптации семьи, воспитывающей ребенка с ограничениями здоровья и рисками нарушения психического развития, поддержание эмоциональной стабильности членов семьи и формирование их конструктивной позиции в воспитании своего ребенка и во взаимодействии со специалистами.

1.2.2. Второй год жизни.

К началу второго года жизни специалисты ранней помощи будут иметь дело с тремя, но уже другими группами детей:

- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья и реализуемой угрозой нарушения психического развития (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы,

последствия заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.).

- Дети с нормализующимся психическим развитием вследствие эффективной помощи на первом году жизни, но нуждающиеся в динамическом наблюдении, регулярной консультативной помощи семье (речь идет о детях с различными по характеру и степени тяжести нарушениями слуха, зрения, генетическими нарушениями, органическими поражениями центральной нервной системы, двигательной системы, следствием родовых травм и заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.).

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но с неблагоприятной социальной ситуацией развития и потому все более проявляющимися рисками задержки психического развития и формирующимися трудностями в эмоционально-волевой сфере.

При всех различиях этих трех групп детей второго года жизни, общий принцип оказания им ранней помощи в системе образования - налаживание силами специалистов развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми и теперь еще - со сверстниками (на детской площадке, в группе кратковременного пребывания). Этот общий принцип реализуется с учетом характера ограничений здоровья ребенка, вариантов отклоняющегося развития и специальных методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

В мониторинге динамики психического развития ребенка второго года жизни обязательным компонентом остается оценка динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми - членами семьи, но добавляется - со сверстниками. Требуется согласованная оценка специалистами разного профиля психического развития ребенка второго года жизни и динамики развития его взаимодействия с ближайшим окружением.

Оценка динамики развития ребенка должна проводиться не только относительно траектории нормативного психического развития ребенка второго года жизни, но и по принятому в коррекционной педагогике принципу оценки его индивидуального прогресса - «по отношению к самому себе». При этом результаты проведенного разными специалистами мониторинга благополучия динамики развития ребенка должны соотноситься и интерпретироваться в рамках междисциплинарного взаимодействия для адресной и эффективной ранней помощи. Требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска на втором году жизни.

Специалисты ранней помощи на современном этапе могут иметь дело с новой группой детей второго года жизни - детей с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических и цифровых технологий. Глухие, незрячие и дети с

двигательными нарушениями, прошедшие имплантацию на втором году жизни, нуждаются в специальной психолого-педагогической реабилитации, направленной на перевод ребенка на путь развития, типичный для здорового сверстника.

После успешно завершённой реабилитации имплантированные дети второго года жизни продолжают оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней помощи. Требуется мониторинг благополучия дальнейшего психического развития и при необходимости – оказание специальной психолого-педагогической помощи ребенку и его семье.

Система помощи детям второго года жизни должна также выстраиваться сразу как система шаговой доступности, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбирать удобную им и необходимую ребенку:

- семейное воспитание с консультативной психологопедагогической помощью специалиста в условиях дома (патронат);
- семейное воспитание с регулярной консультативной психологопедагогической помощью на протяжении второго года жизни – ребенка в условиях ближайшего к дому центра в системе образования (по запросу родителей).

Формы семейного воспитания детей второго года жизни продолжают оставаться ведущими. При необходимости ребенку и семье может быть предложена специальная помощь в группе кратковременного пребывания по месту жительства.

Система ранней помощи в образовании детям второго года жизни должна обеспечивать возможность семье выбрать при необходимости форму общественного воспитания, однако они не должны превалировать над формами семейного воспитания детей этого возраста, чтобы не снизить возможности максимальной реализации потенциала развития детей.

К концу второго года жизни ребенка целевыми ориентирами специалистов должны служить:

Положительная динамика развития взаимодействия ребенка с близкими взрослыми в семье, со сверстниками на игровых площадках.

Положительная динамика показателей психического развития ребенка.

Положительная динамика развития навыков самообслуживания, коммуникации, усвоения уклада и порядка жизни дома и в группе кратковременного пребывания, ориентации на похвалу и указания близкого взрослого, следование самым элементарным правилам безопасного поведения.

Нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка: вывод части детей второго года жизни из группы риска в группу детей с нормативным развитием; профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм РАС, ЗПР, ОНР и др.

Сохранение и развитие статуса семьи, эмоциональной стабильности и конструктивной

позиции близких ребенку взрослых в отношении воспитания и взаимодействия со специалистами.

1.2.3. Третий год жизни.

К началу третьего года жизни специалисты ранней помощи в образовании будут иметь дело с тремя, но изменившимися, группами детей:

- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья и реализующейся угрозой нарушения психического развития (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы, следствия заболеваний, перенесенных на первом и втором году жизни, формирующееся системное недоразвитие речи, ЗПР, РАС и др.).

- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной, следствия заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.), но нормализующимся психическим развитием вследствие оказания эффективной помощи на первом и втором году жизни. При этом они продолжают нуждаться в психологопедагогическом динамическом наблюдении и регулярной консультативной помощи ребенку и семье.

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но со все более проявляющимися рисками задержки психического развития и формирующимися трудностями в эмоционально-волевой сфере в связи с неблагоприятной социальной ситуацией развития.

При всех различиях данных групп детей третьего года жизни, общим остается принцип оказания ранней помощи – налаживание силами специалистов развивающего взаимодействия ребенка с членами семьи, в группе сверстников на детской площадке.

Данный общий принцип реализуется с учетом характера ограничений здоровья ребенка, вариантов отклоняющегося развития и специальных методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

В мониторинге динамики психического развития ребенка третьего года жизни обязательным компонентом остается оценка динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми в кругу семьи, со сверстниками на детской площадке, со сверстниками и взрослыми в группе кратковременного пребывания, общеразвивающей, комбинированной и компенсирующей направленности. При этом требуется согласованная оценка психического и социального развития.

Оценка динамики развития самого ребенка третьего года должна проводиться, как и ранее, не только относительно траектории нормативного психического развития, но и по принятому в коррекционной педагогике принципу оценки индивидуального прогресса. При этом результаты отслеживания благополучия динамики развития ребенка в медицинских и психолого-педагогических

аспектах должны учитываться специалистами обоих профилей, поэтому требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска третьего года жизни.

Специалисты ранней помощи в образовании детям третьего года жизни также могут иметь дело с новой группой детей с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических, цифровых имплантационных технологий. После успешно проведенной имплантации и последующей психолого-педагогической реабилитации имплантированные дети с нарушениями слуха, зрения, движения, артикуляционного аппарата, продолжают оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней помощи – прежде всего, в мониторинге благополучия дальнейшего психического развития и при необходимости – специальной психолого-педагогической помощи ребенку и его семье.

Система помощи детям третьего года жизни должна сразу выстраиваться как система, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбирать удобную семье и нужную ребенку:

- семейное воспитание с систематической регулярной психологопедагогической помощью специалиста в условиях дома;
- семейное воспитание с психолого-педагогической помощью в ближайшей к дому образовательной организации, с возможностью обращения при необходимости к профильному специалисту за ее пределами и поддержанию консультативной связи с ним;
- сочетание семейного и общественного воспитания в группе кратковременного пребывания, комбинированной направленности, компенсирующей направленности по месту жительства.

Формы семейного воспитания детей третьего года жизни продолжают оставаться ведущими, но при необходимости ребенку и семье может быть предложена помощь в группе кратковременного пребывания по месту жительства. При этом формы общественного воспитания детей третьего года жизни еще не должны превалировать, чтобы сохранить определяющую роль семьи и не снизить возможности максимальной реализации реабилитационного потенциала детей.

К концу третьего года жизни ребенка целевыми ориентирами специалистов ранней помощи в образовании должны служить:

Положительная динамика развития игрового и бытового взаимодействия ребенка с близкими взрослыми и детьми в семье, в группе сверстников на детской площадке, со сверстниками и взрослыми в группе кратковременного пребывания.

Развитие эмоциональных отношений и коммуникации с близкими детьми и взрослыми,

адекватной ориентации на похвалу, указания и неодобрение близкого взрослого, формирование первого положительного опыта терпения и достижения компромисса, договора с близкими взрослыми.

Общая положительная динамика психического развития ребенка.

Положительная динамика развития навыков самообслуживания, активного участия в домашней жизни и в жизни группы кратковременного пребывания, следование правилам безопасного поведения, накопление общих представлений и сведений об окружающем.

Максимально возможная нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка: вывод части детей из группы риска в группу детей с нормативным развитием; профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм РАС, ОНР, ЗПР; сокращение группы детей-инвалидов, нуждающихся в дошкольном и школьном возрасте в индивидуальном дорогостоящем и наиболее специальном образовательном маршруте.

Сохранение и развитие статуса семьи, эмоциональной стабильности и конструктивной позиции близких взрослых в воспитании ребенка и сотрудничестве со специалистами.

1.3. Стратегические направления развития ранней помощи Обязательное введение психолого-педагогической типологии детей Эффективная работа каждого ведомства требует своих подходов к типологии детей. Если для медиков эффективны медицинские классификации детей по ограничениям здоровья и заболеваниям, то обоснованная постановка психолого-педагогических задач и контроль результативности их решения в образовании требует типологии иного рода – психолого-педагогической типологии по характеристикам развития детей, вариантам вторичных отклонений развития, вариантам рисков отклонений развития и их причинам.

С точки зрения создания ранней помощи в образовании, важно выделить четыре группы детей:

- Дети с очевидными сразу после рождения заболеваниями и ограничениями здоровья, и возникающими на этой основе угрозами нарушений психического развития.

- Дети с неочевидными после рождения, но выявляющимися на первых годах жизни ограничениями здоровья и проблемами психического развития. Это дети с риском формирования нарушений эмоционально волевой сферы; задержки психического развития разной природы, системного недоразвития речи разной степени тяжести, нарушений интеллектуального развития разной степени тяжести.

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но с выявляемыми в раннем возрасте рисками задержки психического развития в связи с неблагоприятной социальной ситуацией развития.

• На современном этапе необходимо выделить растущую группу детей с ОВЗ с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических и цифровых технологий: имплантированные глухие, имплантированные незрячие (в будущем), с двигательными имплантами, с имплантами частей артикуляционного аппарата и др.

Предложенная исходная типология детей с ОВЗ и с инвалидностью оправданна именно в образовании, потому что позволяет более точно ставить психолого-педагогические задачи, определять целевые ориентиры и дифференцировать ожидаемые результаты ранней помощи в образовании.

10 Изменение представлений о целевой группе ранней помощи в образовании.

Учитывая, что речь идет о детях младенческого и раннего возраста, специалисты образования просто не могут работать исключительно с ребенком, требуется непосредственное участие семьи. Ребенок раннего возраста может продуктивно развиваться только в условиях благополучного взаимодействия с близкими взрослыми, соответственно и коррекция нарушений раннего развития может быть обеспечена только в контексте развивающего взаимодействия семьи со своим ребенком, поэтому семья ребенка раннего возраста с инвалидностью, с ОВЗ и группы риска становится субъектом образования.

Впервые в истории развития образовательной системы родители и ребенок одновременно и совместно оказываются в работе специалиста ранней помощи в образовании, что впервые требует постановки взаимосвязанных задач по отношению к ребенку и его родителям.

Введение понятия «особые образовательные потребности семьи», воспитывающей ребенка раннего возраста с инвалидностью, с ОВЗ и группы риска.

Укоренение представлений о том, что центральная задача специалиста ранней помощи в образовании – налаживание развивающего взаимодействия семьи со своим ребенком с учетом ограничений его здоровья и специфики психического развития.

При всех различиях описанных групп детей выделяется общий принцип оказания им ранней помощи в системе образования – налаживание развивающего, эмоционально значимого взаимодействия семьи со своим ребенком. Данный общий принцип может быть успешно реализован в каждом индивидуальном случае только с учетом характера ограничений здоровья, особенностей психического развития и специфики методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи (специфики методов помощи глухому, слепому, ребенку с двигательными нарушениями, нарушениями интеллектуального развития, формирующейся угрозой нарушения речевого развития, угрозой формирования РАС).

Разработка и внедрение мониторинга ранней помощи в образовании, предусматривающего два

обязательных и взаимосвязанных компонента – динамику психического развития самого ребенка и динамику развития взаимодействия семьи со своим ребенком.

При всех отличиях ранней помощи от дошкольного и школьного образования детей с ОВЗ, важно сохранить традиционный для специальной психологии и коррекционной педагогики гуманистический принцип оценки динамики развития ребенка – не только относительно траектории нормативного психического развития по возрасту, но и по отношению к самому себе. Впервые в истории образования детей с ОВЗ предлагается сделать предметом оценки динамику развития взаимодействия семьи со своим ребенком с ОВЗ, соотнесенную с динамикой психического развития ребенка.

Построение системы ранней помощи в образовании как системы, обеспечивающей вариативность форм организации этой помощи в образовании, чтобы родители могли выбирать удобную семье и необходимую ребенку:

- семейное воспитание со специальной психолого-педагогической помощью в условиях дома в естественных ситуациях ухода и воспитания ребенка;

- семейное воспитание с регулярной специальной психологопедагогической помощью в условиях ближайшей в доме – образовательной организации;

- сочетание форм семейного и общественного воспитания.

В соответствии с возрастными особенностями детей с ОВЗ и группы риска раннего возраста, формы семейного воспитания являются ведущими, однако при необходимости и желании семьи ребенку может понадобиться и должна быть предусмотрена помощь в условиях общественного воспитания, но с учетом ограничений здоровья и особенностей психического развития ребенка.

Развитие форм общественного воспитания детей раннего возраста с ОВЗ и группы риска также должно предусматривать работу по налаживанию и коррекции нарушений взаимодействия семьи со своим ребенком, что становится более сложной задачей, чем в условиях семейного воспитания, однако вне решения этой задачи добиться ожидаемых результатов ранней помощи не удастся в силу возрастных закономерностей развития ребенка.

1.4. Ожидаемые результаты введения нового уровня образования Реализация предлагаемой Концепции развития ранней помощи позволит обеспечить:

1. Вывод части детей раннего возраста из группы риска в группу детей с нормативным развитием;

2. Профилактику уже в раннем возрасте наиболее тяжелых форм РАС, ОНР, ЗПР, предупреждение самых тяжелых нарушений психического развития при глухоте, слепоте,

двигательных нарушениях, умственной отсталости, тяжелых множественных нарушениях;

3. В 100 % случаев положительную динамику развития детей раннего возраста и уровень, не достижимый при более позднем включении в систему образования;

4. Освоение родителями детей раннего возраста способов развивающего взаимодействия со своим ребенком, методов семейного воспитания, соответствующих его особым образовательным потребностям и обеспечивающих максимально возможное развитие ребенка;

5. Возможность сохранения и развития социально-психологического статуса семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ раннего возраста, предупреждение дезадаптации семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с инвалидностью, с ОВЗ, поддержание эмоциональной стабильности членов семьи и формирование их конструктивной позиции.

1.5. Ожидаемые результаты ранней помощи в аспекте развития дошкольного образования:

1. Часть детей группы риска перейдет в группу детей с нормативным развитием и сможет получать дошкольное образование в общем потоке. Им не понадобится создавать максимально развернутые специальные условия воспитания и обучения.

2. Подавляющая часть имплантированных детей сможет перейти в группу детей с нормативным развитием и получать дошкольное образование вместе со сверстниками без ОВЗ.

3. В дошкольные группы придет меньше детей с тяжелыми формами РАС, ОНР, ЗПР, меньше детей с грубым отставанием развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, тяжелых ментальных и множественных нарушениях.

4. Уровень развития всех дошкольников с ОВЗ и детей с инвалидностью, охваченных помощью в образовании в раннем возрасте, будет существенно выше уровня развития детей с аналогичными ограничениями здоровья и рисками отклонений развития, не охваченных ранней помощью.

5. Среди родителей детей с ОВЗ и детей группы риска вырастет число семей, способных к сохранению и развитию статуса своей семьи, способных к развивающему взаимодействию со своим ребенком, владеющих способами семейного воспитания, соответствующими особым образовательным потребностям их ребенка, занимающих конструктивную позицию. Это существенно облегчит ситуацию взаимодействия с родителями специалистов дошкольного образования и повысит его эффективность.

6. Среди семей, охваченных ранней помощью в образовании, снизится число отказов от детей с инвалидностью, детей с ОВЗ, а также случаев социального сиротства, ухода отца из семьи по причине трудностей воспитания своего особого ребенка.

2.1. Ориентиры специалистов и семьи в воспитании и обучении детей с ОВЗ дошкольного возраста.

Дошкольный возраст – чрезвычайно ответственный период, в который активно формируется фундамент личностного развития, будущих академических достижений школьного образования и социально эмоционального благополучия ребенка с ОВЗ. Полноценное проживание дошкольного детства определяет перспективу дальнейшего развития ребенка с ОВЗ, будущий образовательный маршрут и программу обучения в школе. За дошкольный период ребенок с ОВЗ проходит несколько важных этапов развития, и при определении целевых ориентиров развития образовательной системы необходимо рассмотреть, как минимум, два качественно различающихся возраста.

2.1.1. Дети 3-5 лет

Дошкольный возраст с 3 до 5 лет характеризуется как возраст начала социальной жизни ребенка. Это период выхода из возрастного кризиса 3 лет и формирования эмоциональной стабильности ребенка в семье. Начинают складываться механизмы нового равновесия, когда начинают складываться уровень притязаний, самооценка, самоотношение. Ребенок, принимая уклад жизни своей семьи, начинает осваивать свою роль и место в ней, семья также учится принимать во внимание индивидуальность ребенка, учитывать его желания, пристрастия, вкусы, особенности характера и ограничений.

Для ребенка начинает складываться история его личной жизни, его прошлое, настоящее и будущее. Одновременно он адаптируется к условиям дошкольного учреждения, учится принимать более строгие правила жизни, но вместе с тем и получать возможность более тесного и длительного взаимодействия со сверстниками, опыт удовольствия от общения, общих игр и занятий.

Возраст с 3 до 5 лет – это также время бурного накопления разнообразного опыта наблюдений, впечатлений и действий ребенка, он знакомится и осваивает все большее число разнообразных жизненных ситуаций, видов деятельности. Усложняющаяся жизнь, опыт и деятельность ребенка актуализируют возможности когнитивного развития, становления его психических функций, у него формируются первые понятия и обобщения (величина, цвет, форма, количество, пространственно-временные представления и др.).

Возраст с 3 до 5 лет – это новый этап развития коммуникации ребенка: расширяется круг его собеседников, теперь это уже не только близкие взрослые и дети, усложняется содержание общения, оно начинает выходить за рамки личного опыта самого ребенка.

В усложняющейся коммуникации бурно развивается лексический, грамматический, фонетический строй родной речи, появляется установка на оценку правильности своей речи.

В норме это возраст начала активной игровой и продуктивной деятельности ребенка (рисование, лепка, конструирование, аппликация и др.).

Развитие и усложнение социальных отношений ребенка, попавшего в детский сад, стимулирует развитие навыков самообслуживания.

В этом возрасте и дома, и в детском саду ребенок получает первый опыт необходимости нравственного выбора, первый опыт долженствования.

Семья и специалисты обеспечивают ребенку 3-5 лет стабильность уклада жизни и эмоциональных отношений, сочетающуюся с организуемым взрослыми разнообразием впечатлений, наблюдений, действий, коммуникации, опытом совместного чтения и занятий, первым опытом самостоятельной организации своего свободного времени. К 5 годам при благополучном развитии ребенок обретает большую аффективную стабильность. Вхождение в хронотоп бытового уклада общей жизни и накопление опыта восприятия адресованных этому возрасту традиционных культурных (художественных) текстов помогает становлению у ребенка первого целостного образа мира и образа нравственных отношений, определяющих поступки человека. Принципиально важно, чтобы становление целостного образа мира и отношений между людьми предшествовало и становилось основой будущего дифференцированного восприятия окружающего, накопления сведений о нем, выделения причинно-следственных связей. Обратный порядок не дает ребенку возможности сложить из отдельных фрагментов целостный образ мира, и правила отношений между людьми будут усваиваться механистически, формально.

Дети с ОВЗ имеют особенности развития, но закономерности прохождения этапа дошкольного детства будут те же, что и у детей без ОВЗ, и, соответственно, ориентиры специалистов и семьи – те же, однако проживание дошкольного этапа может не укладываться в паспортный возраст и отличаться рядом особенностей, специфичных для каждой категории детей с ОВЗ.

2.1.2. Дети 5-7 лет

Старший дошкольный возраст современными психологами понимается, прежде всего, как возраст становления произвольности, на которой и строится готовность ребенка к обучению, принятию на себя социальных ролей, выполнение правил, освоение социальных установок и готовность взять на себя первую ответственную социальную роль – роль ученика.

Сфера коммуникации расширяется, происходит освоение разных социальных дистанций в коммуникации, новых речевых способностей, и прежде всего – умения построить теперь уже

связный и понятный другому, даже незнакомому, рассказ об увиденном, случившемся, запомнившемся, эмоционально значимом событии.

У ребенка появляется готовность к выстраиванию конструктивных длительных отношений со значимыми взрослыми вне семьи, закладывается фундамент будущего принятия авторитета учителя в школе. В этом возрасте выстраивается и фундамент устойчивых и развивающихся отношений со сверстниками. Ребенок учится договариваться, вставать на позицию другого, начинает ориентироваться на оценку себя не только взрослыми, но и другими детьми, значимым становится самоотношение, что создает основу развития социального взаимодействия и социальных отношений.

В играх со сверстниками преимущественными становятся игры с правилами, командные игры, в которых ребенок накапливает необходимый опыт конструктивной коммуникации, адекватного переживания выигрыша и проигрыша, развивается его способность к восприятию эмоционального опыта сверстника и готовность помочь ему, разделить переживание другого.

В этом возрасте завершается важный этап формирования самостоятельности ребенка в быту, формирования его пространственно-временной картины мира, идет интенсивное накопление впечатлений и сведений о мире посредством личного опыта, общения со взрослыми и сверстниками, прослушивания текстов, посильного освоения интересующих ребенка информационных технологий (ИТ) – того жизненного опыта, вне которого невозможно в дальнейшем полноценное освоение предметной области «Окружающий мир». Именно в дошкольном возрасте в основном набирается тот массив сведений, который будет осмысливаться, и обобщаться в начальной школе и становиться основой будущего продуктивного освоения функциональной грамотности, в том числе математической.

Развивается возможность общения и контактов ребенка внутри семьи – ценным и важным становится не только непосредственно эмоциональный уровень общения, но и обмен впечатлениями, способность договариваться, ответственность за взятое на себя дело, обязанности, возможность взаимодействовать с разными поколениями семьи, развитие эмпатии в семье по отношению к разным членам семьи, освоение прав и обязанностей ребенка в семье. При снижении доли непосредственного общения близких с ребенком, для него более четко обозначаются родственные связи и чувства привязанности, которые делают эмпатию действенной и конкретной, придают особый смысл семейным обязанностям.

В этом возрасте складываются первые представления о нравственном выборе, нарабатывается опыт, который поможет в школе не обижаться на справедливые замечания. Ребенок перестает быть главным, возникает необходимость

учитывать различия интересов, пристрастий, вкусов близких людей.

Продолжается выявление и развитие способностей, одаренностей ребенка с ОВЗ, что необходимо для укрепления социального и личного благополучия, реализации творческого потенциала в будущем. При этом тревоги и ожидания родителей в отношении готовности ребенка к школе и к определенной школе, поиск способностей и одаренностей, которые, по мнению родителей, гарантируют в будущем жизненный успех, могут становиться и фактором невротизации ребенка с ОВЗ, который в этом возрасте становится особенно чувствительным к социальной оценке.

Семья начинает передавать ребенку свою память, свои ценностные ориентиры. История собственной семьи, знакомство с эмоционально значимыми местами и событиями в жизни близких становится в этом возрасте естественной основой будущего патриотизма. Однако в этом же возрасте ребенок начинает понимать, что при несомненной ценности уклада жизни его собственной семьи, другие семьи могут быть устроены иначе – иметь иной уклад, привычки, традиции жизни, что также имеет свою ценность. У ребенка возникают запросы на вхождение в сеть Интернет, его уже интересует поиск игр, мультфильмов, фильмов, возможность коммуникации через интернет, у семьи и специалистов возникает потребность удовлетворить интересы ребенка, выставляя при этом рамки и обеспечивая его безопасность в сети.

У детей с ОВЗ 5-7 лет есть свои особенности, но закономерности прохождения дошкольного развития будут те же, и, соответственно, ориентиры специалистов и семьи – те же, однако проживание дошкольного этапа развития может задерживаться и задерживаться специфически для каждой категории детей, что определяет особые образовательные потребности ребенка и его близких.

Исследования и опыт доказывают, что в наиболее тяжелых случаях дети с ОВЗ проживают старший дошкольный возраст в значительно более позднем паспортном возрасте, этот факт невозможно игнорировать, поскольку продвижение в развитии, обучении и социализации возможно только при условии полноценного проживания всего этого этапа детства.

В отличие от дошкольного образования нормативно развивающихся детей, требуется обеспечить максимально возможную для каждого ребенка с ОВЗ реализацию его потенциальных возможностей развития и социализации, т.е. реабилитационного потенциала. Это послужит эффективной профилактикой возможных и имеющих уже место на практике рисков пребывания ребенка с ОВЗ в системе дошкольного образования, которое не обеспечивает положительной динамики его развития, возможности реализации реабилитационного потенциала, и более того – способствует нарастанию вторичных нарушений развития по

причине отсутствия условий для их возможной коррекции и предупреждения.

В соответствии с возрастными особенностями детей с ОВЗ 5-7 лет ведущей становится форма общественного воспитания с учетом ограничений здоровья и особенностей психического развития ребенка. Форма семейного воспитания обеспечивается при необходимости, но не является ведущей.

Исходя из описанного понимания целевых ориентиров в воспитании и обучении дошкольников с ОВЗ, определялись основные стратегические направления развития их образования.

2.2. Стратегические направления развития дошкольного образования.

Требуется разработка и внедрение психолого-педагогической типологии детей дошкольного возраста с ОВЗ. Достижением предшествующего этапа развития практики дошкольного воспитания и обучения является введение всех без исключения детей с инвалидностью и с ОВЗ в образовательное пространство вне зависимости от тяжести первичных нарушений развития. Однако актуальная практика дошкольного образования ориентирована по преимуществу на нозологические группы детей с ОВЗ, в то время как для обоснованной постановки психолого-педагогических задач и контроля результативности их решения требуется типология иного рода – по вариантам развития детей каждой нозологической группы, т.е. психолого-педагогическая типология.

Для развития качественного дошкольного образования детей с ОВЗ важно выделить в каждой нозологической группе спектр основных вариантов развития, чтобы обоснованно и дифференцированно ставить психолого-педагогические задачи, определять содержание образования, объем и характер коррекционной помощи, дифференцированно оценивать ожидаемые результаты, обоснованно выбирать вариант образовательного маршрута в дошкольном возрасте и при поступлении в школу.

Диапазон различий в развитии детей одной и той же нозологической группы может быть весьма значительным: от развития, приближающегося по основным линиям к возрастным показателям, до варианта развития, не сопоставимого с возрастной нормой.

Исследования убедительно показывают, что за счет развития ранней помощи в образовании будет пополняться группа детей с ОВЗ с вариантом развития, близким к возрастным показателям. Группа дошкольников с наименее благополучными вариантами развития будет включать в себя как детей с тяжелыми комплексными первичными нарушениями, так и детей с не столь тяжелыми заболеваниями, но не получивших своевременно качественную раннюю помощь, из-за чего спектр вторичных нарушений развития у них будет очень велик. Такие дети нуждаются в дошкольном воспитании, учитывающем именно вариант

развития и соответствующие ему особые образовательные потребности. Это важнейший резерв и шанс детей этой группы на максимально возможную нормализацию траектории психического и социального развития, изменение в лучшую сторону стартовых показателей школьного обучения, возможность выхода на менее специализированный и индивидуализированный образовательный маршрут в школе.

Введение психолого-педагогической типологии детей с ОВЗ дошкольного возраста предполагает обязательную дифференциацию особых образовательных потребностей каждой категории детей по вариантам их развития.

Психолого-педагогическая типология детей дошкольного возраста позволит обеспечить преемственность с формирующейся системой ранней помощи в образовании и действующим стандартом начального общего образования, дифференцированного для каждой категории детей с ОВЗ по вариантам их развития.

На современном этапе необходимо выделить группу дошкольников с ОВЗ – детей с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических и цифровых технологий. Это имплантированные глухие, дети с имплантами опорно-двигательного аппарата, артикуляционного аппарата, в будущем – имплантированные незрячие дошкольники и др.

Специалисты дошкольного образования уже сегодня будут иметь дело с детьми с ОВЗ с измененным функциональным статусом, в будущем число таких детей будет только возрастать. Уже ясно, что высокотехнологичная медицина создает предпосылки, но самостоятельно не обеспечивает нормализацию дальнейшего развития имплантированного ребенка дошкольного возраста, поэтому требуется постоперационная психолого-педагогическая помощь, оправдывающая ожидания семьи и затраты государства.

Требуется закрепить в сознании специалистов и родителей представление о том, что постоперационная психолого-педагогическая реабилитация имплантированных детей является их особой образовательной потребностью, удовлетворение которой позволяет обеспечить принципиальное изменение траектории дальнейшего развития, переход на новый – более сложный образовательный маршрут. Необходимо признать на деле, что психолого-педагогическая реабилитация имплантированных детей является частью образования этой новой и особой группы детей с ОВЗ, и переход на новый образовательный маршрут возможен только после успешного завершения реабилитации ребенка и его семьи. Система помощи детям с ОВЗ, прошедшим имплантацию в дошкольном возрасте, должна быть выделена и описана отдельно как специфическая, ограниченная во времени, имеющая четко заданный ожидаемый результат как в отношении ребенка. Необходимо признать на деле, что психолого-педагогическая реабилитация имплантированных

детей является частью образования этой новой и особой группы детей с ОВЗ, и переход на новый образовательный маршрут возможен только после успешного завершения реабилитации ребенка и его семьи. Необходимо укоренить современные представления о целевой группе дошкольной помощи в образовании. Дошкольник может продуктивно развиваться только в условиях благополучного взаимодействия с близкими взрослыми, и коррекция нарушений развития может быть обеспечена только в контексте развивающего взаимодействия специалистов и семьи со своим ребенком, поэтому родители должны стать полноценным субъектом образования.

Требуется включить семью ребенка с ОВЗ в целевую группу дошкольной помощи в образовании и признать базовой задачей специалистов психолого-педагогическую поддержку развивающего взаимодействия семьи со своим ребенком с учетом ограничений его здоровья и специфики психического развития. Необходима постановка взаимосвязанных задач по отношению к ребенку и его родителям.

Мониторинг эффективности дошкольной помощи в образовании должен включать два взаимосвязанных компонента – динамику психического развития самого ребенка и динамику развития взаимодействия семьи со своим ребенком.

Изменение представлений о целевой группе дошкольного образования детей с ОВЗ влечет за собой необходимость введения новых понятий, позволяющих корректно и точно ставить, обсуждать и решать новые задачи дошкольного образования.

Необходимо ввести понятие «особые образовательные потребности семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ», взаимосвязанное с уже введенным понятием «особые образовательные потребности самого ребенка с ОВЗ». Подразумевается введение понятия «особые образовательные потребности семьи, воспитывающей ребенка дошкольного возраста с определенным ограничением здоровья и вариантом психического развития».

Вводимое понятие должно учитывать не только особые потребности семьи, вызванные ограничениями здоровья ребенка (первичные нарушения), но и потребности, обусловленные особенностями его взаимодействия с семьей, окружением, вариантом психического развития и его специфичностью (вторичные нарушения развития ребенка).

Признать ценностью достижение максимально возможной эмоциональной стабильности дошкольника с ОВЗ как обязательного условия его продуктивного социально-эмоционального и когнитивного развития.

Признание эмоциональной стабильности дошкольника с ОВЗ ценностью и условием его развития требует значительно более тесного взаимодействия специалистов с семьей, потому что, как правило, необходима помощь специалистов в деле укрепления и развития семейных отношений,

поддерживающих именно эмоциональное развитие и стабильность ребенка.

Нужна помощь семье во введении ребенка в культуру семейных игр, в том числе компьютерных (соответствующих возрасту и задачам развития), совместного чтения детских книг, совместных просмотров фильмов, мультфильмов, диафильмов, совместных походов в театр, экскурсий, путешествий, совместного проведения свободного времени. Только в общей повседневной и праздничной жизни ребенка с ОВЗ и его семьи складываются совместно-разделенные переживания, необходимые для продуктивного эмоционального, социального и когнитивного развития ребенка.

Требуется уточнить правила введения ребенка с ОВЗ в более сложную социальную жизнь в детском саду. Подготовленное введение ребенка в более сложную социальную жизнь в детском саду может быть обеспечено за счет выделения и определения границ и содержания адаптационного периода, а для части детей с ОВЗ – обоснованного, пролонгированного, поэтапного введения в условия детского дошкольного учреждения.

Предметом внимания, работы и контроля специалистов должны стать не только освоение ребенком новых правил общей жизни и бытовых навыков, но и развитие его коммуникации и взаимодействия со сверстниками. Способность получать удовольствие от общения, общих игр и занятий должна осмысливаться специалистами как важнейший показатель адаптации ребенка с ОВЗ в детском саду.

Значительный диапазон различий в развитии детей дошкольного возраста со сходными ограничениями здоровья с необходимостью требует дифференциации содержания программ дошкольного образования детей с ОВЗ не только по нозологическим группам, но и по вариантам психического развития.

В содержании дошкольного образования и логопедической работы требуется выделить и усилить линию развития коммуникации ребенка с ОВЗ, понимая, что именно она является движущей силой развития лексического, грамматического и фонетического строя детской речи.

Предметом внимания и оценки должны стать достижения в развитии коммуникации: расширение круга собеседников, обогащение содержания общения, развитие невербальных и вербальных средств, способность самостоятельно решать адекватные возрасту социальные задачи при помощи коммуникации.

В дошкольном образовании требуется обеспечить переход от принципа отработки отдельных, пусть даже важных, умений и навыков, к принципу специальной организации жизни ребенка с ОВЗ в детском саду, обеспечивающей накопление значимого опыта наблюдений, впечатлений, действий, благодаря чему только и может происходить продуктивное и максимально возможное для детей с ОВЗ развитие высших

психических функций, полноценное формирование необходимых понятий, умений и навыков.

Делом специалистов дошкольного образования должно стать выявление индивидуальных способностей и избирательных одаренностей ребенка с ОВЗ, накопление им в учреждении опыта успешной продуктивной деятельности, что необходимо для развития положительного отношения к ребенку с ОВЗ и его самооценки.

Организация занятий с одаренным ребенком с ОВЗ именно в детском саду будет стимулировать развитие других детей – как с ОВЗ, так и без ОВЗ.

Система дошкольного образования детей с ОВЗ, как и ранняя помощь, должны преемственно обеспечивать вариативность форм организации дошкольного воспитания и обучения, чтобы родители могли реализовать свое право на выбор, удобный семье и необходимый ребенку.

Действующий ФГОС ДО обеспечил вариативность форм организации этой помощи в образовании и возможность родителям детей с ОВЗ выбирать удобную семье и полезную ребенку, а именно:

- группу общеразвивающей направленности,
- группу кратковременного пребывания,
- группу комбинированной или компенсирующей направленности.

Дальнейшей задачей является обеспечение в любой из форм дошкольного образования дифференцированного содержания обучения и воспитания, соответствующего варианту развития и особым образовательным потребностям дошкольника с ОВЗ и его семьи.

Требуется разработать и внедрить мониторинг дошкольного образования детей с ОВЗ, включающий два взаимосвязанных компонента: динамику психического и социального развития ребенка.

Важно сохранить традиционный для специальной психологии и коррекционной педагогики гуманистический принцип оценки динамики развития ребенка и его взаимодействия с окружением – не только относительно траектории нормативного психического развития по возрасту, но и «по отношению к самому себе».

Требуется укоренить представление специалистов ПМПК о том, что для обоснованного выбора образовательного маршрута, программы и условий обучения, рекомендуемых семье, необходимо определение варианта развития ребенка и обоснованная оценка актуального уровня и перспектив его психического и социального развития в разных условиях обучения и воспитания.

Требуется определение правил и форм обсуждения с семьей рекомендаций специалистов по выбору образовательного маршрута ребенка. Новой задачей профессиональной деятельности специалистов ПМПК должна стать организация обсуждения рекомендуемого образовательного маршрута с семьей, оснований для выбора

специалистами именно этого варианта школьного обучения.

Требуется формировать умение специалистов аргументировано, убедительно, доступно объяснять родителям возможные риски в развитии и обучении их ребенка при выборе иного, не рекомендованного специалистами, образовательного маршрута.

2.3. Ожидаемые результаты развития дошкольного образования.

Реализация предлагаемой стратегии развития дошкольной помощи позволит создать условия для более благополучного, чем в настоящее время, старта школьного образования детей с инвалидностью, с ОВЗ, группы риска.

1. Подавляющая часть детей, имплантированных в возрасте 3-5 лет, сможет перейти в группу детей с нормативным развитием и получить возможность начать школьное обучение в инклюзивной – более сложной образовательной и социальной среде.

2. Уровень психического развития всех детей с инвалидностью, с ОВЗ и группы риска, охваченных дошкольным образованием, будет существенно выше уровня развития не получивших дошкольное образование детей с аналогичными ограничениями здоровья и рисками отклонений развития.

3. Уровень развития эмоциональных отношений и продуктивного взаимодействия ребенка с близкими взрослыми в семье, в группе сверстников, в образовательной дошкольной организации со сверстниками и взрослыми будет существенно выше уровня развития не получивших дошкольное образование детей с аналогичными ограничениями здоровья и рисками отклонений развития.

4. Уровень развития навыков самообслуживания, и социальной коммуникации, способности следовать правилам безопасного поведения, сотрудничать и договариваться, участвовать в домашней жизни и в жизни детской группы, будет существенно выше, чем у не получивших дошкольное образование детей с аналогичными ограничениями здоровья и рисками отклонений развития.

5. В школу придет меньше детей с тяжелыми формами РАС, ОНР, ЗПР, меньше детей с грубым отставанием развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, тяжелых ментальных и множественных нарушениях. Таким детям будет рекомендовано специальное образование, но уже не индивидуальное или надомное, а обучение и воспитание в группе сверстников со сходными ограничениями здоровья и вариантами психического развития.

Таким образом, им тоже будет доступна большая доля социальной интеграции со здоровыми сверстниками.

6. Среди семей детей дошкольного возраста с ОВЗ и детей группы риска вырастет число способных к сохранению и развитию своего социально-психологического статуса.

7. Среди родителей вырастет число занимающих конструктивную позицию в воспитании своего

ребенка с ОВЗ – готовых и способных к развивающему взаимодействию, владеющих способами воспитания, соответствующими его особым образовательным потребностям. Это существенно облегчит ситуацию взаимодействия специалистов с родителями на следующем уровне образования – в школе – и станет резервом повышения ее эффективности.

2.4. Ожидаемые результаты развития дошкольного образования в аспекте повышения стартовых возможностей поступающих в школу детей:

Вывод части детей группы риска в группу детей с нормативным развитием и обучение их в общем потоке детей без ограничений здоровья.

Приближение развития части детей с ОВЗ к возрастным показателям и подготовка к полноценному инклюзивному школьному обучению с обязательной индивидуальной коррекционной помощью, но уже не требующему развернутых специальных условий образования (выход на I образовательный маршрут ФГОС НОО вместо II).

Возможность части детей с ОВЗ освоить более сложный – образовательный маршрут, чем это предполагалось исходно. К моменту поступления в школу уровень их развития не будет близким к нормативному, но они будут способны к полноценному освоению содержания начального школьного образования в специальных условиях (выход на II образовательный маршрут ФГОС НОО вместо III, как предполагалось исходно).

Профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм нарушений психического развития при аутизме и умственной отсталости (выход на III образовательный маршрут ФГОС НОО вместо IV, как предполагалось исходно).

В результате – сокращение группы детей с ОВЗ, нуждающихся в школьном возрасте в индивидуальном, наиболее специальном и дорогостоящем образовательном маршруте (IV вариант ФГОС НОО).

Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья до 2030 г. / под общей ред. Н.Н. Малофеева. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2019. – 120 с.

Альманах Института Коррекционной педагогики "Развитие образования детей с ограниченными возможностями здоровья: 2020-2030 годы" № 36, Выпуск 1.





Архипова Е. Ф. доктор педагогических наук, профессор МПГУ, г. Москва.

О себе: После окончания вуза, в течение пятнадцати лет, я работала в отделении патологии новорожденных под руководством К.А. Семёновой и Е.М. Мاستюковой. В результате, при поддержке К.А. Семеновой, я защитила первую диссертацию по коррекционной работе с детьми первых двух лет жизни, имеющих тяжелую неврологическую патологию. Так, впервые появилась технология коррекционно-профилактической работы с детьми раннего возраста. А сейчас, как вам известно, разрабатывается и внедряется Концепция ранней помощи. Реализация ее должна быть завершена в 2020 году.

Так же в течение длительного времени я набиралась опыта в преподавательской деятельности в педагогическом ВУЗе. Начиная с должности ассистента, а сейчас уже профессор. Это дало большой опыт общения со студентами, что позволило выработать систему подачи информации разной степени сложности в доступной, понятной и систематизированной форме.

Темы я определяю, исходя из желания, рассказать о чем-то новом, что я сама апробировала.

Так как несколько десятков лет я работаю логопедом в Детской городской поликлинике, и все свои инновационные подходы оттачиваю на моих пациентах. Так родились инновационные технологии логопедического дифференцированного массажа в структуре индивидуального занятия. Появилась экономичная артикуляционная гимнастика по системе «Дерево». Интересная для детей система автоматизации звуков по законам нейростимуляции и другие.

Можно сказать, что кабинет в поликлинике я использую как экспериментальную площадку по поиску оптимизирующих приемов логопедической работы.

Так же кабинет в поликлинике я использую, как место проведения практики студентов, консультаций дипломников и магистрантов, то и многие дипломы, и диссертации направляю на исследование и этих приёмов и проведение научных исследований по апробированию и внедрению инноваций. Собранный материал позволил оформить эти достижения в виде докторской диссертации, которая была защищена и утверждена ВАКом РФ.

И теперь я могу и вам через свои статьи на сайте и вебинары сообщить об этих практико-ориентированных инновациях и раскрыть все «секреты».

Кстати, я нашла площадку для изучения уже более сложных случаев. В течение уже четырех лет я работаю научным консультантом по диагностике детей раннего возраста в реабилитационном центре «Текстильщик» г. Москвы, где провожу дифференциальную диагностику детей-инвалидов и консультирую их родителей. Этот центр относится к соцзащите. Работая научным консультантом в этом центре, я приобрела большой опыт взаимодействия с родителями таких детей. Мои консультации направлены на повышение родительской педагогической компетенции.

Получается, что я предоставляю свои профессиональные услуги в трех ведомствах: здравоохранении, образовании и соцзащите.

Знаю, как важно взаимодействие всех служб для комплексной абилитации и реабилитации детей – инвалидов и детей с ОВЗ.

Так что опыт мой постоянно обогащается. Мне есть, что вам рассказать, чем поделиться!

Возрастные особенности развития тонкой моторики рук

В данной статье представлены исследования и описаны возрастные особенности развития тонкой моторики рук и зрительно-моторной координации ребенка с самого рождения.

После рождения ребенка до двух- трех месяцев руки ребенка могут быть сжаты в кулак, но большой палец в норме должен быть сверху, а не внутри кулака.

Затем **после трех месяцев** кулаки «раскрываются» и расправленные кисти ребенка начинают похлопывать вокруг себя, схватывать то, что вкладывают взрослые в руки ребенку. Затем рука ребенка начинает тянуться к тому, что видит глаза.

После пяти месяцев у ребенка появляется «пинцетный захват», когда выделяются большой и указательный пальцы. Два пальца ребенка располагаются параллельно, и тогда ребенок начинает тянуться и захватывать мелкие предметы.

Тянется к ниточкам и проявляет внимание к мелким предметам.

В возрасте от трех до шести месяцев ребенок активно направляет руки ко рту. Следит за движением рук. Под контролем зрения направляет руку к предмету и захватывает его.

После шести месяцев у ребенка появляется «щипковый захват». Пальцы рук ребенка, большой и указательный, соединяются не параллельно, а округло. И тогда наступает период, когда ребенок тренируется в щипковом захвате.

К десяти месяцам у ребенка должен появиться «указательный жест», но этому жесту и выделению отдельно указательного пальца нужно учить ребенка. Развивается «единое» поле зрения и действия. Глаза ребенка направляют движение руки. Дети перекладывают предмет из одной руки в другую, могут положить ложку в чашку, кубики в коробку.

Есть данные научных исследований, которые прогнозируют, что если ребенок прошел такой путь в развитии тонкой моторики руки до конца первого года жизни, то мозговые структуры все развиваются согласно онтогенезу, то есть согласно норме. Обе руки ребенка до двух лет работают одинаково. Только ближе к концу второго года жизни начинает определяться ведущая рука.

В период после года до двух лет ребенок может чертить штрихи и «каракули», может хорошо держать чашку, поднимать ее и самостоятельно пить. Соотносит и помещает квадрат в квадратную прорезь, овал опускает в овальную дырочку. Может повторить изображения нескольких горизонтальных, вертикальных и округлых линий. Может сразу держать два предмета в одной руке, чертить карандашом, переворачивать страницы книги, ставить друг на друга от двух до шести кубиков.

В период от двух до трех лет ребенок может включать музыкальные игрушки, крутить пальцем диск телефона, рисовать черточки, воспроизводить простые формы, резать пластиковым ножом, рисовать по образцу крест. С большим интересом открывают ящики, коробки и опрокидывают их содержимое. Любят играть с песком и глиной. Могут открывать закручивающиеся крышки, пробуют использовать ножницы, красят пальцем, нанизывают бусы и другие.

В период от трех до четырех лет ребенок может обводить по контурам, копировать некоторые геометрические формы. Появляется ловкость в руках и ребенок может схватить катящийся к нему мяч. Ребенок должен держать правильно карандаш тремя пальцами, а не ладонным захватом. Старается копировать формы несколькими чертами, собирать постройки из девяти кубиков. Может рисовать не только карандашами, но и цветными мелками. Ребенку доступно складывание квадратного листика бумаги более чем один раз.

В период от четырех до пяти лет ребенок может раскрашивать простые формы, копировать

заглавные печатные буквы, рисовать человечка, изображая от двух до трех частей его тела. Старается копировать квадрат, звезду и другие формы. Формируется сложная корковая функция мозга «стереогноз» и ребенок может определять предметы по форме, величине, фактуре в мешочке на ощупь, без зрительного контроля. Ребенок проявляет интерес к лепке из пластилина и выполняет по образцу задания. Овладевает навыками самообслуживания: застегивает и расстегивает пуговицы, открывает и закрывает молнии, развязывает шарф, шнурует ботинки и другие. Все это возможно только при правильном развитии тонкой моторики пальцев рук.

В период от пяти до шести лет ребенок может аккуратно вырезать картинки, писать буквы и числа. Охотно дополняет недостающие детали к картинке. Ловко может бить молотком по гвоздю. Может легко воспроизводить геометрические фигуры по образцу.

Возраст шести-семи лет является сенситивным периодом для развития тонких движений кисти руки, необходимых для овладения графомоторными навыками для письма. В этом возрасте, организуя различные виды деятельности, систематически применяя тренировочные упражнения, можно достичь хороших результатов в развитии моторики кисти, сформировать графомоторные навыки и подготовить руку к письму в школе.



Особенности тонкой моторики рук детей с речевыми нарушениями.

Результаты исследований Н.С. Жуковой, М.М. Кольцовой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой подтверждают, что тренировка тонких движений пальцев рук стимулирует развитие речи.

Дети с нарушениями речи, редко имеют уверенную координацию движений пальцев рук. Как правило, у них отмечается моторная неловкость,

неточность движений, трудности усвоения двигательной программы и переключения, синкинезии (содружественные движения других частей тела).

Ещё в середине прошлого века было установлено, что уровень развития речи детей прямо зависит от сформированности тонких движений пальцев рук. Если развитие движений соответствует возрасту, то и речевое развитие находится в пределах нормы. Если же развитие движений пальцев отстаёт, то задерживается или искажается и речевое развитие.

Исследования, проведенные М.М. Кольцовой, доказали, что движения пальцев рук стимулируют развитие центральной нервной системы и ускоряют развитие речи ребёнка. Её исследования подтвердили, что около трети всей площади двигательной проекции головного мозга занимает проекция кисти руки, которая расположена рядом с проекцией речевой моторной зоны. А систематическая работа над движениями пальцев рук действительно стимулирует созревание центральной нервной системы, что проявляется, в частности, в ускорении развития речи ребенка.

Таким образом, пальцевая гимнастика стимулирует зоны коры головного мозга, отвечающие за тонкую моторику и за речь.

Это положение объясняет рекомендации ученых включать в систему дошкольного образования мероприятия, направленные на развитие тонкой моторики пальцев рук.

Дети с речевыми нарушениями поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания. Большинство детей не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и выполнить другие действия по самообслуживанию.



На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие дети не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином.

В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного расположения элементов. Нарушение тонких дифференцированных движений в пальцах рук проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики.

Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» – сложить кисти

вместе, переплетая пальцы; «колечки» – поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения пальцевой гимнастики.

На занятиях по оригами испытывают огромные затруднения и не могут выполнять самые простые движения, так как требуются и пространственная ориентировка, и тонкие дифференцированные движения пальцами рук. Многие дети до пяти-шести лет не интересуются играми с мелким конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.



У детей старшего дошкольного возраста отмечаются трудности при овладении графическими навыками. У некоторых детей наблюдается «зеркальное письмо букв». У многих детей отсутствует пальцевый захват карандаша или ручки. Сохраняется у детей тенденция к ладонному захвату карандаша.

У большинства детей старшего дошкольного возраста отмечается общее напряжение пальцев рук и кисти при рисовании. Из-за подобного напряжения ребенок быстро устает, а линии, отражающие это напряжение, становятся неровными, волнистыми. Чем больше будет стараться ребенок, тем больше будет на бумаге отражаться тремор-дрожание руки.

Многие исследования подтверждают, что уровень развития речи всегда находится в прямой зависимости от степени развития тонких движений пальцев рук.

Известный педагог В.А.Сухомлинский утверждал, что «ум ребенка находится на кончиках его пальцев», поэтому совершенствование мелкой моторики детей способствует развитию их речи и интеллекта.

Аристотель назвал руки «Рука — это инструмент всех инструментов». Кант назвал руки: «Рука — это своего рода внешний мозг».

Английский психолог Д. Селли также придавал очень большое значение “созидательной работе рук” для развития мышления и речи детей.

В настоящее время современными учеными установлено, что уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев рук и совершенствование речи непосредственно зависит от степени тренировки рук.

Известный невролог и психиатр В.М. Бехтерев писал, что функция движения руки всегда тесно связана с функцией речи, и развитие первой способствует развитию второй.

Даже исследования физиолога Павлова И.П. показали, что речь это, прежде всего, мышечные ощущения, которые идут от речевых органов и от движений пальцев в кору головного мозга.

Если посмотреть в медицинский атлас и найти там «карту» головного мозга, то можно увидеть, что двигательная речевая область расположена совсем рядом с двигательной областью руки. Величина зоны проекции кисти и ее близость к моторной речевой зоне навели многих ученых на мысль о том, что тренировка тонких движений пальцев рук окажет большое влияние на развитие активной речи ребенка.

Интересные наблюдения отмечают исследователи, изучающие моторное развитие детей. Если ребенка просят производить точные движения, он сразу начинает утомляться, отвлекаться и стремится уклониться от задания. Неспособность к точности зависит от недоразвития корковых механизмов и от недостатка выработки «формул» движения, то есть из-за отсутствия тренировок. Кажущаяся двигательная активность и неутомимость ребенка связана с тем обстоятельством, что он не производит продуктивных рабочих движений, требующих точности, а следовательно, и большой затраты энергии.

Тонкая моторика требует координированной двигательной деятельности мелких мышц руки и глаза. Ее необходимо осваивать постепенно. Навыки тонкой моторики помогают ребенку исследовать, сравнивать, классифицировать окружающие его вещи и тем самым позволяют ему лучше познать мир, в котором он живет. Навыки тонкой моторики помогают ребенку самостоятельно обслуживать себя, выражать себя через игру, пластику, дают возможность приобрести социальный опыт.

В ряде исследований большое внимание уделяется вопросу о том, является ли развитие моторики ребенка следствием естественного созревания соответствующих структур или же это есть результат научения.

Сделанные выводы говорят о том, что и естественное созревание, и научение являются одинаково значимыми для формирования моторики ребенка. Особенно это касается моторики пальцев рук.

Как показывают исследования, в овладении движениями рук большую роль играет подражание. Различают три вида подражательных реакций: повторение собственных движений; повторение знакомых движений взрослого; повторение новых движений.

По мнению Л. С. Выготского, рисование «есть своеобразная графическая речь, графический рассказ о чем-либо». Специальные исследования показали, что есть своеобразный критический момент, когда простое чирканье карандашом и бессмысленные каракули начинают обозначать что-то.



*Из опыта работы учителей-логопедов
Митиной Елены Алексеевны
Соколовой-Муравьевой
Галины Владимировны*

«Использование технологии СКАЗКОТЕРАПИЯ в работе учителя- логопеда» (логосказки)

С каждым годом увеличивается количество детей с нарушением речи. Характер патологии стал сложнее. Одновременно нарушается развитие высших психических функций, состояние общей и мелкой моторики, ориентировка в пространстве, эмоционально-волевая сфера, творческая активность.

Данная проблема подтолкнула искать новые методы и формы работы с детьми, интегрировать в логопедию знания терапии с использованием сказки. Сказка является наиболее универсальным, комплексным методом воздействия в коррекционной работе.

Концепцию использования сказкотерапии разработали зарубежные и российские ученые: Э.Фромм, Э.Берн, Э.Гарднер, А.Менегетти; Е.Лисина, Е.Петрова, Р.Азорцева, Т.Зинкевич-Евстигнеева, М.Осорин.

Основной принцип сказкотерапии: тайна её бытия в сочетании фантазии и правды.

Цель сказкотерапии: содействие развитию речи детей через сказку.

Задачи:

Образовательные:

- Совершенствование звуковой стороны речи
- Обогащение и активизация словаря в лексико-грамматических темах
- Развитие диалогической и монологической речи
- Вовлечение детей к выполнению творческих работ
- Приобщение детей к прошлому и настоящему русской культуры, к фольклору

Коррекционные:

- Работа над артикуляцией, дыханием, голосом; общей и мелкой моторик

- Развитие зрительного, слухового и тактильного восприятия

Развивающие:

- Развитие у детей эмоционально-волевой сферы
- Развитие у детей сочувствия сказочным героям
- Совершенствование умений передавать образ через мимику, жест и движение, обучение приемам воплощения в персонажи сказки

Воспитательные:

- Воспитание любви к природе, к животным, людям старшего поколения
- Воспитание ответственности за свои поступки, доброту и самостоятельность



Виды логосказок:

- ✓ Артикуляционные (развитие дыхания, артикуляционной моторики);
- ✓ Фонетические (уточнение артикуляции заданного звука, автоматизация, дифференциация звуков);
- ✓ Лексико-грамматические (обогащение словарного запаса, закрепление знаний грамматических категорий);
- ✓ Сказки, способствующие формированию связной речи;
- ✓ Сказки по обучению грамоте (о звуках и буквах)



Перспективное планирование использования логосказок в группах для детей с ТНР (ОНР)

Возраст группа	Название сказки	Вид сказки	Лексико-грамматическая тема	
Средняя 4-5 лет	«Сказка о веселом язычке»	Артикуляционные	«Дом», «Животные», «Профессии» и т.д.	
	«Муха-Цокотуха»		«Насекомые», «Посуда»	
	«Теремок»	Формирование связной речи	«Животные»	
	«Репка»		«Овощи», «Семья»	
Старшая 5-6 лет	«Лесное ателье»	Грамматические	«Животные», «Профессии».	
	«Семь цветных карандашей»		Согласование существительных с прилагательными	
	«Кот, лиса и петух»	Формирование связной речи	«Животные», «Птицы», «Семья»	
	«Красная шапочка»			
	«Волк и семеро козлят»			
Подготовительная 6-7 лет	«Сказки тетушки Совы»	Подготовка к обучению грамоте		
	«Буква Я»			
	«Сказки о буквах»			
	«Подарок для самого слабого»	Формирование связной речи		«Животные», «Права ребенка»
	«Зимняя сказка»			«Зима», «Зимние развлечения», «Животные и птицы зимой»

21

Ожидаемый результат:

- Дети научатся перевоплощаться в животных и других героев сказок.
- Сформируются положительные эмоциональные состояния.
- Разовьётся устойчивое внимание, появится интерес к инсценировкам.
- Раскроются творческие способности детей и педагогов, организуется совместная деятельность учителей – логопедов.
- Обогатится и активизируется словарь детей по лексико-грамматическим темам.
- Улучшится слуховое внимание, навыки общения, общая, мелкая и артикуляционная моторика.
- Сохраняется психофизическое здоровье воспитанников; снижается физическое переутомление.

ЛОГОСКАЗКА — это целостный, педагогический процесс, способствующий развитию всех сторон речи, воспитанию нравственных качеств, активации психических процессов (внимания, памяти, мышления, воображения), а также поддержанию положительной мотивации к выполнению учебных задач.

Развитие личности и речи посредством логосказки осуществляется по следующим направлениям:

- Активность (от потребности в эмоциональной разрядке к положительным эмоциональным проявлениям).
- Самостоятельность (от ориентировки в средствах языковой выразительности к поиску лучших способов самовыражения в речи и движении).
- Творчество (от подражания взрослому к словесному фантазированию).
- Эмоциональность (эмоциональное заражение образами сказки).
- Произвольность (от переживания эмоциональных состояний сказочных героев — через оценку своих поступков — к динамическому равновесию исполняемых движений в игре).
- Связная речь (от продолжения фраз взрослого к творческим импровизациям по сюжету).

Все эти направления логически связаны и осуществляются в комплексе.

Вся работа построена с опорой на общие дидактические принципы: систематичности и последовательности, учета возрастных особенностей, учета индивидуальных особенностей, учета структуры дефекта, поэтапности воспитания речи. А также учитываются: заинтересованность, радость, воображение, импровизация, эмоциональное внимание и память.

Сказочные истории — лучший способ передачи информации через яркие образы. Сказка оказывает благоприятное психотерапевтическое воздействие (т.к. разговаривает доступным языком). Она содействует улучшению эмоционального фона. Работа над коррекцией эмоциональной сферы ребёнка — необходимое — условие успешного коррекционно — развивающего — психологического и логопедического воздействия.

«Сказка о ВЕСЕЛОМ ЯЗЫЧКЕ»



Сказка «ТЕРЕМОК»



Сказка «МУХА-ЦОКОТУХА»



Сказка «РЕПКА»



Сказка «ЛЕСНОЕ АТЕЛЬЕ»



Сказка «СЕМЬ ЦВЕТНЫХ КАРАНДАШЕЙ»



Сказка «ЛЕСНОЕ АТЕЛЬЕ»



Сказка «ВОЛК И СЕМЕРО КОЗЛЯТ»



В канун Старого Нового года учителями-логопедами нашего детского сада традиционно проводится конкурс стихов «Зимняя сказка».

В конкурсе принимают участие дети старших и подготовительных групп.

Тематика стихотворений самая разнообразная: от веселых шуток и загадок – до классики. Жюри подводит итоги, учитывая интонационную выразительность, паралингвистическую речь, использование театральных средств, раскрытие художественного образа.



ЛОГОСКАЗКА — это интерактивная сказка, так как требует не пассивного созерцания, а активного участия в ходе повествования.

Таким образом, использование логосказок позволяет добиться не только устойчивого внимания и интереса на протяжении всего занятия, но и способствует сохранению психофизического здоровья детей, формированию положительного эмоционального состояния и снижению вероятного переутомления на логопедических занятиях.

Литература:

Волкова Г.А. Особенности эмоционально – волевой сферы и произвольной регуляции детей с заиканием и дизартрией, М., ООО ТЦ СФЕРА, ж. Логопед №6, 2012

Кириянова Р.А. Проектирование предметно – развивающей среды в ДОУ компенсирующего вида, СПб, КАРО, 2007

Крюкова С.В., Слободяник Н.П. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего возраста: Практическое пособие, М., Генезис, 2002

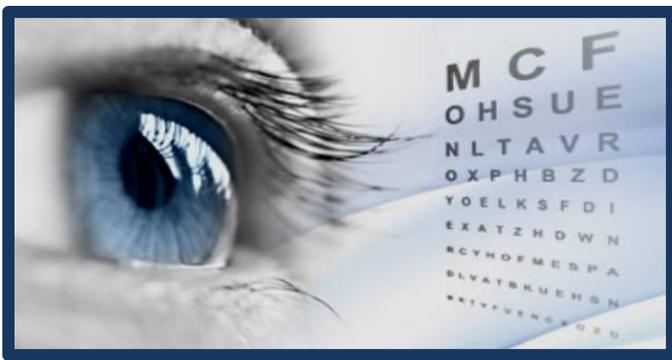
Куражева Н.Ю., Тузаева А.С., Козлова И.А. 70 развивающих заданий для дошкольников 5 – 6 лет, СПб, 2014

Левчук Е.А. Грамматика в сказках и историях, М., ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004

Мецлер Т.В. Социально – педагогический творческий проект «В гостях у логосказки», М., ООО ТЦ СФЕРА, ж. Логопед № 4, 2011

Ровная Е.В. Страна Звукландия, мишка Топтыжка и другие, ООО ТЦ СФЕРА, ж. Логопед, №3 2011

Цветик – семицветик. Программа психолога – педагогических занятий для дошкольников 5 – 6 лет. Под ред. Куражевой Н.Ю., СПб, 2014



Материал собрал и подготовил учитель-дефектолог (тифлопедагог)

Муравьева Надежда Вениаминовна

24

СТЕРЕОСКОПИЧЕСКОЕ ЗРЕНИЕ

От греческого *στερεός* — твёрдый, пространственный — вид зрения, при котором возможно восприятие формы, размеров и расстояния до предмета.

Благодаря стереозрению мы видим окружающий мир в 3D изображении (трехмерный, объемный).

Головной мозг получает два различных изображения, поступающих в него от каждого глаза.

Глаза расположены один от другого на расстоянии примерно шести сантиметров, то есть мы наблюдаем предметы каждым глазом под разными углами. Благодаря **бинокулярному** зрению эти два изображения сливаются в одно и мы видим объемные изображения.

Два глаза дают нам то, что один глаз дать не в состоянии — **стереоскопичность, объем, глубину**. Чтобы воспринимать глубину пространства, очень важна точная настройка и взаимосогласованность движений наших глаз, т.е. стереоскопичное, бинокулярное зрение возможно в тех случаях, когда имеется полное мышечное равновесие глаз.



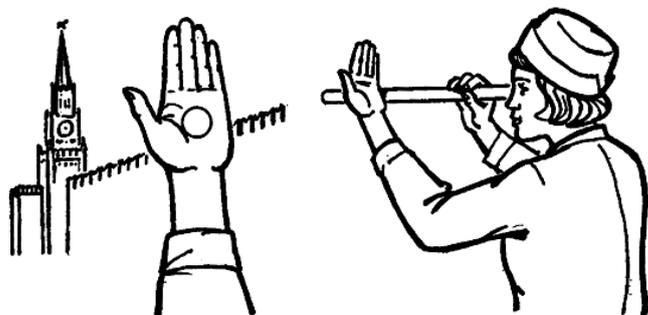
Формирование полноценного **стереоскопического зрения**, по данным Р. Заксенвегера (1956), завершается к 8 году жизни ребенка.

При косоглазии у ребенка нарушено бинокулярное и соответственно стереоскопическое зрение, а такие зрительные дефекты, как нистагм, дальтонизм, астигматизм препятствуют бинокулярно-стереоскопическому зрению. Восстановление стерео зрения проводится на **завершающем этапе лечения косоглазия**, когда

уже сформировано плоскостное бинокулярное зрение и развиты нормальные фузионные резервы.

Тест на уровень развития бинокулярного, стереоскопического зрения (опыт Соколова)

К глазу исследуемого приставлена трубка, через которую он смотрит вдаль. Со стороны раскрытого глаза к концу трубки исследуемый приставляет свою ладонь.



В случае нормального бинокулярного зрения испытуемый увидит в центре ладони отверстие, через которое видно то, что видит глаз, смотрящий через трубку.

Игры и упражнения для развития, стабилизации и восстановления бинокулярного и стереоскопического зрения.

Игры на развитие глазомера:

1. «Поймай рыбку»
2. Баскетбол
3. Кольцеброс
4. Попади в кольцо
5. Поймай шарик
6. Серсо
7. Попади в ворота



Игры на развитие фузионных резервов — медленное расхождение и сближение предметов, полное их слияние:

1. Рассматривание предметов и объектов в бинокль.
2. Работа со стереоскопом, рассматривание слайдов, диафильмов.



3. Игры и упражнения на наложение, совмещение двух предметов в один (прозрачные картинки, работа с окном, зеркалом, с калькой)

«Прозрачный квадрат Воскобовича»



Игры на восприятие 3х мерного пространства:

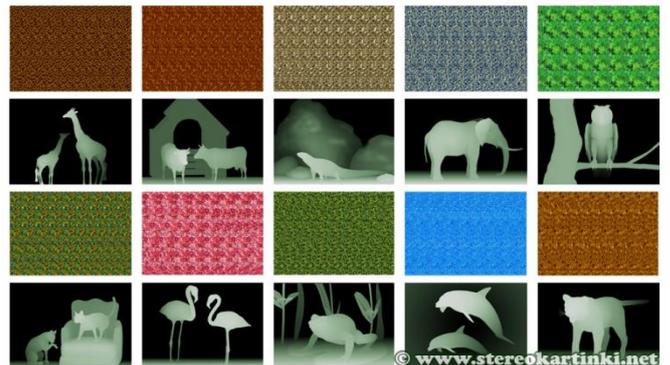
1. Объемные игрушки для моделирования.
2. Кукольные настольные, пальчиковые театры.
3. Конструирование.
4. Объемные пазлы.
5. Рассмотрение стереокартинок, стереокалендарей, стереоигрушек, стереограмм.



Стереогаммы — это картинки для улучшения и поддержания остроты зрения. Принцип действия этих картинок заключается в укреплении глазных мышц, которые расслабляются и тренируются во время просмотра.

Они обладают стереоскопическим эффектом, то есть картинки вдруг «оживают» и появляется скрытое объемное (3д) изображение (нужно лишь научиться видеть этот секрет).

Итак, как увидеть скрытое изображение и одновременно потренировать наше зрение? Очень просто. Нужно сфокусировать взгляд на воображаемой точке за картинкой. То есть смотрите как бы сквозь картинку.



Обзор информационных ресурсов подготовил ведущий библиограф ГБУ РК «Специальная библиотека для слепых Республики Коми им. Луи Брайля» **Юшкова Елена Генриховна**

СОВЕТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОСПИТАНИЮ И РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

*Практические рекомендации
для родителей и педагогов*

26



Батурина Мария.
Продуктивная деятельность: методические рекомендации [для родителей] / Батурина Мария; НМООИ "Ассоциация "Интеграция". – Новосибирск, 2017. – 28 с.: цв. ил. – (Вместе с мамой).

Лепка, рисование, аппликация и конструирование – имеет важное значение для всестороннего развития и воспитания детей с нарушениями зрения, служит важным средством коррекции и компенсации зрительной недостаточности. Занятия по изобразительной деятельности и конструированию тесно связаны с игрой, ознакомлением с окружающим миром и развитием зрительного восприятия, ручным трудом и формированием элементарных математических представлений. В издании приводятся практические задания для занятий.



Смотрим мультки!:
методические рекомендации для родителей / НМООИ "Ассоциация "Интеграция". – Новосибирск, 2017. – 24 с.: цв. ил. – (Вместе с мамой).

Мультфильмы – это не просто развлечение. Для родителей они могут стать помощниками в воспитании умного, любопытного и доброго ребенка. Из издания вы узнаете, как правильно смотреть мультфильмы с максимальной пользой и наименьшим вредом для ребенка.



Развитие сенсорной системы ребенка:
методические рекомендации для родителей / НМООИ "Ассоциация "Интеграция". – Новосибирск, 2017. – 40 с.: цв. ил.; 21 см. – (Вместе с мамой).

Первый источник знаний о мире – ощущения. С помощью ощущений ребёнок познаёт отдельные признаки, свойства предметов, которые непосредственно воздействуют на его органы чувств, узнаёт о том, что предметы имеют свой вкус, цвет, величину, запах, звук, вес, температуру и др. Поэтому с самого раннего возраста необходимо выполнять с ребенком различные задания, направленные на развитие как тактильной (осозательной), вестибулярной (чувство равновесия), проприоцептивной (ощущение движения) и других сенсорных систем.



Советы родителям по воспитанию детей:
[методические рекомендации для родителей] / НМООИ "Ассоциация "Интеграция". – Новосибирск, 2017. – 23 с.: цв. ил.

Как приучить ребенка к порядку и к аккуратности? Как укладывать спать и как будить ребенка? Что делать, если ребенок боится темноты, ссорится с братьями и сестрами? А если он застенчивый или медлительный? Возможно, вы найдете ответы в этом издании.

Издается с 2016 года.

Периодичность - 2 номера в год

Редакционный совет:

Гроссман М.В., Козлова Л.Г., Терентьева Т.В., Муравьева Н.В.,
Тризно К.О., Чахоткина Н.В.

Ответственный за оформление, макет журнала Гроссман М.В.

Разделы и рубрики:

- **Нормативные и правовые документы и материалы**
«Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья». стр. 1

- **Консультируют специалисты**
«Возрастные особенности развития тонкой моторики рук. Особенности тонкой моторики рук детей с речевыми нарушениями». стр.17

«Использование технологии сказкотерапия в работе учителя-логопеда (логосказки)». стр.20

«Стереоскопическое зрение» стр.24

- **Книжная копилка** стр.26

При перепечатке авторских материалов и использование их в любой форме ссылка на журнал «Взгляд» обязательна.

Адрес: Республика Коми, Сыктывкар, ул. Старовского 26/1.
Тел: 8 (212) 32-31-90