

74
21654

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОВИЕ

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА
ПЕДАГОГА,
РАБОТАЮЩЕГО С ДЕТЬМИ
с ОВЗ



ИЗДАТЕЛЬСТВО
«ВЛАДОС»

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА
ПЕДАГОГА,
РАБОТАЮЩЕГО С ДЕТЬМИ
с ОВЗ

Москва



2011

УДК 376.167.1

ББК 74.3

И65 4

Авторы:

Староверова М.С., Ковалев Е.В., Захарова А.В.,
Рыжикова Е.И., Чабановская Е.В., Кулакова Е.В.,
Любимова М.М., Комлева Г.М., Гладилина Л.Н.,
Борисова Е.Б., Ананьева Е.В., Кузнецова Л.В.

Под редакцией М.С. Староверовой

Рецензент:

доктор психологических наук
профессор кафедры специальной педагогики МГПУ
Т.Г. Богданова

И65 Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: Методическое пособие – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2011. – 167 с.

ISBN 978-5-691-01851-0

CIP PГБ

В методическом пособии представлены психолого-педагогические «портреты» детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, и даны рекомендации по преодолению школьной неуспешности у данной категории детей в условиях интегративного обучения (инклюзии).

Для специалистов воспитательных и образовательных учреждений – педагогов, психологов, логопедов и дефектологов, а также студентов педагогических вузов. Может быть полезно родителям, имеющим ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

УДК 376.167.1

ББК 74.3

640 954
БИБЛИОТЕКА
ФГБОУ ВПО «МГПУ»
г. Новосибирск

ISBN 978-5-691-01851-0

© Коллектив авторов, 2011

© ООО «Гуманитарный издательский
центр ВЛАДОС, 2011

Введение.....	7
---------------	---

ПРЕОДОЛЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕШНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ 10

Предотвращение школьной неуспешности у детей с задержкой психического развития	10
Развитие познавательной сферы у детей с задержкой психического развития	13
Учебная деятельность детей с задержкой психического развития	18
Методические приемы, помогающие включить детей с задержкой психического развития в образовательный процесс	21

Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков с эмоциональными расстройствами и нарушениями поведения 29

Рекомендации по взаимодействию с детьми и подростками, имеющими эмоциональные расстройства и нарушения поведения	32
--	----

Дети с синдромом раннего детского аутизма в системе общего образования 44

Классификация раннего детского аутизма (РДА) по степени тяжести	46
Внешние проявления синдрома РДА	47
Рекомендации по обучению детей с ранним детским аутизмом в условиях образовательного учреждения	50

Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями слуха 57

Слухопротезирование	59
Восприятие речи детьми с нарушениями слуха	60
Особенности речевого развития детей с нарушениями слуха	61
Развитие познавательной сферы детей с нарушениями слуха	62
Особенности эмоционально-личностного развития детей с нарушениями слуха	63
Рекомендации по «включению» детей с нарушениями слуха в совместное обучение со сверстниками, не имеющими отклонений в развитии	64

Особенности обучения детей с нарушениями зрения в условиях общеобразовательной школы 65

Развитие познавательной сферы детей с нарушениями зрения	65
---	----

Эмоционально-личностное развитие детей с нарушениями зрения	68
Особенности речевого развития детей с нарушениями зрения	69
Рекомендации для педагогов по профилактике и преодолению трудностей в обучении ребенка с нарушением зрения	70
Организация психолого-педагогического сопровождения образовательной интеграции (инклюзии) детей с нарушениями речи	72
Раннее развитие детей с тяжелыми речевыми нарушениями	73
Моторное развитие детей с речевыми нарушениями	75
Развитие познавательной сферы детей с речевыми нарушениями	76
Особенности личности, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферы детей с тяжелыми речевыми нарушениями	83
Особенности различных видов деятельности детей с речевой патологией	86
Игровая деятельность у детей с речевыми нарушениями	90
Изобразительная деятельность у детей с речевыми нарушениями	91
Рекомендации по сопровождению детей с речевыми нарушениями в массовых образовательных учреждениях	93
Психолого-педагогические технологии работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, в условиях образовательной интеграции (инклюзии)	97
Специфические особенности двигательного развития детей с ДЦП	99
Формы детского церебрального паралича	102
Развитие познавательной сферы детей с детским церебральным параличом	105
Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП	109
Рекомендации для педагогов, работающих с детьми, имеющими нарушения функций опорно-двигательного аппарата	111
НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ (ИНКЛЮЗИИ)	114
Закон об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве	114
Статья 1. Сфера деятельности настоящего Закона	114
Статья 2. Основные понятия	115
Статья 3. Обеспечение государственных гарантий права лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение образования	116

Статья 4. Участие родителей (законных представителей) в воспитании и обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья.	118
Статья 5. Формы организации образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по основным и дополнительным общеобразовательным программам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования.	119
Статья 6. Дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, и специальные (коррекционные) образовательные учреждения.	120
Статья 7. Обучение на дому.	121
Статья 8. Обучение и воспитание в условиях стационарного лечебного учреждения.	122
Статья 9. Обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания.	123
Статья 10. Профессиональное образование и трудоустройство лиц с ограниченными возможностями здоровья.	124
Статья 11. Психолого-медико-педагогические комиссии.	125
Статья 12. Комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь.	125
Статья 13. Служба ранней помощи.	126
Статья 14. Особенности приема лиц с ограниченными возможностями здоровья в государственные образовательные учреждения.	127
Статья 15. Порядок перевода и изменения формы получения образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.	127
Статья 16. Итоговая аттестация лиц с ограниченными возможностями здоровья.	128
Статья 17. Взаимодействие органов государственной власти города Москвы, государственных образовательных учреждений, негосударственных образовательных организаций, иных организаций, объединений юридических лиц, общественных и государственно-общественных объединений при создании условий для воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья.	129
Статья 18. Финансирование образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.	130
Статья 19. Материально-техническое обеспечение специальных условий обучения (воспитания) лиц с ОВЗ.	131

Статья 20. Меры социальной поддержки педагогических и иных работников, участвующих в обучении (воспитании) лиц с ОВЗ	131
Статья 21. Ответственность за нарушение требований настоящего Закона	132
Статья 22. Вступление в силу настоящего Закона	132
Статья 23. Переходные положения	133
Концепция образовательной интеграции (инклюзии)	134
Общие положения	134
Ключевая проектная идея	138
Приоритетные цели и стратегические направления изменений	142
Ожидаемые результаты	145
Положение о Координационном совете по развитию образовательной интеграции (инклюзии)	146
Регламент деятельности Координационного совета по развитию образовательной интеграции (инклюзии)	150

ПРИЛОЖЕНИЯ

Карта учащегося с ОВЗ (для школ)	152
Карта воспитанника с ОВЗ (для ДОУ)	153
Памятка для педагогов, работающих с детьми с нарушенным слухом (1-2)	154-155
Знакомство со словом. Консультация для учителей начальной школы	156
Примерный перечень оборудования кабинета психолога для образовательных учреждений, в которых находятся дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	158
Выдержка из Международной классификации болезней (10-й пересмотр — МКБ-10)	160
Таблица 1	161-164
Словари терминов	165-167

Инклюзивное образование рассматривается как реализация права человека на получение качественного образования в соответствии с познавательными возможностями и в адекватной его здоровью среде по месту жительства.

28 апреля 2010 года Московской городской Думой был принят Закон № 16 «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в г. Москве». В нем определен круг лиц, которые могут быть включены в процесс образовательной интеграции, а именно: *«дети-инвалиды, иные лица, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные ограничения возможностей здоровья и нуждающиеся в создании специальных условий обучения (воспитания), а также инвалиды и другие лица с ограниченными возможностями здоровья в возрасте старше 18 лет, обучающиеся по основным профессиональным образовательным программам начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования»*¹.

Кроме того, в законе определены специальные условия, которые необходимо создать для успешного обучения (воспитания) детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. В частности, это: *«специальные образовательные программы и методы обучения, учебники, учебные пособия, дидактические и наглядные материалы, технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средства коммуникации и связи, сурдоперевод при реализации образовательных программ, адаптация образовательных учреждений и прилегающих к ним территорий для свободного доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогические, психолого-педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, обеспечивающие адаптивную среду образования и безбарьерную среду жизнедеятельности, без которых освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья невозможно (затруднено)»*².

¹ Статья 1 Закона № 16 города Москвы «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в г. Москве» от 28.04.2010 года.

² Статья 2 Закона № 16 города Москвы «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в г. Москве» от 28.04.2010 года.

Инклюзивное образование – это долгосрочная стратегия, рассматриваемая не как локальный участок работы, а как системный подход в организации деятельности общеобразовательной системы по всем направлениям в целом. Инклюзивная форма обучения касается всех субъектов образовательного процесса: детей с ОВЗ и их родителей, нормально развивающихся учащихся и членов их семей, учителей и других специалистов образовательного пространства, администрации, структур дополнительного образования.

Такая форма обучения не является обязательной для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), но в то же время обучение в условиях образовательной интеграции (инклюзии) позволяет ребенку с ОВЗ максимально сохранить свое привычное социальное окружение. Благодаря инклюзивной форме обучения часть «неординарных» детей, посещая ближайшую массовую школу, сможет не разлучаться с семьей, как это бывает, когда ребенок учится в специальной (коррекционной) школе-интернате. Родители, таким образом, получают возможность воспитывать своего ребенка в соответствии с собственными жизненными установками.

В основе практики этого вида обучения лежит идея признания индивидуальности каждого отдельного учащегося, и, следовательно, процесс должен быть организован так, чтобы удовлетворить особые потребности каждого ребенка с ОВЗ. Инклюзивное обучение делает акцент на разработку индивидуальной образовательной программы. Это положение закреплено в «Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования», который утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 373 от 6 октября 2009 года.

В нем учитываются образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья через возможность введения специальных федеральных государственных образовательных стандартов. Наряду с этим в разъяснении к данному положению говорится, что нормативный срок освоения основной образовательной программы начального общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья может быть увеличен с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии)³.

³ Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373.

Таким образом, задается необходимость перехода к созданию индивидуальных образовательных программ, учитывающих особенности детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, в случае необходимости увеличивая сроки их освоения.

Инклюзивное обучение не должно вытеснять традиционные формы эффективной помощи детям-инвалидам, сложившиеся и развивающиеся в специальном образовании. Подлинная инклюзия не противопоставляет, а сближает две образовательные системы – общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

Преодоление школьной неуспешности у детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного обучения

Предотвращение школьной неуспешности у детей с задержкой психического развития

Изучение проблемы школьной неуспешности проводилось еще с начала 60-х годов, когда была выявлена группа детей, особенности в развитии которой позволили выделить ее в особую категорию. Данная группа школьников получила название «дети с задержкой психического развития».

Под термином «задержка развития» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма.

По определению В. В. Лебединского, «речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны».

Огромный вклад в изучение детей с задержкой психического развития внесли Власова Т.А. и Певзнер М.С., которая в 1966 г. описала ряд клинических вариантов задержки в развитии организма (инфантилизма), положенный в основу клинической систематики задержки психического развития:

- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

– психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевых функций.

На основе причинных (этиопатогенетических) факторов Лебединская К.С. совместно с группой ученых (Бертынь Г.П., Дунаева З.М., Марковская И.Ф., Певзнер М.С., Райская М.М. и др.) разработали клиническую систематику задержки психического развития: конституционального происхождения; соматогенного происхождения; психогенного происхождения; церебрально-органического происхождения.

1) Задержка психического развития конституционального происхождения

Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме, при котором эмоционально-волевая сфера ребенка напоминает развитие ребенка более младшего возраста.

Трудности, которые испытывают эти дети к моменту поступления в школу, связаны прежде всего с недостаточным развитием эмоционально-волевой сферы. При выполнении учебных заданий у детей наблюдается быстрая утомляемость и интеллектуальная пассивность. Они не приучены к систематической мыслительной деятельности, поэтому крайне поверхностно усваивают учебный материал. В то же время они очень активны в игровой деятельности, которая в какой-то мере компенсирует их неудачи в учебе.

При дисгармоническом инфантилизме личностные качества и характер поведения имеют патологические свойства: расстройства аффективно-личностной сферы, проявляющиеся в нарушениях поведения и эмоциональной возбудимости. Однако нарушения поведения не поддаются коррекции только лишь при помощи психолого-педагогических приемов и методов. Огромное значение придается медикаментозной терапии. Важным моментом является тот факт, что интеллектуально эти дети сохранены.

Инфантилизм, который проявляется в поведении и деятельности, есть не что иное, как недоразвитие личности ребёнка. Л. С. Выготский писал о том, что формирование личности имеет решающее значение для характеристики человека: «...оно обеспечивает наиболее высокие, сознательные формы его поведения и деятельности и создает единство всех его отношений к действительности. В результате любая реакция человека и весь строй его внутренней эффе́ктивной жизни определяется теми особенностями личности, которые сложились у него в процессе развития».

2) Задержка психического развития соматогенного происхождения

Этот вариант обусловлен соматической недостаточностью (длительными простудными заболеваниями, инфекционными болезнями, аллергическими реакциями, врожденными и приобретенными пороками развития). Специфической особенностью развития этого варианта задержки психического развития является нарушение интеллектуальной деятельности при первично сохранном интеллекте в результате длительной и стойкой астении.

У детей данной категории наблюдается низкая работоспособность, плохая сосредоточенность при выполнении задания. В процессе учебы дети быстро истощаются, в результате чего у них нарушаются процессы внимания и памяти. В тех случаях, когда нарушение психической деятельности возникло на более ранних этапах жизни ребенка, задержка психического развития проявляется в ограниченности представлений об окружающей действительности, в бедности словарного запаса и некотором недоразвитии форм мышления, в частности словесно-логического.

3) Задержка психического развития психогенного происхождения

Обнаруженные особенности развития связаны с неблагоприятными условиями воспитания в семье. В результате патогенного воздействия может наблюдаться нарушение психического развития по типу психической неустойчивости. Данный тип развития наблюдается в условиях гипопеки – полного или частичного отсутствия правильного психолого-педагогического воздействия на формирующуюся личность ребенка. При этом отмечается снижение уровня развития познавательной деятельности и активности, что в сочетании с незрелостью эмоционально-волевой сферы в виде аффективности, импульсивности и повышенной внушаемости приводят к нарушению обучения.

Аномальное развитие личности по типу семьи обусловлено, наоборот, гиперопекой. Это приводит к неспособности выполнять самостоятельно даже посильную деятельность, отсутствию инициативности, ответственности. При выполнении задания эти дети всегда ориентированы на помощь взрослого.

4) Задержка психического развития церебрально-органического генеза

Данные проявления задержки психического развития возникают вследствие воздействия различных причин, сходных с причинами, приводящими к умственной отсталости.

Эмоционально-волевые нарушения представлены органическим инфантилизмом (Сухарева Г.Е. и др.), при котором отмечаются преобладание игровых интересов над учебными, внушаемость, а также отсутствие критики в свой адрес. Эмоционально-волевая сфера характеризуется отсутствием живости и яркости, а игровая деятельность – однообразием, отсутствием творчества и воображения.

Нарушение познавательной деятельности, возникающее в результате недоразвития психических процессов (памяти, внимания, пространственного гнозиса и др.) является важной особенностью в структуре задержки психического развития. Клиницисты подчеркивают иной характер нарушения познавательной деятельности, чем у детей с умственной отсталостью.

Проведенный анализ накопленных психолого-педагогических и клинических данных позволил группе ученых (Перслени Л.И., Мастюкова Е.М., Чупров Л.Ф.) дифференцировать группу детей с задержками развития по структуре дефекта.

Ядерным, или первичным, нарушением в структуре дефекта у детей первой группы являются нарушения произвольной регуляции деятельности (эмоционально-волевой сферы и внимания). У второй – негрубые первичные интеллектуальные нарушения в сочетании с нарушениями регуляции деятельности, а также эмоционально-волевыми расстройствами.

Рассмотренные выше различные формы задержанного психического развития позволяют объяснить особенности учебной деятельности этих детей, а также предложить различные вариативные методы и приемы их обучения.

Развитие познавательной сферы у детей с задержкой психического развития

1) Мыслительная деятельность

Одним из условий успешного освоения школьной программы является соответствующая возрастному уровню зрелость всех познавательных психических процессов, отражающая не только общий объем знаний, умений и представлений, но и определенный уровень развития всех психических функций.

Многочисленные исследования особенностей мышления детей с задержкой психического развития показывают, что интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый главным образом отставанием в развитии отдельных компонентов мыслительной деятельности (Вла-

сова Т.А., Егорова Т.В., Лубовский В.И., Никашина Н.А., Стрелкова Т.А.).

К их числу относятся преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим (так как наибольшие сложности у детей вызывает решение словесно-логических задач), склонность к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектуальных заданий, недостаточная целенаправленность психической деятельности, слабость логической памяти.

По мнению С.Г. Шевченко, дети с задержкой психического развития затрудняются в определении причинно-следственных отношений между явлениями и объектами. Установление сходных и отличительных признаков сравнимых предметов или явлений вызывает большие трудности даже после тщательного анализа каждого из них. Назвав отличительные признаки изучаемых объектов, дети зачастую не могут рассказать, в чем их сходство, и наоборот, определив у сравниваемых объектов общие признаки, не видят их различий.

На несформированность основных мыслительных операций (анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования) прямо указывают Артемьева Т.П., Дунаева З.М., Брокане И.Н., Вайзман Н.П., Капустина Г.М. и др.

Недостаточный уровень сформированности операций обобщения у детей с задержкой психического развития отчетливо проявляется при выполнении заданий на группировку предметов по родовой и видовой принадлежности и использование обобщающих слов.

Интеллектуальная деятельность школьников с задержкой психического развития отличается диспропорциональностью: в тех случаях, когда решение задачи может осуществляться наглядно-действенным способом и имеет предметную опору, дети не испытывают затруднений и выполняют задания успешно, как и их нормально развивающиеся сверстники. Однако, когда задача не связана с практическими действиями и предполагает внутреннюю, целенаправленную активность, эти дети не справляются с ней.

Решение логических задач практически-действенными способами также свидетельствует о том, что они не могут отвлечься от наглядной ситуации и действовать в плане образов и представлений. Преобладание данных методов решения задач связано с особенностями обучения, а также с ограниченностью конкретно-чувственного опыта ребенка, определяемого несформированностью основных психических функций: памяти, внимания, восприятия.

Изучение мыслительной деятельности детей с задержкой психического развития дает возможность увидеть важнейшую составляющую их общей характеристики – значительные потенциальные возможности обучения.

Психологическая сущность процесса «обучаемости» – «зона ближайшего развития» рассматривается как выражение общей способности ребенка к учению, а в качестве ведущих критериев сформированности данной способности подчеркивается важность широты переноса, «которая достигается различными индивидами в процессе обучения».

Поэтому, несмотря на перечисленные выше специфические особенности развития мышления, большинство таких детей воспринимают помощь взрослого, способны к усвоению новых знаний и их применению на практике и, как следствие, к обучению по программе общеобразовательной школы.

2) Память и внимание

Основной отличительной особенностью развития памяти у ребенка является то, что этот процесс в большинстве случаев произвольный, так как «запоминание и припоминание происходят независимо от его воли и сознания. Они осуществляются в деятельности и зависят от ее характера» (Мухина В.С.).

Это подтверждается работами ряда исследователей (Браташникова И.А., Браташников А.А.; Люблинская А.А.; Панько Е.А.).

Клинические и психолого-педагогические данные свидетельствуют о том, что имеющиеся нарушения памяти являются характерным признаком задержки психического развития и отличаются:

- преобладанием произвольных форм запоминания над произвольными;
- медленным нарастанием продуктивности запоминания;
- неумением применять рациональные приемы запоминания (например, план при запоминании текста, классификации и т.д.);
- снижением объема запоминания;
- нарушением порядка воспроизводимого цифрового и словесного материала, что объясняется недоразвитием функции самоконтроля;
- низкой избирательностью памяти.

Следует отметить и тот факт, что учащиеся с задержкой психического развития лучше запоминают наглядный (неречевой материал). При этом качество и продуктивность запоминания невербального материала над вербальным значительно выше, чем у нормально развивающихся детей.

Произвольное запоминание предполагает сознательный поиск опорных сигналов, то есть специальных способов запоминания. Школьникам с задержкой психического развития свойственно не только снижение данной поисковой активности, но и неумение применять уже сформированные приемы (например, использовать принцип группировки по определенному признаку). Без помощи взрослого они с трудом удерживают инструкцию, отграничивают необходимый для запоминания материал от дополнительных опор и т.д. (Егорова Т.В., Лутоян Н.Г.).

Обучение школьников умению использовать принцип группировки предъявляемого материала по ситуативным признакам и по родовой принадлежности значительно повышает эффективность запоминания, что следует учитывать при проведении коррекционно-развивающей работы и научению их различным способам организации мнемической деятельности (Лутоян Н.Г., Подобед В.Л.).

Многочисленные комплексные исследования по проблеме школьной неуспеваемости выявили, что нарушения памяти отмечаются у 50% детей, испытывающих трудности в обучении (Власова Т.А., Певзнер М.С., Демьянов К.В., Переслени Л.И., Чупров Л.Ф. и др.).

Внимание – это направленность психики (сознания) на определенные объекты, имеющие для личности устойчивую или ситуативную значимость, сосредоточение психики (сознания), предполагающее повышенный уровень сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности (Н.Ф.Добрынин).

Нормально развивающемуся ребенку не составляет особого труда в течение урока следовать инструкциям учителя, выполнять учебные задания разнопланового характера, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Внимание же детей с задержкой психического развития характеризуется рядом особенностей (Жаренкова Г.И., Манова-Томова В., Переслени Л.И., Домишкевич С.А., Пермякова В.А., Карпова Г.А. и Артемьева Т.П. и др.):

- снижением устойчивости внимания, повышенной отвлекаемостью, обуславливающими невозможность выполнения учебных заданий в полном объеме;
- снижением концентрации внимания, что выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости;
- снижением объема внимания, проявляющимся в том, что школьник удерживает значительно меньший объем информации, чем тот, который необходим для решения учебной задачи;

- снижением избирательности внимания, характеризующимся тем, что учащиеся испытывают трудности в постановке цели деятельности и условий ее реализации;
- снижением распределения внимания, заключающимся в невозможности выполнения нескольких действий одновременно.

3) Восприятие

По мнению Венгера Л.А., восприятие составляет основу ориентировки человека в окружающей действительности, позволяет ему организовать деятельность, поведение в соответствии с объективными свойствами и отношениями вещей.

Процесс восприятия предметов или объектов наиболее сложный, так как включает в себя мотивационную, ориентировочную и исполнительную части. Мотивационная компонента предполагает наличие волевого усилия, иными словами, школьник должен хотеть найти решение поставленной перед ним задачи.

Ориентировочная (перцептивная) компонента представлена действиями, направленными на изучение свойств и качеств предмета, а исполнительская – применением полученной информации на практике (Ананьев Б.Г., Венгер Л.А., Запорожец А.В., Зинченко В.П.).

В дошкольном возрасте перцептивные действия формируются в зависимости от того типа задач, которые выдвигаются в процессе практической деятельности, «... благодаря выделению в практических действиях ориентировочных компонентов, которые вначале выступают во внешней развернутой форме, а затем подвергаются интериоризации и сокращению» (Венгер Л.А., Гальперин П.Я.). Ярким примером интериоризации может служить формирование навыка чтения «про себя».

У школьников с задержкой психического развития можно выделить следующие специфические особенности восприятия:

- отсутствие умения целенаправленно и планомерно обследовать предметы;
- нарушение целостности (учащиеся воспринимают изучаемый объект фрагментарно, уделяют внимание второстепенным деталям, испытывают трудности при выделении главных признаков);
- замедление скорости восприятия и переработки учебной информации;
- затруднение узнавания знакомых предметов в непривычном ракурсе (изменение положения в пространстве, недостаточное освещение, предъявление нескольких объектов одновременно).

Перселени Л.И., изучавшая особенности восприятия у аномальных детей, пришла к выводу, что при изучении психофизиологических особенностей восприятия сенсорной информации в онтогенезе выявляется его замедление у детей с задержанным развитием. Причина замедления определяется особенностями переработки информации, связанными с работой отделов головного мозга; введение посторонних раздражителей только еще больше замедляет восприятие сенсорных сигналов.

Лубовский В.И., Шошин П.Б. считают, что замедление восприятия, обнаруживаемое у детей с различными аномалиями развития, — общая закономерность, хотя выраженность этих изменений с учетом возрастного фактора неодинакова для обследованных категорий детей. Скорость восприятия у детей с задержкой психического развития становится заметно ниже нормальной для данного возраста фактически при любом отклонении от оптимальных условий.

Учебная деятельность детей с задержкой психического развития

Один из наиболее общих аспектов мотивации — отношение к учению. Оно определяется учебными мотивами школьника, их иерархической системой — «широкими социальными мотивами учения» и школьными интересами (Божович Л.И.). К первым относится желание утвердиться в коллективе сверстников путем получения высокой оценки, к остальным — интерес к получаемым знаниям, средствам и методам обучения, стремление применить полученные знания на практике. Это наиболее явные мотивы обучения, в целом же можно говорить о том, что деятельность школьника полимотивирована, и для каждого из них характерно выделение группы ведущих мотивов.

Мотивационная сфера учащихся с задержкой психического развития оказывается несформированной: отмечается преобладание игровых мотивов поведения и обучения. У детей не появляется чувство ответственности в отношении учебных заданий, потребность подчиняться требованиям учителя.

Менчинская Н.А. и Цымбалюк А.Н. подчеркивали, что изменение мотивации является необходимой предпосылкой повышения эффективности умственной деятельности. Следовательно, одна из главных задач, стоящих перед педагогами при обучении детей, — создание у них интереса к самому процессу учения с тем, чтобы воспитать у них желание и стремление учиться.

Анализируя мотивационную сферу детей изучаемой категории, можно говорить о недостаточно сформированных мотивах учения и о преобладании игровых мотивов поведения над учебными (Белопольская Н.Л., Елфимова Н.В., Кузнецова Л.В., Лубовский В.И.).

При выполнении учебных задач у них отмечается ряд особенностей: они негативно реагируют на невозможность выполнения задачи (Егорова Т.В., Жаренкова Г.И.), и в то же время выражают заинтересованность в оценке своих действий и испытывают радость при похвале (Баладина Н.Д., Белопольская Н.Л., Егорова Т.В.). Вместе с тем у ребенка не возникает желание найти ошибки, допущенные им при выполнении задачи, понять причину неудачи.

Стойкая неуспеваемость, типичная при задержке психического развития, приводит к образованию определенной личностной позиции, характеризующейся снижением потребности в общении со сверстниками, несформированностью у ребенка отношения к учителю как ко взрослому, выполняющему особые социальные функции. Адекватные учебные мотивы в какой-то степени представлены в самом начале обучения, но в дальнейшем они не получают развития в результате столкновения ребенка с объективными трудностями: неуспешностью его учебной деятельности и соответствующей низкой оценкой его со стороны окружающих (Кулагина И.Ю.).

Таким образом, мы можем говорить о том, что у учащихся с задержкой психического развития оказывается несформированной не мотивационная сфера, а основные мотивы учения.

Проблема произвольности, или саморегуляции, деятельности и поведения младших школьников является одной из наиболее актуальных в педагогической науке и практике, так как служит необходимым условием дальнейшего успешного обучения детей в образовательном учреждении.

Анатомо-физиологической основой формирования произвольности является достаточный уровень развития лобных отделов коры головного мозга, которые отвечают за регуляцию рече-двигательной активности человека. Они являются наиболее молодыми в онтогенетическом плане структурами и начинают функционировать лишь по достижении ребенком возраста 4–5 лет.

Первые проявления произвольности мы можем наблюдать в игровой деятельности, которая является ведущей на протяжении среднего и старшего дошкольного возраста. Именно в игровых ситуациях ребенок учится основам самоконтроля и произвольного поведения. Особенно отчетливо это проявляется в играх с правилами, когда ребенок должен не только их

соблюдать, но и выполнять взятую на себя роль. Таким образом происходит некое знакомство детей с теми социальными ролями, их функциями, которые они будут осуществлять во взрослой самостоятельной жизни. В недрах игровой деятельности начинается формироваться система самоконтроля. Регулятором игровых отношений (выполнение установленных правил, верное отображение взятой на себя роли, использование предметов-заместителей) выступает детский коллектив.

У детей с задержкой психического развития игровая деятельность в полном объеме не формируется: детей привлекает лишь внешняя сторона игры, контакты со сверстниками носят ситуативный, поверхностный характер, познавательные интересы в игре не удовлетворяются.

Рассматривать психические процессы обособленно в отрыве от деятельности, в которую они включены, не представляется возможным, так как это сложные иерархические системы в структуре человеческой психики, которые не просто участвуют в деятельности и развиваются в ней, а представляют собой особые виды деятельности. Поэтому произвольность, являясь неотъемлемой характеристикой психических процессов, вплетается «тонкой канвой» в сложные системы психологического взаимодействия.

Достаточный уровень развития произвольности тесно связан с умением ребенка сосредоточиться при выполнении конкретного задания, не отвлекаясь на внешние шумы и раздражители. У учащихся с задержкой психического развития к началу школьного обучения функции контроля и самоконтроля оказываются несформированными, что проявляется в:

- постоянной отвлекаемости на любые внешние раздражители;
- неумении сосредоточиться;
- невозможности завершить начатое действие до конца.

Дети не могут осуществлять целенаправленные запланированные поведенческие акты, что обусловлено, с одной стороны, снижением познавательной активности, с другой – особенностями центральной нервной системы.

Особое внимание учителей обращено к нарушениям дисциплинарного характера. Дети постоянно отвлекаются сами и отвлекают других учеников, могут вступать в дискуссию с педагогами на отвлеченные темы, ходить или бегать по классу во время урока, устраивать драки без видимых на то причин, совершать необдуманные действия и поступки, которые носят импульсивный и хаотичный характер.

Наиболее ценную информацию для организации эффективного обучения этой категории детей можно почерпнуть, анали-

зируя характер учебной деятельности. Основной отличительной особенностью, обнаруживаемой при выполнении заданий, является неравномерный темп работоспособности. В одних условиях дети могут работать достаточно заинтересованно, сосредоточенно и продуктивно, в других – оказываются неуспевающими. Они в состоянии усваивать материал небольшого объема, правильно выполнить упражнение и, руководствуясь образцом, исправить ошибки. Однако высокая продуктивность наблюдается незначительный отрезок времени, после которого резко идет на спад, и аналогичные задания могут выполняться с большим трудом. Нередко наступает апатия и безразличие к результатам собственной деятельности.

Как правило, учащиеся могут активно работать в течение всего лишь 15–20 минут, впоследствии наступает истощение и утомление. Эти проявления тесно связаны с особенностями нервнo-психической деятельности и могут возникать без видимых причин. В этих условиях деятельность приобретает импульсивный и необдуманный характер, отмечается увеличение количества ошибок и исправлений. В ответ на замечания учителя могут отмечаться аффективные реакции: вспышки гнева и агрессии, раздражительность, отказ от дальнейшего выполнения задания, нарушения поведения.

С другой стороны, дети становятся вялыми и пассивными: они могут спрятаться под парту и играть, стараются уединиться, они не нарушают школьного режима, но и не работают на уроке. Выраженные колебания работоспособности мешают полноценному усвоению учебных знаний: они фрагментарны, отрывочны, быстро забываются.

Достаточно высокий темп работоспособности наблюдается в спокойной обстановке при выполнении заданий, не требующих длительного умственного напряжения. Пик работоспособности может приходиться как на первую, так и вторую половину урока, поэтому это следует учитывать в процессе обучения.

Показанные выше особенности обучения детей с задержкой психического развития подтверждают актуальность выбранной тематики и обуславливают необходимость разработки методических рекомендаций для педагогов.

Методические приемы, помогающие включить детей с задержкой психического развития в образовательный процесс

1. Для развития артикуляционной моторики ежедневно перед уроками или на перемене целесообразно проводить с ребенком артикуляционную гимнастику, предложенную

логопедом. Достаточно выбирать два—три упражнения из комплекса, для «показательных выступлений укротителя языка». Проведите съемку на свой мобильный телефон и покажите ребенку. Старательные повторения будут обеспечены вплоть до идеального выполнения упражнения. Дома ребенок ежедневно выполняет весь комплекс упражнений.

2. Для развития мелкой моторики рук широко используется работа с пластилином, выкладывание мозаики, работа с ножницами (аппликации), разработаны комплексы упражнений (пальчиковая гимнастика), в арсенале учителя начальной школы всегда найдутся штриховки, обводки, карточки для работы по кальке. С удовольствием ребенок играет с пальчиковыми куклами.

3. При работе с прописями следует несколько увеличить период обводки букв, чтобы ребенок отработал кинему. Возможно, у ученика будут более крупные прописи. «Писать» буквы можно в воздухе, лепить их, раскрашивать, дописывать незаконченные. Не стоит акцентироваться на красоте письма, ведь мы понимаем, что ребенку со сниженной моторикой крайне трудно переключиться с одного мелкого и точного движения на другое. В случае невозможности осуществления ребенком слитного письма (что равносильно игре на фортепиано), можно разрешить в порядке исключения писать каждую букву отдельно («печатать прописными»). Не ругайте ребенка за то, что все валится у него из рук. Возможно, это остаточные явления самого «легкого и стертого», но все же детского церебрального паралича.

4. Развивая произвольное внимание, необходимо широко использовать приемы его активизации: сюрпризные моменты («у меня что-то интересненькое»), игровые ситуации («Готов ли ты стать лучшим другом всех белых котят? Спаси их от собаки! То есть найди и сосчитай»). Задавая вопрос, предупредите ребенка: «Готовься, скоро твой вопрос». Просите ученика повторить короткое задание «как приказ солдату», «как просьбу бабушки» с соответствующей интонацией. Поощряйте ребенка: «Какой ты внимательный, не пропустил ни одной бусинки при раскрашивании». Задавайте ребенку уточняющие вопросы: «Что еще здесь нарисовано?», «Кто это в синей шляпе?» Самый непродуктивный прием: «Еще раз смотри внимательно!».

5. Если дано задание найти различия на двух изображениях, помните о замедленности восприятия ребенка, не спешите спрашивать: «Нашел?», но и не давайте ребенку сидеть над рисунками долго, помните, что, смотря на картинку, он может не видеть ее, а рассматривать царапину на столе.

Активизируйте ученика: «Начни смотреть сверху», «Обрати внимание на цвет бантиков».

6. В качестве наглядного материала используйте рисунки с четкими контурами, яркие, контрастные, реалистичные. В начале обучения на карточке, которую рассматривает первоклассник, не должно быть более двух объектов (два предметных рисунка, две буквы, две цифры), их количество надо увеличивать постепенно (до пяти к концу первого класса).

7. Внимание школьника с задержкой психического развития в начале обучения редко может быть распределено по нескольким признакам (слушаю и пишу). Поэтому следует подсказывать: «Слушаем, а теперь пишем», «Напиши буквы красиво, только помни о границах строчки».

8. Достаточный уровень сформированности произвольного внимания помогает развитию произвольного восприятия. Вглядываясь в рисунок в начале обучения, дети в качестве определенного, знакомого предмета узнают чрезмерно большой круг объектов. Это происходит из-за того, что при восприятии предмета ребенок с задержкой психического развития «выхватывает» любую его часть и делает заключение об изображенном объекте по ней, без анализа других частей и заключительного синтеза. Так, вместо контурного изображения настольной лампы ребенок видит гриб, вместо кошки – лису. Присматриваться к предмету, видеть все детали поможет простая игра «Часть и целое». Взрослый бросает ребенку мяч и говорит: «Рука». Ребенок бросает мяч взрослому и говорит: «Палец». Взрослый с броском мяча снова говорит: «Рука». Ребенок в ответ: «Ладонь». Так в игре активизируются в речи многие образы-представления. Рука (палец, ладонь, запястье, локоть, фаланга, плечо). Дом (окно, крыша, чердак, подвал, подъезд). Усвоение названия предмета неизменно влечет за собой совершенствование восприятия этого предмета и наоборот. Все названное должно быть увидено (наглядность, иллюстративность). Все увиденное должно быть названо. Ведь наш ребенок, скорее всего, пропустил золотой период называния, когда трехлетка тычет пальцем во все, что его окружает, с вопросом: «Это что?». Номинативная функция речи тесно связана с запасом образов-представлений.

9. В начале обучения школьник с задержкой психического развития может дать название четырем или пяти предметам из группы «овощи», «фрукты», «одежда». Можно расширить эти ряды за счет новых названий. Ребенок знает наиболее часто употребляемые названия овощей, фруктов. Но ведь можно попробовать лайм, авокадо. Попробовать и назвать, затем нарисовать и еще раз назвать. И вот уже в речи не

только яблоки и груши, но и нектарин, финик. Изучайте и новые группы: например, наскомые, музыкальные инструменты, головные уборы, молочные продукты. В этих группах ребенок сначала может называть два, три предмета. Поиграйте с ним в игру с мячом «Я знаю пять имен...». Сначала разрешите ребенку подглядывать на разворот книги или самостоятельно сделанного альбома с изображениями различных насекомых, музыкальных инструментах, деревьях, мебели. Увеличивайте со временем количество элементов в ряду. А альбом можно со временем убрать. Так будет тренироваться зрительная память.

10. Активное действие с материалом также облегчает запоминание. Напишите запоминаемое четверостишие на бумаге и разрежьте его на строчки. Предложите школьнику разложить строчки в правильном порядке. Все, что надо запомнить, должно иметь эмоциональную окраску. Повторяя грамматическое правило с целью заучивания, варьируйте повторения. Например, попросите ребенка прокричать, проплакать, прохрипеть его («как старый капитан»). Объем слухоречевой памяти поможет увеличить игра «У бабушки в сундучке». Называем предметы, лежащие в сундучке, повторяя всю цепочку и прибавляя свое слово. Запомнить текст помогут пиктограммы, самостоятельно нарисованные ребенком и обозначающие различные части текста. Необходимое условие запоминания – осмысливание материала, осознание содержащихся в нем фактов. Осмысленное запоминание отличается от механического («зазубривания») тем, что оно всегда происходит в единстве с процессами мышления, способствующими лучшему закреплению материала в памяти, большей точности и прочности. Используйте при запоминании сравнения (пишем цифру два – лебедь плывет к окну, налево), учите ребенка разбивать запоминаемый текст на смысловые части и коротко называть их. Подбирая материал к уроку, ищите информацию, имеющую для ребенка личностное значение: «Сегодня учим стихотворение про твои любимые машины».

Разучивая стихотворения, ребенок усваивает образцы правильного согласования частей речи, овладевает нормами грамматики.

11. Совершенствование диалогической речи – одно из необходимых звеньев работы, направленной на повышение уровня общего развития ребенка. Потребность в диалоге возникает при доверительных, теплых отношениях с учителем, при спокойной, дружелюбной обстановке в классе. Выработайте умение задавать вопросы, побуждайте к речевым высказываниям: «О чем ты хочешь меня спросить? Про ба-

бочку?». Слушайте ребенка, задавайте уточняющие вопросы, давайте советы, помогайте сделать вывод.

12. Трудности перехода детей с задержкой психического развития к монологической речи обусловлены характерным для них слабовыраженным и быстро исчерпываемым побуждением в речи. С этой особенностью связано то, что более доступным для детей видом речи является диалог. В ходе развертывания беседы вопросы и реплики собеседника служат внешними опорами, создают все новые и новые мотивы для высказываний ребенка. Не пытайтесь на начальных этапах обучения просить ребенка: «Расскажи о ...». Начните с составления рассказа по картинкам, на которых изображены понятные и близкие ребенку действия, явления. Наличие картинок поддерживает и конкретизирует начальный мотив, их последовательность предопределяет последовательность событий и ход развития сюжета. В результате развернутость рассказа значительно возрастает. Ребенок успешно рассказывает, получая необходимый опыт для отвлеченной беседы. Выполнение словесных заданий служит одним из показателей того, как ребенок понимает обращенную речь.

13. Ошибочно на начальном этапе обучения повторять задание, требующее сложной деятельности в незнакомых условиях. Особенно трудны инструкции, где указывается только конечный итог деятельности. Помните, что пересказ инструкции и воплощение ее в действие – два вида деятельности, которые не соотносятся в должной мере у ребенка с задержкой психического развития. Дайте задание и наблюдайте за деятельностью ребенка, организуя ее короткими уточнениями, служащими промежуточными этапами выполнения, или оценками: «Иди правее, увидел? Неси осторожно. Молодец». То есть учитель внешней речью организует деятельность школьника.

14. Сложным видом произвольной деятельности являются письмо и чтение. Остановимся на трех основных трудностях, которые появляются у школьников с задержкой психического развития в начальном периоде овладения грамотой. Следует иметь в виду, что на каждом новом этапе обучения эти трудности проявляются в новом качестве.

Резкое отставание в общем речевом развитии, особенно недостаточная готовность к овладению звуковым и морфологическим анализом слова – основная причина, затрудняющая процесс овладения грамотой. Трудности соотношения звука речи с буквой – следующая причина, затрудняющая письмо и чтение. Имеются в виду трудности запоминания буквы как образа звука, причем параллельно идет смешивание сходных по написанию букв (по оптическому, кинематическому

признаку и пр.). Здесь поможет лепка букв, обводка буквы по бархатной бумаге пальцем или даже носом, дописывание незаконченных букв, моделирование букв из проволоки.

Серьезным препятствием для усвоения грамоты служат выраженные нарушения пространственной ориентировки и пространственных представлений. Ребенок путает буквы с одинаковыми, но различно расположенными элементами, теряет строку, пишет зеркально, читает справа налево. Здесь очень действенным приемом является очерчивание полей слева и срезаение их ножницами справа: «Пиши только от моей красной линии». На правую руку ребенка повяжите красную шерстяную нитку. Указывая направления, дублируйте их названия реальными предметами (налево – к окну, направо – к двери). Отдельно следует остановиться на особенностях усвоения орфографических правил детьми с задержкой психического развития. Правило надо запомнить, в правиле говорится о том, чего нельзя потрогать руками. Это сразу затрудняет работу над ним. Даже если ребенок запомнил правило, он с трудом распространяет его на слова, не указанные в примерах, особенно редко употребляемые (сорняки, благодарил). Правило со временем воспроизводится в укороченном виде, упрощается за счет пропуска отдельных компонентов. Часто правила уподобляются друг другу. Так, зная, что предлоги с именами прилагательными и существительными пишутся раздельно, дети с нарушенным интеллектом начинают писать раздельно приставку и корень слова («на грады», «в станешь»). Здесь, главное, не переходить к изучению нового правила, пока не автоматизировано ранее изученное. Изучая новое правило, повторять выученное в прошлом. Постоянно искать новые примеры, иллюстрирующие правило. Сколько повторений, столько новых примеров. И не опускать руки, если, «отбарабанив» правило про существительное и предлог, ребенок старательно пишет: «широкая у лица». Ведь пока «улица» и «у лица» для него совершенно одинаковые слова.

Отметим трудности чтения как деятельности, характерные именно для детей с задержкой психического развития. Ребенок долго не может осознать соотношение буквы и слова, то есть сущность процесса письма и чтения. Дети заучивают буквы ради самих букв, не осознавая, для чего они это делают и какое мощное «оружие» дарит им учитель. Как только ребенок поймет, что читать буквы значит заставлять звучать слово, слышать его, представлять прочитанное – происходит качественный скачок в формировании читателя. Нарушение мотивации деятельности у ребенка с задержкой психического развития иногда сводит усилия учителя на нет. Ученик не хочет читать

ни за какие награды. Здесь важно дать понять родителям, что ребенок улавливает не родительские призывы: «Читай!!!», а образ жизни родителей. Если в доме нет книг, которые читаются постоянно, если на тумбочке, стоящей рядом с кроватью, нет ни книги, ни журнала, если ребенок не представляет себе папу или маму с книгой, если ему не читают вслух – ребенок становится рядовым пользователем компьютерных игр.

Как сделать чтение желанным процессом? Найти журналы, книги, чтение которых будет интересно маме и ребенку. Читать лёгкие, занимательные тексты вместе с мамой вслух. Например, тексты М.В. Беденко и А.Н. Савельева «Блицконтроль скорости чтения и понимания текста» (сборник текстов для 1, 2, 3 классов). Вполне понятно, что скорость чтения здесь не самый главный показатель. Главное – понять смысл текста, для чего ребенку предлагается ответить на контрольные вопросы. Также рекомендуем интерактивные тексты по методике С.А. Суцеской⁴. Это тексты с «дырками», тексты с «хвостами», тексты с «прятками», тексты «шворот-навыорот». Помимо интересных заданий каждый текст сопровождается серия последовательных сюжетных картинок, с которыми надо активно действовать.

15. Действовать активно – это значит действовать осмысленно. Осмысление действия – лучший прием для понимания, для развития мышления, для овладения новыми знаниями. Мыслительные операции анализа, синтеза, обобщения, сравнения у детей с задержкой психического развития формируются в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития, ограниченной практической деятельности, поэтому их мыслительные операции замедленно развиваются и обладают своеобразными чертами.

Недостатки речи у детей с нарушенным интеллектом затрудняют возможности выявления сущности явлений и связей между ними, что наиболее отчетливо проявляется в недоразвитии вербально-логического мышления. Так, при анализе строения объекта дети с задержкой психического развития выделяют гораздо меньше частей (признаков), чем надо для полноценного его воспроизведения, описания. Не выделяют нерезко очерченные части или части, мало отличающиеся по цвету от соседних частей; ребенок не может выделить главные и второстепенные части, рассматривает объект беспорядочно, не придерживаясь определенного плана. Следствие такого анализа – неполноценность синтеза, которая проявляется в том, что, выделяя части объектов, дети не

⁴ Суцеская С.А. Тексты с дырками и хвостами // Учебно-методическое пособие. – М.: Гелиос, 2009.

только не упоминают о связях между этими частями, но и не отмечают их соседства, последовательности расположения. Научить рассматривать предмет можно, организовав рассматривание с помощью внешней речи учителя или рисуночного плана описания. Вопрос к ребенку, заданный в общей форме, недостаточно побуждает ученика к детальному и всестороннему анализу объекта. Большую роль для обогащения анализа играют вопросы, побуждающие учеников рассматривать предметы с точки зрения их практического использования.

Сравнение двух предметов в качестве обязательного условия требует особым образом упорядоченного сопоставительного анализа, то есть последовательного выделения и сопоставления соответственных признаков каждого из сравниваемых предметов. Ребенок с задержкой психического развития не вовлекает в сравнение оба сопоставляемых объекта, соскальзывает на описание одного из объектов. Обучение сравнению проводится на предметах одного вида, имеющих резкие отличия по цвету, форме, материалу (чашка красная пластмассовая с маленькой ручкой и чашка белая, фаянсовая с большой ручкой). Учите ребенка тому, что сравнить не значит назвать только различия, но и общие черты, сходство (из чашек пьют; и красная, и белая чашка относятся к посуде). Сравнение будет эффективнее после практических действий с предметами.

Даже при поступлении в школу дети с задержкой психического развития еще могут допустить ошибку при классификации изображений предметов. Например, к картинке с изображением ботинок положить картинку с изображением сапожной щетки, отобразив ранее увиденную связь между предметами. То есть это ситуационное объединение. Ребенку трудно выделить главный признак обобщения, выражающийся обобщающим словом (обувь, насекомые, дикие животные). Но, научившись выделять ведущий признак обобщения, дети с задержкой психического развития затрудняются в группировке объектов по новому основанию. Например, при исключении четвертого лишнего в ряду трех фруктов и одного овоща ребенок способен исключить овощ, но в ряду трех круглых фруктов не может исключить четвертый овальный фрукт.

Трудности установления причинно-следственных связей и их речевого оформления не позволяют ребенку выделить главное и второстепенное, уловить взаимосвязь между явлениями. Очень трудно научить ребенка с задержкой психического развития размышлять, думать. Абсолютно бесполезно обращение к ребенку: «Подумай еще, подумай хорошенько!» Лучше говорить: «Думай, как я». И проговаривать вслух способ решения задачи. Проговаривать столько, сколько надо конкретному ребенку.

16. Еще одним вектором развития ребенка с задержкой психического развития в общеобразовательной школе должно стать воспитание.

Фундаментом воспитания ребенка с задержкой психического развития должны стать формирование его личности, познавательных интересов, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферы, произвольных видов деятельности. Добрые слова и справедливые поступки значимого взрослого, учителя во многом способствуют раскрытию положительных качеств ученика. На первом году обучения дети с задержкой психического развития испытывают потребность в чувстве покоя, безопасности, эмоционально насыщенных положительных отношениях с окружающими. Детям нравится быть вовлеченным в психически посильные для них школьные события (дежурства, сбор гербария, спортивные соревнования). Любое участие школьника в общественной жизни, любое проявление его заинтересованности должно быть поддержано, положительно и справедливо оценено. Хвалить ребенка надо при всех учениках и родителях.

Волевая активность, возникающая в процессе произвольной деятельности (труд, участие в работе кружков, спортивных секций) в значительной мере способствует умственному, речевому, личностному развитию. Для успешной адаптации детей с задержкой психического развития в обществе необходимы коллективистские мотивы деятельности, умение быть другом и умение выбирать себе друзей. Надо научить ребенка ценить доброе отношение взрослых и сверстников к себе, привить ему желание быть полезным, нужным окружающим. Дружеское общение, заинтересованность внутренним миром и потребностями ребенка, совместная деятельность учителя и детского коллектива помогают школьнику с задержкой психического развития выработать адекватную самооценку, правильную оценку своих возможностей, социально адаптироваться к требованиям общеобразовательной школы.

Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков с эмоциональными расстройствами и нарушениями поведения

Когда говорят о различных типах дисгармонического развития личности, о степени отклонения личности от нормального развития, речь идет о патологических типах характера.

Характер определяется как совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, проявляющихся в де-

ительности, и является результатом взаимодействия темперамента человека и условий воспитания. Важно осознавать, что, формируясь на базе основных свойств темперамента, характер однозначно им не предопределяется. Существенный вклад вносит воспитание и формирующийся под его влиянием уровень морального, интеллектуального, эстетического развития человека.

Суть различий между характером и личностью хорошо сформулирована Ю.Б. Гиппенрейтер: «...черты характера отражают то, как действует человек, а черты личности – то, ради чего он действует. При этом очевидно, что способы поведения и направленность личности относительно независимы: применяя одни и те же способы, можно добиваться разных целей и, наоборот, устремляться к одной и той же цели разными способами».

Характер, его тип самым непосредственным образом обуславливает успешность социализации, выражающейся в различных формах социально-психологической адаптации, вплоть до ее патогенных форм.

Все попытки построения типологии характеров, возникавшие на стыке психологии и психиатрии, в своей основе имели следующие общие идеи:

- формируясь на протяжении онтогенеза ребенка, характер приобретает все большую устойчивость в своих чертах и поведенческих проявлениях;
- отдельные черты характера образуют устойчивые сочетания, которые определяют психологические типы людей.

Выраженность характера может быть различной: это может быть средний, или «нормальный», характер, выраженный, или акцентуированный, и патологический. Последний, являясь причиной серьезных трудностей социально-психологической адаптации, находится под пристальным вниманием не только психологов, но и психиатров и носит название – психопатия.

Выделяют три основных признака психопатии:

- тотальность патологических черт, т.е. их одинаковое присутствие во всех сферах жизнедеятельности человека;
- относительная стабильность во времени: малая подверженность изменениям на протяжении жизни человека;
- социальная дезадаптация человека.

Говоря словами Н. Б. Ганнушкина, психопатия представляет собой такие аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток...

в течение жизни не подвергаются сколь-нибудь резким изменениям и «мешают» приспособиться к окружающей среде». По ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы, различают следующие группы психопатий (О. В. Кербинов).

Возбудимые – для них характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с выраженной экстравертированностью, подозрительностью, гневливостью, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар достаточно скуден.

Неустойчивые – им свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, склонны к быстрому угасанию. Обладают повышенной внушаемостью, склонны к фантазированию и нереалистической, основанной на эмоциях, оценке событий.

Тормозимые (астенические) – характеризуются повышенной утомляемостью и истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. В общении уступчивы, не стремятся к отстаиванию своей позиции. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к новому коллективу.

Психастенические – для них характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения, в связи с возложенной на них ответственностью. Склонны к созданию различных ритуалов в поведении, боятся любых изменений.

Шизоидные – им свойственны патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения. В формальном общении более продуктивны, следуя предписанной роли.

Мозаичные – представляют собой сочетание нескольких.

В подростковом возрасте, когда характер еще не приобрел своей окончательной системы черт, целесообразно говорить об «акцентуациях» характера. Акцентуация (от лат. *accentus* – ударение) представляет собой наличие выраженных черт того или иного характера. Это хотя и крайний, но вариант «нормального» характера. В случае акцентуаций перечисленные выше три признака психопатии могут отсутствовать полностью, а если они присутствуют, то по отдельности. В отноше-

нии детей до 12 лет в специальной психологии не принято использовать термин «акцентуация характера», а используется замещающий термин «трудный характер».

В МКБ-10 данные нарушения представлены в рубрике «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте» (F90 — F98).

Рекомендации по взаимодействию с детьми и подростками, имеющими эмоциональные расстройства и нарушения поведения

При разработке данных рекомендаций мы опирались на классификацию типов психопатий и акцентуаций характера подросткового возраста, разработанную А. Личко⁵.

Гипертимный тип

Основная черта этого типа — постоянное пребывание в хорошем настроении, лишь изредка омрачаемое вспышками агрессии в ответ на противодействие окружающих, а тем более при их стремлении круто подавить желания и намерения подростка, подчинить его своей воле.

Для них характерны высокая контактность, словоохотливость, оживленная жестикуляция. Гипертимы подвижны, жаждой деятельности, общения, впечатлений и развлечений. Часто проявляют тенденции к лидерству, что подкрепляется обычно наличием организаторских способностей. Кроме того, гипертимы весьма инициативны и оптимистичны.

В конфликтные отношения вступают лишь в условиях жесткой дисциплины, монотонной деятельности, вынужденного одиночества.

Самый лучший способ нейтрализации гипертима на уроках — включение его в интересную и доступную для него деятельность. Еще лучше, если эта деятельность с оттенком лидерства: физорг, бригадир, лаборант-киномеханик и т.д. Эту деятельность необходимо строить под конкретного подростка-гипертима, учитывая его интеллект, способности, склонности и др.

В то же время они могут быть активными помощниками учителя, лидерами в подростковых коллективах, организаторами нужных, полезных дел. Весьма отзывчивы на доброжелательное, уважительное отношение со стороны педагога.

⁵ Сводная таблица рекомендаций по взаимодействию с данной категорией детей и подростков представлена в приложении.

Циклоидный тип

Главная особенность – периодическое (с фазой от нескольких недель до нескольких месяцев) колебание настроения и жизненного тонуса. В период подъема циклоидным подросткам присущи черты гипертимного типа. Затем наступает период спада настроения, резко падает контактность, подросток становится немногословным, пессимистичным. Начинает тяготиться шумным обществом, хотя в конфликты вступает редко. Забрасываются прежние увлечения, теряется интерес к приключениям, поиску. Падает аппетит, возможны проявления бессонницы, а днем, наоборот, – сонливость. Мелкие неприятности и неудачи, которые учащаются из-за падения работоспособности, переживаются крайне тяжело. На замечания и укоры подростки-циклоиды могут ответить раздражением, даже грубостью и гневом, но при этом в глубине души еще больше впадают в уныние.

Весьма уязвимы подростки-циклоиды к коренной ломке жизненного стереотипа (смена места жительства и учебы, потеря друзей и близких). Серьезные неудачи и порекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с возможными попытками к самоубийству.

Оптимальная позиция близких и педагогов по отношению к подростку, находящемуся в субдепрессивной фазе – ненавязчивая забота и внимание (при этом категорически противопоказаны расспросы типа: «Ну почему у тебя такое плохое настроение?»). По возможности необходимо уменьшить в этот период различные требования к подростку. Для него очень важна в такой момент возможность теплого контакта со значимым для него человеком: родителями, другом, любимым человеком.

Лабильный тип

Главная черта этого типа – крайняя изменчивость настроения его представителей. В той или иной степени это явление присуще всем подросткам, поэтому о наличии акцентуации данного типа можно говорить лишь тогда, когда настроение меняется слишком уж круто, а поводы для этих перемен ничтожны. Кем-то невзначай сказанное нелестное слово, неприятливый взгляд случайного собеседника, оторвавшаяся пуговица – подобные события способны погрузить подростка – представителя лабильного типа – в унылое и мрачное расположение духа, довести до слез. И, наоборот, малозначительные, но приятные вещи (скажем, обыкновенный комплимент) существенно улучшают настроение такого подростка.

Частые перемены настроения сочетаются со значительной глубиной их переживания. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и аппетит, и трудоспособность, и желание побыть одному или устремиться в шумную компанию. Так же меняется и отношение к будущему – оно то оптимистично, то, наоборот, унылое или даже мрачное.

На фоне колебаний настроения возможны мимолетные конфликты со сверстниками и взрослыми, кратковременные аффективные вспышки, но затем следуют быстрое раскаяние и поиск путей примирения.

Хотя иногда лабильные подростки кажутся легкомысленными, на самом деле в большинстве случаев они способны на глубокую и искреннюю привязанность к родным, друзьям, любимым. В то же время они чрезвычайно отзывчивы на доброту, можно даже сказать, что они откликаются на понимание, поддержку и доброту и тянутся к их источнику, как подсолнечник – к солнечному свету. Иногда достаточно непродолжительного, но доверительного, ободряющего, ласкового разговора, чтобы вдохнуть новые силы в «опустившего руки» лабильного подростка. На заботу о себе он ответит благодарностью и исполнительностью.

Если педагог хочет сделать свое воздействие на лабильного подростка более эффективным, он должен забыть об упреках и наказаниях, действовать исключительно добротой и лаской.

Астено-невротический тип (застревающий)

Главными чертами астено-невротического типа являются повышенная психическая и физическая утомляемость, раздражительность, снижение фона настроения. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические напряжения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются невыносимыми. Раздражительность более всего сходна с аффективными вспышками при отчетливо прослеживаемом нарастании раздражительности в моменты утомления.

Накопившееся раздражение по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порою случайно попавших «под горячую руку», и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. В данном случае аффект – всегда проявление слабости. Именно ослабленность порождает повышенную возбудимость, однако, всплыв, астено-невротик быстро теряет силы. Он «заводится с полуоборота», не ориентируясь в ситуации: сосед по парте, толкнув его, сидит с невинным видом, в

ответ он с криком обиды ударяет его книжкой и, оказавшись во всем виноватым, плачет за дверью. Педагог должен знать, что, обнаружив эти «особенности» астено-невротика, другие ученики могут часто провоцировать его на подобные реакции, дабы нарушить ход урока. Наказывать в этой ситуации «без вины виноватого» – значит, подыгрывать провокаторам.

Склонность к ипохондризации также типичная черта астено-невротиков. Они внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, «улавливают» малейшее недомогание, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются осмотрам и обследованиям. Наиболее часто их беспокоят боли (естественно, психогенного характера) в области сердца и головы.

У астено-невротиков, как правило, заметны суточные «циклы бодрости и истощенности». Для интенсивной учебной работы с астено-невротиками педагог должен, по возможности, использовать их лучшие периоды – это второй, третий урок, начало и середина недели, первая половина четверти (особенно мучительно для таких подростков третья четверть).

Необходимо старательно вуалировать большинство промахов и неудач подростка, если они явно возникают на фоне истощения. И, наоборот, умело акцентировать внимание на его успехах. Не лишним будет помнить, что астено-невротики крайне болезненно реагируют на шутку в свой адрес, от кого бы она ни исходила.

Сенситивный тип (тревожный)

Это прежде всего чрезвычайно высокая впечатлительность, к которой позднее присоединяется резко выраженное чувство собственной неполноценности.

Школа пугает таких детей скоплением сверстников, шумом, возней и драками на переменах, но, привыкнув к одному классу и даже страдая от некоторых соучеников, они крайне неохотно переходят в другой коллектив. Учатся обычно старательно, но очень страшатся всякого рода проверок, контрольных, экзаменов. Нередко стесняются отвечать перед классом, боясь сбиться, вызвать смех или, наоборот, отвечают меньше того, что знают, дабы не прослыть среди сверстников выскочкой или чрезмерно прилежным учеником.

Контактность ниже среднего уровня, предпочитают узкий круг друзей. Редко конфликтуют, поскольку обычно занимают пассивную позицию; обиды хранят в себе, альтруистичны, сострадательны, умеют радоваться чужим удачам. Чувство долга дополняется исполнительностью. Однако крайняя чувствительность граничит со слезливостью, что может про-

воцировать нападки в их адрес со стороны невоспитанных или раздражительных людей.

К опеке старших относятся терпимо и даже охотно ей подчиняются. Поэтому часто слыvät «домашними детьми».

Сверстники нередко ужасают их грубостью, жестокостью, циничностью. У себя они также находят множество недостатков, но это недостатки совсем другого рода – в основном связанные со слабостью воли.

Они ищут самоутверждения именно там, где чувствуют свою неполноценность. Девочки стремятся показать свою веселость и общительность. Робкие и стеснительные мальчики натягивают на себя личину развязности и заносчивости, пытаются продемонстрировать свою энергию и волю.

Однако если педагогу удастся установить с таким подростком доверительный контакт, то за маской «все нипочем» обнаруживается жизнь, полная самоукоров и самобичевания. Наиболее ранимы сенситивные подростки в сфере взаимоотношений с окружающими. Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в неблагоприятных поступках, когда их подвергают несправедливым обвинениям и т.п. Это может толкнуть такого подростка на острую аффективную реакцию, конфликт, спровоцировать депрессию или даже попытку самоубийства.

Тревожно-педантический тип (педантичный)

Главными чертами этого типа в подростковом возрасте являются нерешительность, тревожная мнительность и любовь к самоанализу и, наконец, легкость возникновения навязчивых страхов, опасений, действий, мыслей, представлений.

Страхи и опасения тревожно-педантичного подростка целиком адресуются к возможному, хотя и маловероятному, в его будущем: как бы не случилось чего-то ужасного и непоправимого, как бы не произошло непредвиденного несчастья с ним самим, а еще страшнее – с теми близкими, к которым он обнаруживает страстную, почти патологическую привязанность.

Особенно ярко выступает тревога за мать – как бы она не заболела или не умерла, как бы с ней не случился несчастный случай. Даже небольшую задержку при возвращении матери с работы подросток переносит тяжело.

Психологической защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально придуманные приметы и ритуалы: жесты, заклинания, целые поведенческие комплексы (например, идя в школу, обходить все люки, чтобы «не провалиться при ответе» и т.д.).

Другой формой «защиты» бывает особо выработанный формализм и педантизм («если все предусмотреть и многократно перепроверить, то ничего плохого не случится»),

Всякий самостоятельный выбор, как бы малозначим он ни был, может стать предметом долгих и мучительных колебаний. Однако уже принятое решение тревожно-педантические подростки должны немедленно исполнить, ждать они не умеют, проявляя удивительную нетерпеливость.

Нерешительность часто приводит к неожиданной самоуверенности, безапелляционности в суждениях, утрированной решительности и скоропалительности действий как раз в тех ситуациях, когда требуется осмотрительность и осторожность.

Часто допускаемая педагогическая ошибка в отношении подростков тревожно-педантического типа – поручение им дел, требующих общения и инициативы. Тенденция давать такие поручения провоцируется тем обстоятельством, что если эти подростки не прибегают к гиперкомпенсации, то обычно воспринимаются как очень послушные и исполнительные ученики. Поэтому педагог в принципе должен избегать делегировать ответственность аккуратному тревожно-педантичному подростку, поскольку это может вызвать у него нервно-психический срыв, усиление депрессивной симптоматики. Хотя в условиях спокойной, размеренной работы, четко регламентированной, не требующей инициативы и многочисленных контактов, такой подросток чувствует себя, как правило, хорошо.

Тревожно-педантическому типу не свойственна (за исключением редких случаев гиперкомпенсации) склонность к нарушениям правил, законов, норм поведения, курению, употреблению алкоголя, сексуальным эксцессам, побегам из дому, суицидам.

Для сглаживания акцентуированных черт данного типа педагогам и родителям можно порекомендовать, прежде всего, постоянно придерживаться оптимистического стиля общения с подростком, избегать методов наказания и запугивания, шире практиковать поощрение и поддержку проявлений активности и самостоятельности. Особенно желательны частые проявления доброжелательности со стороны близких и учителей.

Интровертированный тип (дистимный)

Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего мира, неспособность или нежелание устанавливать контакт, сни-

женная потребность в общении; характерно также сочетание противоречивых черт в личности и поведении – холодности и утонченной мнительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, замкнутости и внезапной, неожиданной назойливости. Существенной особенностью является также недостаток эмпатии (способности к сопереживанию) в межличностных отношениях.

Иногда духовное одиночество даже не тяготит интровертированного акцентуата, который живет в своем мире, своими необычными для других интересами и склонностями, относясь со снисходительностью, пренебрежением или явной неприязнью ко всему, что наполняет жизнь других подростков. Тем не менее такие подростки чаще сами страдают от своего одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друга.

Их поступки могут казаться жестокими, но они связаны с неумением «вчувствоваться» в страдания других.

Некоторые их выходки действительно носят печать чудачества, но совершаются без цели привлечения к себе внимания – протекают процессы внутри.

Угрозу для интровертированных акцентуатов представляет алкоголь, к которому они иногда прибегают в небольших дозах с целью «побороть застенчивость» и облегчить контакты. Значительное место в жизни интровертированных акцентуатов занимают увлечения, которые нередко отличаются постоянством и необычностью. Чаще всего это интеллектуально-эстетические хобби (чтение, моделирование, конструирование, коллекционирование).

Если такой подросток попадает в ситуацию, которая входит в противоречие с его внутренними принципами, то он может с завидной последовательностью и стойкостью отстаивать свою позицию (например, уйти с экзамена, не согласившись с темой предложенного сочинения).

Особенно бурно они реагируют на неумелые, грубые попытки взрослых проникнуть в их внутренний мир, «влезть в душу».

Возбудимый тип

Главными чертами этого типа являются склонность к дисфории (пониженному настроению с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, склонностью к агрессии) и тесно связанной с ней аффективной взрывчатостью. Характерна также напряженность инстинктивной сферы, достигающая в отдельных случаях аномалии влечений.

Аффективные разряды могут быть следствием дисфории – подростки в этих состояниях сами могут искать повод для скандала. Но аффект может быть вызван и теми конфликтами, которые легко возникают у возбудимых подростков вследствие их властности, стремления к подавлению сверстников, неуступчивости, жестокости и себялюбия.

Повод для гнева может быть ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением прав и интересов возбудимого подростка. При беспрепятственном развитии аффекта бросается в глаза безудержная ярость – угрозы, циничная брань, жестокие побои, безразличие к слабости и беспомощности противника и неспособность учесть превосходящую силу. В аффекте очень ярко проявляется вегетативный компонент: побледнение или покраснение лица, выступает пот, напрягаются и дрожат мышцы лица, усиливается слюноотделение и т. д.

Отношения с объектом влюбленности почти всегда окрашены мрачными тонами ревности, с частыми конфликтами и драками с реальными или мнимыми соперниками.

Как правило, к подростковому возрасту у возбудимых детей происходит падение мотивации к учебной деятельности, что, тем не менее, часто сочетается с довольно высокими «претензиями» к своим оценкам. Вообще, ко всему «своему» они чаще всего относятся с педантичной аккуратностью (в том числе и к своему здоровью, что удерживает их от употребления «вредных» токсических и дурманящих веществ, хотя к алкоголю они прибегают довольно часто, «для поднятия настроения»).

Возбудимый подросток начинает бороться за «благополучные оценки» самыми разными способами: от заискивания перед учителем до яростных, тяжелых конфликтов с ним.

В этих условиях педагогу необходимо, с одной стороны, постараться дать возможность возбудимому подростку действительно «заработать» хорошую оценку (реализуя принцип дифференциации в обучении), а с другой стороны – доброжелательно и доказательно аргументировать выставление подростку той или иной оценки.

Очень важно также вообще не провоцировать конфликты, учитывая, в частности, легкую эмоциональную заражаемость возбудимых подростков – ни в школе, ни дома они не в состоянии сохранить безразличие или проявить выдержку, причем не только в конфликтной, но и в предконфликтной ситуации. На уроке спровоцировать аффективную вспышку у возбудимого подростка может, например, раздражительная, несдержанная манера поведения учителя, грубость его речи

(причем совсем не обязательно, чтобы это было адресовано именно возбудимому подростку).

Одним из способов коррекции поведения возбудимых подростков является апелляция к их сознанию, анализ и оценка их поведения в процессе индивидуальной беседы. Речь, конечно, не идет о банальном «Ну разве ж так можно!». Такая беседа должна представлять собой устный, а иногда и письменный, компромиссный договор.

Во-первых, упор нужно сделать на вред, который подросток приносит себе или своим близким (если у него есть действительно значимые для него близкие). Затем, проявляя искреннюю заинтересованность проблемами подростка, попытаться в совместном поиске выбрать из всех компромиссных (то есть устраивающих и других) способов решения проблемы такой, который был бы для него наиболее приемлемым. Учитывая прагматизм подростков данной группы, такие соглашения (при четком соблюдении их обеими сторонами) вполне реальны и довольно действенны.

Очень важно, чтобы в процессе беседы ученик играл активную роль, учился говорить о своих ощущениях, переживаниях, проблемах, так как бедность речи, неспособность четко и аргументированно выразить свою мысль может провоцировать аффективные вспышки возбудимых в конфликтных ситуациях.

Демонстративный тип

Главные черты этого типа: беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения и почитания. Подростком предпочитается даже негодование или ненависть окружающих в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие по отношению к себе.

Все, что приятно, что направлено на приукрашивание своей особы, демонстративный тип тщательно сохраняет и гипертрофирует; все, что имеет нейтральное, а тем более противоположное значение, вытесняется из памяти и сознания.

Неизменно стремление добиваться для себя всевозможных льгот и послаблений за счет других (семьи, одноклассников, коллег и т.д.). Попытки его реализации идут по двум направлениям: во-первых, предпринимаются шаги с целью вызвать по отношению к своей персоне как можно больше симпатии, уважения, восхищения и т.д.; во-вторых, если не срабатывает первый способ, со стороны окружающих стимулируются чувства сострадания и сочувствия.

На случай неудачи резервируется еще и третий путь – эпатаж, паясничанье, нарушения дисциплины, то есть привлечение к себе внимания через негатив.

Описанным проявлениям демонстративности часто сопутствуют высокая мимикрия в поведении (в зависимости от специфики среды – школы, улица, дом – подросток выступит в весьма различающихся обстоятельствах, включая патологическую, направленную на приукрашивание своей персоны, лживость).

Отношение к учебе у демонстративных подростков зависит от того, насколько учебная деятельность способствует удовлетворению ведущей установки демонстративных (добиться эффекта признания, «блеснуть» тем или иным образом). Так, при развитом интеллекте успеваемость у таких подростков чаще всего хорошая, но избирательная: лучше по тем предметам, которые преподают учителя, сумевшие установить хорошие отношения с подростком (уделяющие ему особое внимание), и наоборот, масса проблем, вплоть до полной неуспеваемости, по предметам, с преподавателями которых у демонстративного подростка не сложились желаемые для него отношения (при этом свои учебные неудачи он объясняет практически всегда внешними обстоятельствами).

Если в учебе демонстративному подростку по тем или иным причинам не удастся выделиться, то он выбирает иной способ привлечения внимания к себе: бравада, паясничанье, отклонения в поведении. Успеваемость в таких случаях падает, наступают полное безразличие к учебе.

Очень часто демонстративные подростки досаждают учителям на уроках своей болтливостью, постоянными отвлечениями, шутками и т.д. В этой ситуации хорошо себя зарекомендовал следующий прием.

Вначале педагог идет навстречу потребности демонстративного подростка в повышенном внимании: часто хвалит его, делает в его адрес разного рода нейтральные замечания, обращает к нему свой взгляд, подходит к нему, смотрит в тетрадь и т.д. В результате подросток сразу же начинает лучше себя вести, возрастает продуктивность его учебного труда,

На втором этапе, когда закрепились положительные результаты первого этапа, учитель обращает внимание на демонстративного подростка только тогда, когда его поведение и деятельность соответствуют ожиданиям педагога, подкрепляя тем самым положительные сдвиги в его поведении.

Наконец, на третьем этапе, когда положительные тенденции в поведении демонстративного подростка окончательно закрепились, педагог переходит к прерывистой схеме подкрепления – обращает на него внимание лишь в ответ на проявления положительного поведения, постепенно увеличивая при этом интервалы между отдельными подкрепле-

пиями. Постепенно, в результате постоянного подкрепления недемонстративного поведения и торможения проявлений демонстративного поведения, последнее угасает, подросток изживает свою акцентуацию.

Другим методом модификации поведения демонстративного подростка являются систематические индивидуальные беседы с ним, формирующие у него понимание того, что наиболее надежным, устойчивым способом привлечения внимания окружающих, уважения и заботы с их стороны является социально ценная, полезная для других деятельность. Это могут быть различные классные и общешкольные мероприятия, драматический кружок, выставки, конкурсы и другие дела, где демонстративные подростки получают возможность действительно «блеснуть», используя свои, часто незаурядные, задатки актерского исполнительства и литературного творчества.

Неустойчивый тип (экзальтированный)

Основная черта представителей этого типа – патологическая слабость воли. Их безволие прежде всего проявляется, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей, долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество. Однако и в развлечениях неустойчивые подростки не обнаруживают особой напористости, скорее, плывут по течению, примыкая к более активным, инициативным сверстникам.

С этим связаны отсутствие сложной мотивации поступков, недостаточная способность тормозить свои влечения, удержаться от удовлетворения внезапно возникшего желания (если его осуществление не связано с какими-либо трудностями).

Кроме безвольности отмечается повышенная внушаемость неустойчивых личностей, их нецелеустремленная криминальность.

Отмечается, что социальное поведение неустойчивых больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих. Психическая неустойчивость (прежде всего волевая) является почвой, на которой нередко формируются различные варианты невротических расстройств, алкоголизм, наркомания.

У ребенка полностью отсутствует желание учиться. Только при непрестанном контроле, нехотя, подчиняясь давлению взрослых, они выполняют полученные задания, но постоянно стараются отлынивать от занятий.

Образцом для подражания служат лишь те модели поведения, которые сулят немедленные наслаждения, смену легких впечатлений, развлечения.

Для коррекции поведения экзальтированных подростков чрезвычайно важен полный контроль за их поведением и деятельностью (прежде всего учебной), система разумно организованных требований. Это должна быть целая система контрольных мер в школьных занятиях, в семье (проверка результативности учебы, совместный труд со взрослыми), наполнение досуга неустойчивого подростка кружковыми занятиями и т.д.

Очень важно, чтобы ужесточение режимных моментов сочеталось с искренней заинтересованностью взрослых (педагогов, родителей) в успехах учащегося, происходило на фоне положительных эмоциональных контактов. Но как только контроль ослабевает, неустойчивый подросток начинает стремиться в «подходящую компанию».

Диагностика и коррекция эмоциональных расстройств и нарушений поведения у детей и подростков

Патологический и акцентуированный характер складываются под влиянием воспитания, соответственно необходимо как можно раньше установить возможное направление искажений в личностном и социальном развитии. Имея такие данные, следует организовать среду воспитания и развития подростка таким образом, чтобы были учтены его слабые и сильные стороны. Главная задача – обходя провоцирующие факторы, нивелировать проявление слабых сторон и путем целенаправленного воспитания усилить сильные стороны, имеющиеся у каждого человека.

Для педагога основным методом в данном случае является изучение социальной ситуации развития подростка, наблюдение за его проявлениями в различных ситуациях, требующих по разным поводам социального взаимодействия с различными представителями социума (решение учебной задачи, конфликтная ситуация, распределение обязанностей, игровое взаимодействие и т.д.).

Не менее важно использовать все данные, которые предоставляет опрос родителей и самого подростка, оценивая стиль семейного воспитания, его адекватность индивидуальным и типологическим особенностям ребенка, а также адекватность самого ребенка в разных проявлениях жизнедеятельности. Целесообразно включить в содержание опроса следующие темы: раннее развитие (включая соматическое и психологическое здоровье ребенка), наиболее тяжелые события, перенесенные ребенком, и реакции на них; реакция на смену обстановки и необходимое время адаптации к ней (поступление в детский сад, школу, изменение состава семьи

и т.п.); отношения с различными социальными группами (сверстниками, близкими взрослыми, чужими взрослыми); отношение к учебной деятельности (общий знак отношения, любимые и нелюбимые предметы, значимость учебных достижений и неудач); интересы, увлечения, планы на будущее, сексуальные проблемы, касающиеся первых влюбленностей, связанных с ними переживаний в аспекте оценки своей привлекательности.

Подобная беседа может разворачиваться только на фоне доверительного контакта с подростком. При отсутствии такого контакта не следует настаивать. Желательно отложить разговор и исследование, продумав его построение, на будущее.

Психологическое давление, оказываемое на подростка, может привести к ухудшению психического состояния и углублению дезадаптивных расстройств.

Необходимо быть очень внимательным ко всем поведенческим проявлениям ребенка/подростка: контактности или замкнутости, эмоциональным проявлениям, включая мимику, жесты, преобладающий фон настроения и его изменения при затрагивании различных тем.

При своевременном распознавании предпосылок личностного неблагополучия возможно предотвратить развитие психопатий (смягчить выраженность дезадаптивных проявлений, разработать пути оптимальной адаптации в социуме с учетом индивидуальных и типологических особенностей, а также специфики социальной ситуации развития).

Дети с синдромом раннего детского аутизма в системе общего образования

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья выделяется значительная группа детей, у которых на первый план выходят расстройства в эмоционально-волевой сфере. Данная категория детей с расстройствами крайне многочисленна и неоднородна. *Основной особенностью этих детей является нарушение или задержка в развитии высших социализированных форм поведения, предполагающих взаимодействие с другим человеком, учет его мыслей, чувств, поведенческих реакций.* При этом деятельность, не затрагивающая социального взаимодействия (интеллектуальная деятельность, игры, конструирование и фантазирование и т.п.), может протекать на достаточно высоком уровне.

Разнообразие нарушений поведения у детей и подростков побудило к попыткам их систематизации. Наибольшую из-

вестность имеет Международная классификация болезней (10-й пересмотр – МКБ 10)⁶.

Дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА) составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи нарушения в социально-личностном развитии.

Аутизм – это целый комплекс расстройств психического развития ребенка, который выражается нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, стереотипностью деятельности. Расстройство воздействует как на психические функции (речь, интеллект), так и на восприятие мира.

Термин «аутизм» (от греческого *autos* – сам) был введен психиатром Е. Блейлером и означает «оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений». Изначально аутизм рассматривался как особенность мышления пизофренических пациентов, характерной чертой которых является бегство от реальности и уход в себя.

Швейцарский психиатр Л. Каннер в 1943 г. впервые дал целостное описание синдрома, наблюдаемого в детской психиатрической практике, который он обозначил как ранний детский аутизм (РДА). Основным нарушением в описанных им клинических случаях он считал неспособность детей с самого рождения устанавливать отношения с окружающими людьми и правильно реагировать на внешние ситуации. В Международной классификации психических болезней (МКБ-10) РДА отнесен в группу общих (первазивных) расстройств психологического развития, объединяющих все отклонения и задержки развития психологических функций, в частности тех, что участвуют в процессе приобретения навыков социально-бытового общения.

Рубрика общих первазивных расстройств включает (по МКБ-10):

- F84.0 Детский аутизм.
- F84.1 Атипичный аутизм.
- F84.2 Синдром Ретта.
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и двигательными стереотипиями.
- F84.5 Синдром Аспергера.

⁶ Подробнее смотрите выдержку из МКБ-10, которая представлена в приложении.

Классификация раннего детского аутизма (РДА) по степени тяжести

Выделяют 4 группы развития детей с РДА, для каждой из которых характерен свой способ отгораживания от внешнего мира:

- 1) полная отрешённость от происходящего вокруг, при попытках взаимодействия с ребёнком характерно проявление крайнего дискомфорта. Отсутствие социальной активности, даже близким трудно добиться от ребёнка какой-либо ответной реакции: улыбки, взгляда. Дети данной группы стараются не иметь никаких точек соприкосновения с окружающим миром, они могут игнорировать жизненно важные, витальные потребности, например голод. Очень тяжело переносят взгляд глаза в глаза и избегают различных телесных контактов;
- 2) активное отвержение окружающей среды. Характеризуется не как отрешённость, а как тщательная избирательность в контактах с внешним миром. Ребёнок общается с ограниченным кругом людей, зачастую это родители, близкие люди. Проявляет повышенную избирательность в оде, одежде. Любое нарушение привычного ритма жизни ведёт к сильной аффективной реакции. Детям данной группы болес, чем другим, свойственно испытывать чувство страха, на которое они реагируют агрессивно, бывает, что агрессия принимает формы аутоагрессии (агрессии, направленной на себя). Несмотря на всю тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более адаптированы к жизни, чем дети, относящиеся к 1-й группе;
- 3) захваченность аутистическими интересами. Дети этой группы стараются укрыться от окружающего мира в своих интересах, при этом их занятия имеют форму устойчивого повторения (стереотипичная форма) и не носят познавательного характера. Увлечения носят циклический характер, ребёнок может годами разговаривать на одну и ту же тему, рисовать или воспроизводить один и тот же сюжет в играх. Интересы зачастую носят мрачный, устрашающий, агрессивный характер;
- 4) чрезвычайная трудность во взаимодействии с окружающей средой. Наиболее легкий вариант проявления РДА. Основной чертой является повышенная эмоциональная ранимость, что проявляется в избегании отношений, если ребёнок чувствует какую-либо преграду.

Некоторые ученые основным фактором возникновения РДА считают резидуально-органический фактор (последс-

твия патологии беременности, родов, черепно-мозговых травм и инфекций). Есть также мнение, что аутизм возникает в результате врожденной дисфункции мозга: наследственно обусловленного недоразвития ощущений или же это следствие недоразвития нейронных структур, необходимых для переработки информации.

Возможно, важную роль играет некоторая врожденная эмоциональная хрупкость, плохая переносимость фрустраций, низкий порог возникновения тревоги. В этом случае в результате воздействия каких-то неблагоприятных внешних факторов, в том числе недостаточности эмоционального контакта с матерью (в результате ее депрессии, тяжелых травматичных переживаний) ребенок как бы закрывается от внешнего мира, который он воспринимает как травмирующий, ранящий. В своем «коконе» ребенок чувствует себя в большей безопасности. В итоге с самого рождения формируется определенная личностная структура, основанная на тотальной защите, аутизме, что нарушает весь процесс последующего психологического, интеллектуального и эмоционального развития.

Внешние проявления синдрома РДА

Аутизм так таковой, т.е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта – для него характерен отсутствующий, неподвижный взгляд «мимо», «сквозь» человека, также бедность мимических реакций. Трудности установления эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими – гораздо позднее своих сверстников он начинает узнавать мать. Но, даже узнав ее, он не тянется к ней, не улыбается, не реагирует на ее уход. Однако в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми. Существует мнение, что у них отсутствует желание общаться, в отличие от тревожных детей, которые хотят и ждут контактов, но по какой-либо причине боятся вступить в общение. От коллективной игры аутичные дети отказываются, предпочитая индивидуальную игру в уединении. Причем они могут одержимо годами играть в одну и ту же игру, рисовать одни и те же рисунки. Например, пятилетний мальчик на просьбы взрослых нарисовать дерево, человечка, машинку долго и сосредоточенно работал карандашом и всякий раз, закончив рисунок, говорил: «Лест-

лица!». У некоторых детей игра отсутствует вовсе, и развитие задерживается на стадии элементарного манипулирования каким-либо предметом.

Стереотипность в поведении – аутичным детям свойственны стереотипные механические движения и действия. Это связано с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Иногда они подолгу совершают бесцельные однотипные движения телом: раскачиваются, размахивают рукой и др. В школе это может проявляться в том, что в течение всего урока ребенок просто может открывать и закрывать тетрадь, не слушая объяснений учителя и не выполняя заданий, или повторять за остальными учениками фразы или движения.

Дети данной категории придерживаются определенных ритуалов, и малейшие изменения в их жизни или в режиме могут стать для них травмирующим фактором. Результатом таких изменений бывает либо «уход в себя», либо вспышка агрессии, выражающаяся в жестоком обращении с близкими, со сверстниками, животными, в стремлении крушить и ломать все кругом. Довольно часто наблюдаются вспышки самоагрессии, возникающей при малейшей неудаче. Причем находящиеся рядом взрослые часто не понимают причины «взрыва» ребенка, они, имея навык общения с обычными детьми, не всегда придают значения «пустякам», которые так важны для аутичного ребенка. Подобная реакция аутичного ребенка может возникнуть на новую одежду, надетую мамой, на перестановку мебели, на присутствие незнакомого человека, на звук телевизора, на незнакомую мелодию, гул пылесоса.

Характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно коммуникативной функции. Важно отметить, что отсутствие речи аутичные дети даже и не пытаются компенсировать жестами, мимикой, в отличие от детей с задержкой речевого развития, но без нарушения общения. Если особых отклонений в развитии речи нет, ребенок все равно не использует ее в полной мере как средство коммуникации, ему трудно поддерживать разговор с другими людьми. Часто его речь представляет серию монологов, а в диалоговой речи (если она сформирована) присутствуют бессмысленные, необдуманные повторения услышанных фраз (эхолалии).

Если аутичный ребенок и владеет фразовой речью, в ней, как правило, отсутствует местоимение «Я». Понятие «Я» чуждо этим детям. Они говорят о себе во 2-м или в 3-м лице, как делают это окружающие по отношению к ним. Кроме того, для их речи характерна фотографичность, неосмысленность. Поскольку механическая память детей, как правило,

хорошо развита, они надолго запоминают отдельные высказывания, иногда очень умные, взрослые, не соответствующие возрасту и уровню развития. Не вдумываясь в смысл, они автоматически повторяют понравившиеся им фразы, приводя в восторг и умиление родителей, уверенных в связи с этим в исключительной одаренности своего ребенка.

Аутичные дети, как правило, ни к кому не обращаются с прямыми вопросами, уклоняются от прямых ответов на вопросы, обращенные к ним. У них могут быть нарушены интонация, ритм речи, они неверно ставят ударения в словах. Научить их говорить правильно довольно трудно, так как они не осознают необходимости этого.

Не воспринимая своего «Я», не чувствуя своего тела, его границ, дети с нарушением общения испытывают и определенные трудности при формировании навыков самообслуживания. Как правило, они позже других детей научаются одеваться, раздеваться, употреблять по назначению горшок. Причем многократный показ одного и того же действия не приводит к желаемому результату: ребенок не осваивает его.

Следует отметить, что аутизму не всегда сопутствует снижение интеллекта. Практический (не связанный с речью) интеллект может даже превышать возрастную норму.

С раннего детства у детей с РДА отмечается *хорошая механическая память*, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего мира: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

У детей с сохранным интеллектом при РДА могут быть хорошо развиты произвольная слуховая и зрительная память на различные логические формулы и знаки. При воспроизведении мнемических следов иногда возникают элементы фантазии в виде привнесений. Произвольное логическое запоминание формируется в зависимости от интересов ребенка и его способности к развитию целенаправленной мотивации на запоминание.

Однако также характерной чертой является *сильнейшая психическая пресыщаемость*. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. Но вместе с тем отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что во многом помогает концентрировать внимание ребенка.

Ранее предполагалось, что дети с аутизмом имеют «богатый внутренний мир», способности воображения, иногда превышающие уровень детей с высокоразвитым интеллектом. Только в течение последних двух десятилетий ученые начали считать, что люди с аутизмом в значительной степени ограничены в своем воображении. Это означает, что у них ограничены навыки воображения. Воображение этих детей если не снижено, то причудливо, имеет характер патологического фантазирования. В содержании аутических фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и нереальные события. Однако даже те отдельные дети, которые демонстрируют наличие воображения, обычно делают это только в ограниченной форме (различные монстры, герои мультфильмов). Фантазии ребенка балансируют на грани реального и нереального. Фиксация на ритм-сенсорных впечатлениях формирует фантастический мир, отражающий картину внутреннего переживания и интересов аутичного ребенка.

Игра детей, как правило, включает аутистические фантазии, которые имеют свою фабулу, часто оторванную от реальности, с признаками вычурности и сказочности. Дети любят сюжеты, связанные с перевоплощением в животных. Дети с большим вдохновением исполняют эту роль, причем выход из роли в реальный мир почти всегда затруднителен и граничит с аффективным взрывом. Другая группа детей, в большей степени проявляющая интерес к точным наукам и компьютерной технике, субъективирует, одушевляет различные категории знаков, придавая им характеристики живых существ. Такие дети часто демонстрируют тенденции к созданию фантастических миров.

Рекомендации по обучению детей с ранним детским аутизмом в условиях образовательного учреждения

В настоящее время, к сожалению, увеличивается число выявленных случаев аутизма как в нашей стране, так и за рубежом. Однако кроме детей, имеющих диагноз РДА, часто в детских садах и школах педагогам и психологам приходится

работать с детьми, имеющими лишь отдельные аутистические черты. Обычно такие дети встречаются среди «трудных учащихся» общеобразовательных школ. С этими детьми необходимо работать в тех же направлениях и использовать те же приемы, что и при работе с детьми, имеющими диагноз РДА.

Поскольку для детей с РДА и детей с аутистическими чертами характерна неравномерность развития (например, такой ребенок может достаточно легко осваивать программу общеобразовательной школы по русскому языку, а по математике с трудом считать до десяти, и наоборот), то для каждого ребенка необходимо составлять индивидуальный план развития.

Наблюдение за ребенком с РДА может дать информацию о его возможностях как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия, при этом важно ориентироваться на следующие параметры:

- более приемлемая для ребенка дистанция общения;
- излюбленные занятия в условиях, когда предоставлен сам себе;
- способы обследования окружающих предметов;
- наличие каких-либо стереотипов бытовых навыков;
- используется ли речь и в каких целях;
- поведение в ситуациях дискомфорта, страха;
- отношение ребенка к включению взрослого в его занятия.

Выяснив для себя все эти моменты, можно приступать к организации среды, в которой «включение» аутичного ребенка будет максимальным.

1) Создание положительного эмоционального контакта с учителем и учащимися

Личное отношение к ученику с аутизмом первостепенно в общении, т.к. эти дети не воспринимают фронтальную инструкцию для всего класса. Обязательно дополнительное повторение задания для этого ученика, обращаясь непосредственно именно к нему. Иногда достаточно улыбки, кивка головы или, наоборот, какого-то условного знака, обговоренного с ребенком заранее.

В конце урока обязательно говорить о том, что ребенок «хорошо позанимался» и «выполнил задание», «сделал...», что он вел себя как «хороший, умный ученик». Этим мы добиваемся постепенного освоения ребенком роли ученика, школьника. Однако следует знать, что похвала является не очень надежным регулятором поведения такого ребенка на уроке. Обычно поступившие в школу дети с аутизмом уже правильно реагируют на положительную оценку взрослого,

и она адекватно работает на индивидуальном занятии. На уроке же похвала сначала может и дезорганизовать такого ребенка. То есть, конечно, он должен ощущать себя гарантированно успешным, но хорошая оценка не должна даваться учителем слишком эмоционально, что может перевозбудить ребенка. Скорее, она тоже должна быть спокойно ожидаемой ребенком: конечно, всем известно, что он хороший ученик.

Создание благоприятной атмосферы в классе – ему будет легче адаптироваться, особенно в начале обучения, если в классе царит доброжелательная и спокойная атмосфера: большое число срывов в поведении возникает на фоне общей напряженности, конфликтов взрослых с другими учениками.

Участие педагога в создании положительной репутации такого ученика, ведь нередко его поведение может пугать или, наоборот, стать причиной насмешек со стороны остальных учащихся. Желательно акцентировать внимание учащихся на сильных и интересных сторонах личности ребенка, серьезных знаниях, одаренности в отдельных областях, подчеркнуть свою симпатию к нему.

Неформальные контакты на перемене тоже должны быть организованы. Для такого ребенка очень важно иметь возможность быть рядом с доброжелательными сверстниками, но это не означает немедленного включения ребенка в деятельность детей. Это может дать диаметрально противоположный результат, поэтому выстраивать общение следует поэтапно – давать возможность ребенку наблюдать за играми детей, слушать их разговоры, пытаться понять их интересы, отношения. Обязательно проговаривать, обсуждать возникающие ситуации – давать развернутый эмоциональный (в допустимых рамках) комментарий, который во многом будет постепенно помогать ребенку понимать и осознавать процессы эмоционального взаимодействия с окружающими, к которому он стремится.

2) Учет личностных особенностей ребенка

Педагоги и психологи должны помнить о повышенной чувствительности, ранимости, возможно, брезгливости такого ребенка. На уроке труда дети могут отказываться работать с красками, с клеем, для них может быть неприятным посещение столовой и туалета. Если такого рода «трудные впечатления» дозируются и находится адекватная замена неприемлемому, то мы сможем предотвратить возможные срывы, проявления страха, возникновение и фиксацию негативизма. В то же время опыт показывает, что все-таки не стоит воспринимать возможные трудности как неизбежные. Нужно быть к

ним готовыми и использовать запасной вариант. Так мы поможем ребенку преодолеть дискомфорт и стать «как все». Часто он готов сделать в школе, вместе со всеми, то, на что никогда не решился бы дома. Так, например, в детском учреждении обычно преодолевается избирательность ребенка в еде.

Часто страхи и негативизм ребенка связаны с предыдущими неудачами и слишком большим нажимом взрослых в обучении. Он может, например, категорически отказываться брать в руки ручку, переставать слышать и видеть учителя при словах «давай посчитаем» и др. В этом случае напряжение ребенка постепенно уходит, если педагог остается спокоен и предлагает ему адекватную помощь, позволяющую опутить себя успешным. Например, сначала можно при письме поддерживать его руку, а затем постепенно уменьшать помощь. Иногда важно сначала создать для ребенка впечатление, что он справляется с заданием, а затем, уже на фоне этого «успеха», начинать действительную отработку навыка.

При организации урока важно также помнить, что тормозимость, неуверенность ребенка делают для него крайне трудной ситуацию самостоятельного выбора или принятия решения. Необходимость ответить на простой вопрос (что ты хочешь? что будешь делать?) заставляет его испытывать дискомфорт, часто он говорит что-то наугад, чтобы просто выйти из неприятной напряженной ситуации.

Поэтому вопрос самостоятельного выбора при начале обучения учителя должен решать за ребенка сам и постепенно, учитывая особенности ребенка и его интересы, ставить вопрос выбора таким образом, чтобы ребенок выбирал из того, что ему знакомо или нравится.

Трудности самостоятельного выбора могут сохраняться у таких детей надолго, поэтому даже в старшем возрасте использование тестов на уроке должно специально оговариваться с психологом. Без индивидуальной психологической подготовки представленные варианты возможных ответов не облегчают им ответ, не становятся для них подсказкой, как это бывает с обычными детьми, наоборот, часто дезориентируют аутичных детей.

В связи с огромной неуверенностью ребенка в себе рискованно, по крайней мере в начале обучения, пытаться стимулировать его, предлагая новое, «очень трудное», «самое трудное» задание. То, что у обычного ребенка естественно вызывает азарт и стремление испытать себя, у аутичного часто провоцирует панический отказ. Для того чтобы он научился рисковать, принимать трудности, конструктивно восприни-

мать неудачи, необходима специальная психологическая работа, в которой ребенок с РДА прежде всего должен накопить значительный опыт успешности. В процессе этой работы неизбежно наступает момент, когда и он начинает стремиться к преодолению различных трудностей, но делает это сначала крайне негибко, как маленький ребенок, демонстрируя и чудовищный уровень притязаний, и катастрофические реакции на неудачи.

Дети с трудом переносят свои «провалы», и, чтобы не множить дезорганизующий отрицательный опыт, нужно сглаживать эти неприятные впечатления. Характерно, что более эффективно здесь будет не утешать и успокаивать аутичного ребенка, поскольку это может только концентрировать его на переживании неудачи, а положительно характеризовать процесс обучения, находя в действиях ученика все новые признаки продвижения вперед. Именно это может стимулировать ребенка с РДА продолжать делать усилия, научить его выстраивать перспективу в нарастающей сложности задания, конструктивно воспринимать возникшую трудность: не как полное поражение, а как отдельный рабочий момент в успешном продвижении к результату.

3) Организация учебного времени, использование стереотипов поведения

С помощью зрительно-пространственной организации среды мы сможем не только спровоцировать ребенка на достаточно сложные действия, но и составить из них связную поведенческую цепочку. Основной задачей взрослого при этом становится насыщение всех ее звеньев эмоциональным смыслом, объединение их логикой нашего взаимодействия с ребенком. При обдуманной организации силовые линии среды могут «вести» такого ребенка от одного занятия к другому и определять его действия в конкретном занятии. Так, растворенная в нужный момент дверь и открывающаяся за ней ковровая дорожка или лесенка и без нашего «понукания» организуют движение ребенка в необходимом направлении; открытое пианино спровоцирует поиграть на нем; доска с вкладышами, которые надо поставить на место, пазлы и другие головоломки смогут как бы сами определить для ребенка достаточно сложную логику действий.

Вовремя запущенный стереотип поведения поможет нам при необходимости экстренно справиться с поведенческой проблемой: отвлечь ребенка, сосредоточить его, успокоить; умелая стыковка цепи стереотипов вообще может уберечь ребенка от аффективных срывов – перевозбуждения, неожиданных импульсивных действий. Включить его в эти привыч-

ные формы поведения поможет начатое действие взрослого, заданный им знакомый ритм, пение, особос обозначающее их слово, картинка, вещь, прибаутка, проговор стишка. Отзываясь на значимую для него часть стереотипа, ребенок с РДА автоматически втягивается в его реализацию.

Растерянность, тревога ребенка уменьшаются, если аутичный ребенок четко усвоит своё основное место занятий в пиколле, и что он должен делать во всех других местах здания, где он бывает. Как правило, на это уходит немало времени, в некоторых случаях возможно использование схемы, плана школы. Сохранение постоянства в пространственной организации жизни ребенка в школе поможет избежать многих поведенческих проблем.

Аутичному ребенку необходима помощь в организации себя во времени. Ему необходимо усвоение особенно четкого и стабильного расписания каждого текущего пикольного дня с его конкретным порядком переключения от одного занятия к другому, приходом в школу и уходом домой, порядком этих дней в школьной неделе, ритм рабочих дней и каникул, праздников в течение школьного года.

При планировании занятия аутичного ребенка необходимо помнить о его высокой психической пресыщаемости, легком физическом истощении. Поэтому для него важно организовать индивидуальный адаптированный ритм занятий, возможность своевременного переключения и отдыха. Это можно сделать даже в условиях работы в классе, спланировав для такого ребенка возможность временно выйти из общего ритма с последующим возвращением к общим занятиям.

При работе место для занятий должно быть организовано так, чтобы ничто не отвлекало аутичного ребенка, чтобы его зрительное поле было максимально организовано. Поэтому целесообразно, чтобы педагог и ребенок, садясь за учебный стол, оказывались лицом к стене, а не к комнате, заполненной игрушками и пособиями, и не к двери, которую кто-то может приоткрыть и этим помешать занятию. На самом столе должно находиться только то, что понадобится для выполнения одного задания, для проведения одного конкретного занятия. Остальные материалы педагог может держать под рукой на полке или в ящике, но вне зрительного поля ребенка, и доставать их по мере необходимости, а предыдущие убирать.

Необходимо учесть, что ребенка с РДА надо учить, как использовать расписание. В результате такой работы может значительно улучшиться самоорганизация и уменьшаются «поведенческие» проблемы, связанные с импульсивностью, отвлекаемостью, трудностью переключения. Новые занятия,

вводимые как дополнительные, развитие устойчивого порядка расписания легче воспримутся таким ребенком, обычно отвергающим любые попытки перемен.

Бережное отношение к уже сложившимся формам взаимодействия не означает, что мы желаем их жесткой фиксации. Доказано, что ребенку можно помочь стать более гибким, не разрушая, а постепенно усложняя и развивая усвоенный им порядок взаимодействия, вводя в него все больше возможных вариаций.

Педагог и психолог должны своевременно оказывать ребенку дополнительную индивидуальную помощь. Она необходима для определения подходящего ребенку режима освоения учебных навыков. Трудности могут и не появиться (часть детей с РДА уже при поступлении в школу владеют навыками чтения, письма, счета), но если появляются, то обычно связаны с прошлыми неудачными попытками обучения, с излишним нажимом, с нетерпеливостью родителей или учителей. Первой предпосылкой преодоления этих трудностей является опыт успешности, который мы должны дать аутичному ребенку.

Как уже говорилось, к школьному возрасту многие дети, имеющие проблемы аутистического спектра, хотят быть учениками и идти в школу. Как правило, они даже имеют некоторые школьные навыки: почти все знают буквы и цифры, порядковый счет, умеют читать, реже – писать и считать. Многие имеют хороший словарный запас и обширные знания в области своих увлечений, поэтому часто производят вполне благополучное впечатление при предварительном знакомстве. Практически все они имеют опыт индивидуального обучения и уже неплохо организуются на индивидуальных занятиях, тем не менее их обучение в школе, в группе детей, сначала может складываться не очень гладко.

При проявлении терпения и понимания почти все описанные выше трудности значительно сглаживаются уже в течение первого полугодия. Справиться с ними можно, только дав аутистичному ребенку реальный опыт обучения вместе с другими детьми: другого пути нет, никакая индивидуальная работа не может заменить подобный опыт.

Не стоит стремиться как можно скорее привести такого ребенка в порядок, заставить его вести себя на уроке абсолютно правильно. Торопливость в данном случае даст обратный результат: в напряженной ситуации он может больше пугаться, замолкать, уходить в себя и совсем переставать соображать или, наоборот, активно протестовать, шуметь и отказываться от работы. Ребенок с РДА также может начать искать отдых

и защиту в привычной стереотипной активности. Надо помнить, что перевозбуждение, внешне не мотивированный смех или плач ребенка, как правило, связаны с его перегруженностью впечатлениями.

Учитель, для того чтобы терпеливо дозировать нагрузку на ребенка, нуждается в постоянной поддержке психолога, в совместном анализе возникающих проблем, дающем понимание, что стоит за неправильным поведением ребенка.

И, конечно, полноценная психолого-педагогическая помощь ребенку не может осуществиться вне обстановки взаимного доверия специалистов и близких ребенка и их тесного взаимодействия. С родителями достичь такого доверия может быть непросто, поскольку они уже прошли определенный путь взаимоотношений со специалистами и больше всего пытаются добиться практического использования полученных в школе ребенком навыков.

«Мой сын усвоил всё, что необходимо по программе, он правильно ответил на все вопросы экзаменатора, но мне кажется, что мы засунули эти знания в какой-то мешок, из которого он их никогда не достанет сам», – таково было высказывание одной матери, активно обучающей своего ребенка-аутиста и успешно прошедшей с ним программу массовой школы.

Дети с РДА должны получить помощь в осознании того, что они любят и не любят, к чему привыкли, что им хочется изменить, что такое хорошо и что такое плохо, чего от них ждут другие люди, где границы их возможностей. Все это они могут усвоить, только подробно проживая, сопереживая все возникающие жизненные ситуации вместе с близкими взрослыми – родителями, учителями.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями слуха

Нарушение слуха – полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать звуки.

Нарушение слуха – это не только количественное снижение слухового восприятия (человек не слышит тихий голос), но и качественные необратимые стойкие изменения слуховой системы (человек ощущает звучание речи, но не различает звуки и слова, не понимает их смысла).

Различают кондуктивные и сенсоневральные нарушения слуха.

Кондуктивные нарушения слуха могут возникнуть у любого человека при воспалении среднего уха (отит), образовании серных пробок и пр. Также эти нарушения возникают при деформации строения ушных раковин, заращении слуховых проходов и др. Чаще всего они носят временный характер и могут быть вылечены.

Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением слухового нерва и являются стойкими и необратимыми. Человеку с такими проблемами необходима поддерживающая терапия, слухопротезирование (подбор, настройка и использование индивидуальных слуховых аппаратов), а также длительная, систематическая психолого-педагогическая и социальная коррекция и реабилитация.

Причины нарушений слуха:

- наследственные (генная предрасположенность родителей);
- инфекционные заболевания матери (краснуха, грипп, герпес, токсоплазмоз, цитомегаловирус) и токсикозы во время беременности;
- лечение матери в период беременности или ребенка раннего возраста лекарственными препаратами, негативно влияющими на слуховой нерв
- (стрептомицин, канамицин, гентамицин и др.);
- недоношенность (роды ранее 32-й нед. беременности), родовая травма, асфиксия новорожденного;
- вирусные и инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, скарлатина, тяжелые формы паротита, кори и гриппа);
- острый и хронический отит, который является наиболее частой причиной сенсоневрального снижения слуха;
- черепно-мозговые травмы ребенка.

В ряде случаев причину нарушения слуха установить не удастся.

Существуют два вида нарушения слуха: глухота (глухие дети) – нарушение слуха, при котором невозможно восприятие речи; тугоухость (слабослышащие дети) – более легкая степень нарушения слуха, при котором восприятие речи затруднено. Эти нарушения являются стойкими и не поддаются лечению.

Глухие дети реагируют на голос повышенной громкости у уха, но не различают ни слов, ни фраз. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта обязательно.

Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Устная речь у этих детей развивается в результате длительной систематической коррекционной работы.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха:

1-я степень – ребенку доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. Дети общаются при помощи устной речи.

2-я степень – ребенок воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые дети – также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. Необходимо обязательное использование слуховых аппаратов на уроке. Дети общаются при помощи устной речи, при этом она имеет специфические особенности.

3-я степень – дети воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот – не слышат. Обычно понимают речь когда видят лицо говорящего. Необходимо обязательное постоянное использование слуховых аппаратов для общения с окружающими и успешного обучения. Развитие устной речи у этих детей возможно при условии специальной систематической коррекционной работы с сурдопедагогом и логопедом.

4-я степень – у детей восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят лицо говорящего и тема общения понятна. Показано обязательное слухопротезирование или кохлеарная имплантация. Устная речь развивается только в условиях систематической коррекционно-реабилитационной работы.

Слухопротезирование

Для коррекции нарушенного слуха используется слухопротезирование – подбор и настройка индивидуальных слуховых аппаратов или кохлеарное имплантирование.

Слышащие люди часто считают, что индивидуальный слуховой аппарат – это «очки» для слуха, с ним человек сразу становится слышащим и говорящим. Это верно лишь при незначительном понижении слуха (слабослышащие дети I и II степени); при тяжелом снижении слуха (слабослышащие дети III и IV степени, глухие) аппарат лишь улучшает разборчивость восприятия речи, но не может компенсировать ее нарушение. После слухопротези-

рования ребенку необходимы специальные занятия с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и речи.

Ребенок должен носить слуховые аппараты постоянно, чтобы иметь возможность все время слышать звуки и речь. Это обязательное условие для успешного обучения и общения. Если аппараты подобраны и настроены правильно, то их постоянное использование не вызывает у ребенка дискомфорта и ухудшения слуха.

Существует еще один современный способ коррекции слуха – кохлеарное имплантирование, которое позволяет детям с тяжелой потерей слуха воспринимать звуки на значительном расстоянии. Обязательным условием для этого являются систематические длительные занятия со специалистами по формированию слухового восприятия и развитию речи.

Восприятие речи детьми с нарушениями слуха⁷

Существуют три способа восприятия речи: слухо-зрительный, слуховой, зрительный.

При любом снижении слуха ребенок начинает активнее пользоваться зрением. Для полноценного понимания речи говорящего дошкольники и школьники с нарушением слуха должны видеть его лицо, губы и слышать его с помощью слухового аппарата. Это и есть основной способ восприятия устной речи детьми с нарушениями слуха – слухо-зрительный.

При проведении занятий, уроков и внеклассных мероприятий необходимо учитывать эту особенность детей.

Слуховой способ восприятия речи, при котором ребенок слушает, не глядя на собеседника, доступен только детям с незначительной степенью снижения слуха (слабослышащие I степени).

Зрительный способ восприятия речи чаще используют глухие дети, которые по артикуляции собеседника частично воспринимают и понимают речь. Однако зрительное восприятие глухими детьми речи собеседника затруднено, т.к. не все звуки можно «прочитать» по губам. Например, звуки М, П, В ребенок «видит» одинаково и различить их может только при «подключении слуха»; звуки К, Г, Х не «видны» совсем – слова КОТ, ГОД, ХОД ребенок «видит» одинаково. Для того чтобы понять сказанное, он должен научиться по едва улавливаемым видимым признакам угадывать про-

⁷ Памятка для педагогов «О понимании вашей речи детьми» приводится в приложении.

износимое собеседником и мысленно дополнять невидимые элементы речи.

Плохослышащие дети могут затрудняться в понимании речи (в частности, во время беседы) по ряду причин:

- особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие губы, особенности прикуса и др.);
- специфика артикуляции говорящего (нечеткая, быстрая артикуляция и др.);
- маскировка губ – усы, борода, яркая помада и др.;
- тембровая окраска голоса говорящего;
- место расположения говорящего по отношению к ребенку (спиной к источнику света, спиной или боком к ребенку);
- неполное «слышание» даже со слуховым аппаратом;
- пробелы в овладении языком;
- участие в разговоре двух или более собеседников;
- отсутствие или неисправность слухового аппарата.

Особенности речевого развития детей с нарушениями слуха⁸

Глухие дети могут овладеть речью только в процессе специального коррекционного обучения.

Слабослышащие дети по сравнению с глухими могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Однако наилучшего результата эти дети достигают в процессе специально организованного обучения.

Наблюдения показывают, что успешность овладения любым предметом, изучаемым в школе, зависит от уровня развития речи.

По уровню речевого развития всех плохослышащих детей можно разделить на три группы:

- Дети первой группы (с незначительным понижением слуха):
- имеют достаточно объемный словарный запас;
 - испытывают затруднения при восприятии отдельных элементов речи и шепота, что нередко вызывает трудности в усвоении программного материала;
 - неправильно произносят отдельные звуки в спонтанной речи;
 - искажают звуко-слоговую структуру слова;
 - допускают аграмматизм, который переносится в письмо;
 - испытывают незначительные затруднения при составлении текста.

⁸ Памятка для педагогов «Знакомство со словом» приводится в приложении.

Ко второй группе относятся глухие и слабослышащие дети, включенные в коррекционную работу с раннего возраста, которые:

- имеют сниженный, по сравнению со слышащими, объем словарного запаса;
- испытывают определенные специфические трудности при восприятии речи (см. выше), что вызывает выраженные проблемы в овладении программным материалом;
- произносят звуки смазанно или искаженно;
- затрудняются в интонационном оформлении речи;
- допускают стойкий аграмматизм в устной и письменной речи;
- испытывают трудности при продуцировании связного высказывания;
- бегло читают.

Третья группа – это слабослышащие и глухие дети с глубоким системным нарушением речи, которые, как правило, обучаются в специальных коррекционных образовательных учреждениях.

Развитие познавательной сферы детей с нарушениями слуха⁹

1) *Внимание:*

- сниженный объем внимания;
- меньшая устойчивость, а следовательно, большая утомляемость, так как получение информации происходит на слухо-зрительной основе. У слышащего школьника в течение урока происходит смена анализаторов: при чтении ведущий зрительный анализатор, при объяснении материала – слуховой. У ребенка с нарушением слуха такой смены нет – постоянно задействованы оба анализатора;
- низкий темп переключения: ребенку с нарушением слуха требуется определенное время для окончания одного учебного действия и перехода к другому;
- трудности в распределении внимания: школьник с сохранным слухом может одновременно слушать и писать, ребенок с нарушениями слуха при этом испытывает серьезные затруднения.

2) *Память:*

- образная память развита лучше, чем словесная (на всех этапах и в любом возрасте);
- уровень развития словесной памяти зависит от объема словарного запаса ребенка с нарушением слуха. Ребенку

⁹ Памятка для педагогов «О некоторых особенностях детей с нарушенным слухом» приводится в приложении.

требуется гораздо больше времени на запоминание учебного материала, практически при всех степенях снижения слуха словесная память значительно отстает.

– Особенности мышления:

- у детей с нарушениями слуха в начальной школе возможно преобладание наглядно-образного мышления над словесно-логическим;
- уровень развития словесно-логического мышления зависит от развития речи плохослышащего учащегося.

Особенности эмоционально-личностного развития детей с нарушениями слуха

Можно выделить различные неблагоприятные факторы, оказывающие влияние на развитие личности и эмоциональной сферы детей с нарушениями слуха.

Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, это создает определенные трудности в усвоении социального опыта. Отставание в развитии речи приводит к затруднениям в осознании своих и чужих эмоциональных состояний, это приводит к упрощению межличностных отношений. Зафиксируем внимание на наиболее выраженных особенностях эмоционально-личностного развития детей данной категории:

- для плохослышащего ученика педагог играет значительную роль в формировании межличностных отношений (в формировании оценки одноклассников и самооценки) на протяжении длительного времени, вплоть до старших классов;
- у неслышащих и слабослышащих детей необоснованно долго сохраняется завышенная самооценка. Это объясняется тем, что с раннего возраста они находятся в зоне положительного оценивания своих достижений со стороны взрослых;
- возможно проявление агрессивного поведения, связанное с реальным оцениванием возможностей ребенка с нарушением слуха со стороны учителя и одноклассников;
- приоритетное общение с учителем и ограничение взаимодействия с одноклассниками;
- «неагрессивная агрессивность» – использование ребенком с нарушением слуха невербальных средств для привлечения внимания собеседника (схватить за руку, постучать по плечу, подойти очень близко, заглядывать в рот сверстника и т.д.), что воспринимается слышащими как проявление агрессивности.

Нельзя не отметить следующие особенности коммуникации детей с нарушениями слуха:

- плохослышащему ребенку воспринимать речь окружающих легче, если он хорошо видит лицо говорящего;
- нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны незнанием лексических значений отдельных слов, незнакомой формулировкой высказывания, непривычной артикуляцией собеседника;
- при ответе на вопрос «Все ли понятно?» ребенок с нарушением слуха чаще ответит утвердительно, даже если он ничего не понял;
- ребенку с нарушением слуха трудно воспринимать и понимать продолжительный монолог;
- испытывает значительные трудности в ситуации диалога и полилога;
- у ребенка с нарушением слуха имеются психологические барьеры в общении со слышащими.

Рекомендации по «включению» детей с нарушениями слуха в совместное обучение со сверстниками, не имеющими отклонений в развитии

Для успешного обучения ребенка с нарушением слуха в общеобразовательном учреждении необходимо учитывать, во-первых, психологическую и физиологическую готовность ребенка с нарушением слуха к обучению в общеобразовательном учреждении (определяется специалистами ПМПК). Во-вторых, в образовательном учреждении необходимо создать безбарьерную среду для лиц с нарушением слуха; в-третьих, процесс обучения должен сопровождаться специалистами (сурдопедагогом, логопедом, психологом). И, наконец, нельзя забывать о том, что необходимо обеспечить комплексное сопровождение всех участников образовательного процесса.

Перечень необходимого оборудования для обучения глухих и слабослышащих в ДОУ:

1. Звукоизолированный кабинет сурдопедагога для проведения индивидуальных занятий (не менее 8–10 м²).
2. FM-системы для индивидуальной и групповой работы (в условиях группы, зала).

Перечень необходимого оборудования для обучения глухих и слабослышащих в СОШ:

1. Звукоизолированный кабинет сурдопедагога для проведения индивидуальных и групповых занятий (не менее 15 м²).
2. «Бегущая строка» (на этажах).
3. Световая индикация начала и окончания урока.
4. FM-системы для индивидуальной и групповой работы (в условиях класса, зала).

Кабинет сурдопедагога в ДОУ:

1. FM-система.
2. Индикатор звучания ИИЗ.
3. Компьютерные программы Hear the World, Speech W и др.
4. Сурдологopedический тренажер «Дэльфа-130».
5. Компьютер с колонками.
6. Магнитная доска.
5. Фланелеграф.
6. Наборные полотна разного размера.
7. Музыкальный центр с набором аудиодисков со звуками живой и неживой природы, аудиокниги и др.

Кабинет сурдопедагога в СОШ:

1. FM-система.
2. Индикатор звучания ИИЗ.
3. Компьютерные программы Hear the World, Speech W и др.
4. Сурдологopedический тренажер «Дэльфа-130».
5. Компьютер с колонками.
6. Мультимедийная доска.
7. Музыкальный центр с набором аудиодисков со звуками живой и неживой природы, аудиокниги и др.

Особенности обучения детей с нарушениями зрения в условиях общеобразовательной школы

Психофизическое развитие детей с нарушением зрения проходит по тем же законам и этапам, что и у нормально видящих сверстников, но имеет ряд особенностей и некоторых отклонений.

Развитие познавательной сферы детей с нарушениями зрения

Нарушение зрения определяет слабое развитие психо моторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, возможны появления навязчивых стереотипных движений: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью.

1) Восприятие

Особенности аналитической деятельности слабовидящих детей проявляются в замедленности восприятия, в недостаточности умений обозреть зрительно-пространственные признаки и отношения. Это особенно отчетливо наблюдается, когда узнавание предметов и выделение признаков ограничено во времени и условия восприятия для зрения не созданы с учетом его возможностей. Характерные ошибки слабовидя-

щих детей проявляются при сличении и осмыслении сходства и различий предметов. Дети в этом случае видят только объекты в общем, не различая деталей. Требуется специальная направленность их внимания на выделение деталей и различий, увеличив время для рассматривания. Также педагогам следует учесть, что процесс сличения, нахождения общих и отличительных черт, умения обобщать признаки в зрительно воспринимаемом объекте потребует от них в работе со слабовидящим ребенком подбора специальной иллюстративной наглядности, применения поэтапности в дифференциации визуальных признаков и большей длительности предъявления объекта для рассматривания. Увеличение количества предъявлений говорит о замедленности развертывания зрительного анализа. Ребенок чаще ведет анализ на основе догадок, упрощений, предположений.

Процесс узнавания у слабовидящих детей цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего дети узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Значительно сложнее дети с нарушением зрения ориентируются в контурных и силуэтных изображениях. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее дети опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5 мм и выполненные черным цветом на белом фоне дети воспринимают быстрее всего.

При восприятии силуэтных изображений дети с нарушением зрения затрудняются в их анализе и опознании, особенно изображений животных и других сложных по форме изображений. Слабовидящие в этом случае могут назвать изображения только после анализа цветных, а затем силуэтных. Поэтому при глубоком нарушении зрения следует вести работу по чтению изображений, переходя от реальных, цветных к силуэтным, а затем контурным. Здесь важен тот словесный алгоритм, который дает педагог, направляя зрение ребенка на поэтапное выделение основных признаков, а затем и составных деталей, с тем чтобы у ребенка сложился логически правильный образ предмета.

2) Координация в системе «глаз-рука»

Нарушение бикулярного видения осложняет формирование представлений не только о форме, величине, но и пространственном положении, отношениях между предметами: удаленность, глубина, высота и т. д. Зрительное запоминание

и воспроизведение пространственных отношений между объектами у слабовидящих детей происходит медленнее и носит фрагментарный характер. Все эти сложности зрительно-пространственной ориентации обуславливают обедненность чувственного опыта в пространственной ориентировке слабовидящих детей. Так, например, снижение до определенного уровня остроты зрения приводит к ограничению различительных возможностей восприятия на расстоянии. Нарушение бинокулярного видения (двумя глазами) разрушает стереоскопическое зрение: один глаз не может дифференцировать глубину, удаленность, протяженность пространства. Расстройство глазодвигательных функций обуславливает сужение поля зрения, ограничиваются обзорные возможности зрения.

Бросание в цель в значительной степени зависит от характера зрения, так как, прежде всего, ребенок должен выделить и зафиксировать цель, определить расстояние, соизмерить свое предметное действие с данными зрительной информации. Дети с дефектом зрения не могут примериваться, поэтому сразу же бросают мяч в корзину, отчего довольно часто результат является отрицательным. В отличие от них нормально видящие дети примериваются, контролируют действия руки, следят за полетом мяча, могут проанализировать ошибки, если мяч не попал в цель. При этом нормально видящие дети при отрицательном результате называют причину неудачи: «я плохо прицелился», «дай я еще раз брошу». Такое поведение у детей с монокулярным зрением чаще всего не наблюдается, а интерес к результату падает.

Еще большие и своеобразные трудности можно обнаружить у детей с монокулярным зрением при фиксации движущихся объектов. Нарушение глазодвигательных функций при косоглазии обуславливает процесс прослеживания и фиксации объектов. В условиях, когда объект восприятия, перемещаясь в пространстве, приближается или удаляется от наблюдателя, прослеживание осуществляется путем конвергенции и дивергенции зрительных осей. Это возможно только при нормальном зрении. В условиях же монокулярного зрения такие акты отсутствуют, действует один глаз, у которого возможность определения точного местоположения осложнена из-за отсутствия оценки удаленности, протяженности, объема пространства. Чтобы убедиться в этом, можно проследить действия детей при ловле мяча, заметить, как дети следят за его полетом, насколько точно действуют. Действия детей с монокулярным зрением ограничены и неточны. Руки они чаще всего держат в одном положении, на полст мяча реагируют запоздало, часто мяч их застает врасплох, дети не

успевают отреагировать на его приближение. Их действия при анализе скорости, направления и расстояния до мяча, вероятнее всего, плохо фиксируются. Поэтому ошибок может быть особенно много. Положительным результатом может быть только тогда, когда мяч направляется точно в руки ребенка, тогда он может его успешно поймать. Если же мяч уходит несколько вбок, дети не могут протягивать руки в его сторону. При этом с той стороны, где глаз не видит, они вообще не могут фиксировать его полета. Для таких детей характерна поза, в которой они несколько разворачивают лицо в сторону, чтобы ведущим глазом зафиксировать прямо летящий на них мяч. Упражнения, подобные ловле, бросанию, метанию в цель, при монокулярном зрении для детей сложны.

3) Особенности координации движений

Большинству детей с нарушением зрения присущи отклонения в координации движений, темпа и ритма действий, что сказывается на формировании трудовых навыков и умений. Ориентировка в практической содержании и исполнении трудового задания в этом случае зависит от успешности и точности зрительной ориентации. Замедленность, узость, фрагментарность, недифференцированность зрительного восприятия не позволяют детям иметь достоверную информацию о действии, что осложняет выполнение предметных действий; взаимосвязь анализирующих действий с характером моторных движений руки и глаза является причиной недостаточности развития предметно-практических действий. При этом наблюдается неуверенность при выполнении точно дозированных предметных действий, их недостаточная четкость и замедленность. Значительное количество ошибок обусловлено нечетким зрительным анализом и контролем собственных действий, а у слепых детей при отсутствии зрительной информации предметно-практическая деятельность формируется в условиях активного развития тактильно-кинестатических ориентаций, форма предмета и действия с ним познаются совершенно иным способом в отличие от зрячих.

Эмоционально-личностное развитие детей с нарушениями зрения

У детей потеря зрения приводит к сдерживанию в формировании активных жизненных позиций, снижению уровня самостоятельности, стремлению к достижению результатов деятельности, появлению замкнутости, необщительности. При сверхопеке со стороны взрослых наблюдается снижение устремлений ребенка к самопроявлению в элементарных фор-

мах самообслуживания, в дальнейшем осложнения в формировании личности.

Недостаточность информации об окружающем мире снижает познавательный интерес, из-за чего происходит нарушение и в эмоционально-поведенческом отношении детей к различным сферам деятельности. Недостаток социального опыта, искаженные отношения со стороны окружающих людей способствуют появлению у детей с нарушением зрения отрицательных черт характера: эгоизма, снижения внимания к окружающим, нерешительности, упрямства, снижения любознательности. Уменьшение контактов с окружающими приводят к замкнутости, необщительности, уходу ребенка в свой внутренний мир. Иногда у слепого или слабовидящего ребенка развиваются привычки – покачивание, надавливание на глаза, щелканье пальцами. Эти привычки могут не только раздражать окружающих, но и расстраивать, даже серьезно беспокоить.

Чаще всего указанные свособразия личности детей со зрительными дефектами обусловлены рядом причин: недостатком чувственного опыта, трудностями ориентировки в окружающем пространстве (боязнь нового), отсутствием соответствующих условий воспитания, ограничением в деятельности, отрицательными попытками наладить контакты со зрячими. На фоне этого у детей с нарушением зрения наблюдается неуверенность в своих возможностях, снижается интерес к результату труда, не формируются умения преодолевать трудности.

Особенности речевого развития детей с нарушением зрения

Дети, имеющие зрительные нарушения, отличаются замедленностью формирования речи. Проявляется это в ранние периоды ее развития из-за недостаточности активного взаимодействия детей, имеющих патологию зрения, с окружающими людьми, а также обедненности предметно-практического опыта детей. В связи с этим наблюдаются специфические особенности формирования речи, проявляющиеся в нарушении словарно-семантической стороны речи, в формализме употребления значительного количества слов с их конкретными чувственными характеристиками. Их употребление детьми бывает слишком узким, когда слово связывается только с одним знакомым ребенку предметом, его признаком или, наоборот, становится слишком общим, отвлеченным от конкретных признаков, свойств предметов и явлений окружающей жизни.

Дети с глубокими нарушениями зрения не имеют возможности в полном объеме воспринимать артикуляцию собеседника, не имеют четкого образа движения губ во время разго-

вора, из-за чего они часто допускают ошибки при звуковом анализе слова и его произношении.

Наиболее распространенным дефектом речи при слепоте и слабовидении у дошкольников и младших школьников является косноязычие разного характера – от сигматизма (неправильное произношение свистящих и шипящих звуков) до ламбдацизма (неправильное произношение звука «Л») и ротацизма (неправильное произношение звука «Р»).

Трудности, связанные с овладением звуковым составом слова и определением порядка звуков, нередко проявляются в письменной речи. Нарушения звуковой последовательности при написании слов в значительной степени объясняется отсутствием или неполноценностью зрения. Дети при письме из-за недостаточности звукового анализа слова делают пропуски букв, замены или перестановки.

Недостаточность словарного запаса, непонимание значения и смысла слов делают рассказы детей информативно бедными, им трудно строить последовательный, логичный рассказ из-за снижения количества конкретной информации.

Устная речь детей с нарушением зрения часто бывает сбивчива, отрывочна, непоследовательна. Они не всегда планируют свои высказывания. К трудностям развития речи детей со зрительной патологией относят особенности усвоения и использования неязыковых средств общения – мимики, жеста, интонации, являющихся неотъемлемым компонентом устной речи. Не воспринимаемая совсем или плохо воспринимаемая зрительно большое количество мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения, и не пользуясь в своей речи этими средствами, слепые и слабовидящие дети существенно обедняют свою речь, она становится маловыразительной. У этих детей наблюдается снижение внешнего проявления эмоций и ситуативных выразительных движений, что оказывает влияние на интонационное оформление речи, вызывая ее бедность и монотонность.

Рекомендации для педагогов по профилактике и преодолению трудностей в обучении ребенка с нарушением зрения

1. Ознакомиться с заключением врача-офтальмолога о состоянии зрения школьника, испытывающего трудности в обучении. Далеко не всем детям рекомендуются очки для постоянного ношения, а некоторые дети, испытывая чувство стеснения, не надевают их в окружении сверстников.

2. Рабочее место ребенка с нарушением зрения располагается в центре класса, на первой-второй парте. Лучше, если оно будет оснащено дополнительным освещением.
3. Педагогу, работающему с таким ребенком, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна. В одежде педагогу рекомендуется использовать яркие цвета, которые лучше воспринимаются ребенком, имеющим зрительные нарушения.
4. В связи с тем, что темп работы детей со зрительными нарушениями замедлен, следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Некоторые нарушения зрения осложняют выработку навыка красивого письма, поэтому следует снизить требования к почерку ребенка. Школьному педагогу-психологу рекомендуются занятия с таким ребенком, направленные на развитие навыков письма и черчения по трафарету, навыков штриховки, ориентировки в микропространстве (на листе бумаги), развитие зрительного восприятия, внимания, памяти.
5. Рекомендуется смена видов деятельности с использованием упражнений для снятия зрительного утомления (зрительная гимнастика), включение в учебно-воспитательный процесс динамических пауз, которые являются своеобразным отдыхом для глаз.
6. Педагог должен говорить более медленно, ставить вопросы четко, кратко, конкретно, чтобы дети могли осознать их, взвешивать их содержание. Не следует торопить их с ответом, дать 1-2 мин на обдумывание.
7. При проведении занятий с детьми, имеющими нарушение зрения, создаются условия для лучшего зрительного восприятия объекта, различения его цвета, формы, размещения на фоне других объектов, удаленности.
8. Материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту, должен соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор - меньше кочана капусты и т. п.
9. Размещать объекты на доске нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности.
10. При знакомстве с объектом рекомендуется снижать темп ведения занятия, так как детям с нарушением зрения требуется более длительное, чем нормально видящим детям, время для зрительного восприятия, осмысления задачи, повторного рассматривания.

11. При анализе детских работ рекомендуется не располагать на доске все работы одновременно, а показывать их с учетом возраста детей: дети младшего дошкольного возраста – 2–3 объекта, старшего дошкольного – 4–5 объектов, младшего школьного – 6–7 объектов.
12. Следует чаще использовать указки для прослеживания объекта в полном объеме (обводят его контур, часть), на занятиях по родному языку использовать дополнительный материал: контур, силуэт, рисунок, мелкие картинки, игрушки, индивидуальные картинки для детей с низкой остротой зрения.
13. На индивидуальных занятиях детей учат последовательно называть картинки, выкладывать их в ряд слева направо, а переходя на нижний ряд, возвращать взгляд на первую картинку слева.
14. Поскольку у детей с нарушением зрения преобладает последовательный способ зрительного восприятия, то время на экспозицию предлагаемого материала увеличивается минимум в два раза (по сравнению с нормой).
15. При предъявлении материала, связанного с его обязательным обследованием, время также увеличивается в 2–3 раза по сравнению с выполнением задания на основе зрения.
16. Трудности координации движения, несогласованность движений руки и глаза при нарушениях зрения замедляют темп выполнения заданий, связанных с предметно-практической деятельностью, поэтому при выполнении графических заданий должна оцениваться не точность, а правильность выполнения задания.
17. Нужно давать ребенку, имеющему зрительные нарушения, возможность подходить к классной доске и рассматривать представленный на ней материал.

Организация психолого-педагогического сопровождения образовательной интеграции (инклюзии) детей с нарушениями речи

Недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы, при отсутствии специальных коррекционных мероприятий, неизбежно вызовет ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи; недостаточность сенсорных, временных и пространственных представлений; снижение уровня памяти; недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания; снижение

уровня обобщений; недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, связанный с речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению его социальных связей с окружающим миром.

В педагогической классификации выделяют три группы детей с речевыми нарушениями:

1. Группа детей с фонетико-фонематическими нарушениями (ФФН), т.е. преимущественно с недостатками звукопроизношения. Дети данной категории имеют диагнозы логопеда/невролога: дислалия, ринолалия, легкие формы дизартрии¹⁰.
2. Группа детей с общим недоразвитием речи (ОНР), с недостатками лексико-грамматической стороны речи (бедный словарь, аграмматизмы, трудности согласования слов в предложении) – имеют диагнозы логопеда/невролога: сложные формы дизартрии, алалия, афазия, дислексия и алексия, дисграфия и аграфия.
3. Группа детей с недостатками мелодико-интонационной стороны речи (нарушения высоты, тембра голоса) и темпо-ритмической стороны речи (ускоренный или замедленный темп речи, нарушенный ритм, запинки судорожного и несудорожного характера). У данной категории детей стоят диагнозы логопеда/невролога: заикание, итерации, полтерн, тахилалия, брадилалия, ринофония, дисфония, афония.

Раннее развитие детей с тяжелыми речевыми нарушениями

Определяющее значение для развития речевой деятельности имеют первые три года жизни ребенка. Как известно, появление гуления еще не гарантирует дальнейшего нормального речевого и психического развития ребенка. Так, гуление наблюдается не только у нормально развивающихся детей, но и у большинства детей с отклонениями в развитии (у глухих, у детей с интеллектуальным недоразвитием).

На следующем этапе развития речи для детей с алалией характерно отсутствие лепета или его крайняя бедность, более поздние сроки его формирования (на втором году жизни). Также отмечается своеобразие темпов развития и качества лепета у детей с ринолалией, дизартрией (Усанова О.Н., Слинко О.А.).

¹⁰ Словарь терминов по данному разделу приводится в приложении.

У детей с алалией компенсаторно более активно, чем речевые, развиваются невербальные средства общения (мимика, жесты), особенно на начальных этапах развития. С возрастом особенно активно этими средствами начинают пользоваться дети с речевой патологией с первично сохранным интеллектом. В таких случаях отмечается значительное опережение в развитии пассивного словаря по сравнению с активным, дети лучше понимают обращенную к ним речь, чем пользуются своими произносительными навыками (исключение касается детей с сенсорной алалией).

Для детей с тяжелыми речевыми нарушениями характерно отставание сроков появления первых слов и фразовой речи.

Стремление к речевому общению у детей этой категории проявляется по-разному: во-первых, это может быть низкая речевая активность, когда при попытке вступления в речевой контакт ребенок проявляет негативизм (часто при моторной алалии); во-вторых, активное стремление к речевому общению (при сенсорной алалии), хотя эта тенденция может сочетаться с раздражительностью, эмоциональной лабильностью и часто – с острой эмоциональной реакцией на ситуацию непонимания окружающими речи ребенка. Речевая интенция, то есть стремление к речевому общению, зависит от первичной интеллектуальной сохранности ребенка (известно, что дети со сниженным интеллектом часто бывают говорливы, легко вступают в контакт с окружающими, хотя этот контакт формален), личностных особенностей ребенка, отношения со стороны окружающих, от осознания и реакции ребенка на свой дефект. В литературе отмечается, что дети с различной речевой патологией (алалией, дизартрией, ринолалией, заиканием) часто отказываются от речевого контакта, применяют различные уловки, маскируя дефект.

Е.М. Мастюкова отмечает, что двигательные нарушения обычно проявляются в более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможностей самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с лёгким поворотом головы и глаз в стороны вперед вынесенной руки, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

У детей с тяжелыми нарушениями речи уже на первом году жизни отмечались так называемые «малые неврологические признаки», которые проявлялись различно, в зависимости от степени поражения центральной и периферической нервной системы. У грудных детей заметны легкие нарушения мышечного тонуса, часто по типу дистонии, которые, хотя и не ме-

щают активным движениям, но являются стойкими; резко выраженные непроизвольные движения в виде тремора, микклоний, гиперкинезов, которые проявляются непостоянно, но не находятся в причинной зависимости от эмоционального состояния ребенка: задержка сенсорно-моторного развития, отставание в развитии тонких дифференцированных движений пальцев рук, формировании предметно-манипулятивной деятельности, что особо ярко видно к концу первого года жизни в недостаточности пальцевого захвата предметов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям.

Моторное развитие детей с речевыми нарушениями

Несмотря на то, что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отмечается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они неловки в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию, в школьном возрасте отмечается плохой почерк.

Уже в дошкольный период особенности формирования пространственного познания становятся заметными. Воспитание культурно-гигиенических навыков у детей с речевыми нарушениями вызывает трудности. Ребенку сложно чистить зубы, полоскать рот. Он не любит и не хочет застегивать самостоятельно пуговицы, пинуровать ботинки, не может правильно держать карандаш, пользоваться ножницами.

Для детей с речевой патологией характерны также нарушения при выполнении физических упражнений и танцевальных движений. Им нелегко научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту. Про этих детей говорят, что они неуклюжие. Стоя на одной ноге, им трудно удержать равновесие, часто они не могут прыгать на левой или правой ноге.

Во время школьного обучения отклонения в пространственной ориентировке проявляются еще ярче. Младшему

школьнику, страдающему дизартрией, нелегко правильно держать ручку, выработать ровный и красивый почерк, у них возникают проблемы в ориентировке на листе бумаги.

Развитие познавательной сферы детей с речевыми нарушениями

Как отмечает Т.А. Фотекова, в картине нарушений познавательной деятельности детей с тяжелыми речевыми нарушениями преобладают общеорганические симптомы: сниженная умственная работоспособность, инертность, повышенная истощаемость, трудности контроля, несформированность функции произвольного внимания, его устойчивости, направленности, переключаемости, низкая самоорганизация. Недостатки памяти выражаются в меньшем объеме запоминания, снижении продуктивности первых попыток при заучивании, плохом отсроченном воспроизведении, большой подверженности интерферирующим влияниям, наличии парамнезий. Неравномерность проявляется и в развитии мыслительной деятельности. Таких детей характеризует преимущественная недостаточность словесных форм мышления при более сформированном наглядно-действенном и наглядно-образном. При этом отмечается большая выраженность нарушений тех форм мышления, которые наиболее тесно связаны с речью, особенно внутренней, им присущи низкая осведомленность, источное употребление слов, бессистемность представлений, несформированность познавательной мотивации.

Для многих детей с речевыми нарушениями характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса.

Нарушения фонематического восприятия описаны у всех детей с нарушениями речи, при этом важное значение имеет связь речеслухового и речедвигательного анализаторов. Г.Ф. Сергеева отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии весьма влияет на слуховое восприятие фонем. При этом не всегда наблюдается прямая зависимость между нарушением произношения звуков и нарушением их восприятия. Так, в ряде случаев наблюдается различие на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые дифференцируются в произношении. Тем не менее здесь наблюдается определенная пропорциональность: чем большее количество звуков дифференцируется в произношении, тем успешнее происходит

различение фонем на слух. И чем меньше имеется «опор» в произношении, тем хуже условия для формирования фонематических образов. А развитие самого фонематического слуха находится в прямой связи с развитием всех сторон речи, что, в свою очередь, обусловлено общим развитием ребенка.

Из всех предпосылок письменной речи расстройство сукцессивных функций (последовательное воспроизведение серии действий) чаще других встречается при избирательных нарушениях письменно-речевой деятельности. Одной из составляющих данной группы функций является слухо-моторная координация (воспроизведение ритмов неречевых звуков с разными интервалами), дефицит которой обуславливает патогенез нарушений письменной речи, особенно на этапе усвоения сложных слоговых структур. Исследование Российской Е.Н. показало, что нарушения слухо-моторной координации (возможность воспроизвести заданный ритм) наблюдаются у 70% детей с тяжелыми нарушениями речи.

У дошкольников со сложной речевой патологией зрительное восприятие отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью у них целостного образа предмета. Простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у детей с нормальным речевым развитием и у детей с недоразвитием речи. Затруднения наблюдаются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Так, дети с ОНР воспринимают образ предмета в усложненных условиях с определенными трудностями: удлинение времени принятия решения, неуверенность в ответах, отдельные ошибки опознания. При этом число ошибок опознания увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов. В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга дети с ОНР затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые или недорисованные изображения, схематичные или контурные рисунки), им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с ОНР определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

Недостаточность интегративной деятельности мозга при ОНР проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей. При рисовании по образцу геометрических фигур они не могут передать форму и пропорции, неправильно изображают углы и их соединения.

При выполнении задания нарисовать фигуру человека старшие дошкольники допускают много ошибок. На их рисунках заметна диспропорция частей тела, некоторые важные детали изображены примитивно или вовсе отсутствуют.

Дети данной категории чаще пользуются элементарными формами ориентировки, то есть примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с недоразвитием речи нередко при приравнивании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет.

Нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета. Для детей дошкольного возраста с речевой патологией более характерным является нарушение зрительного восприятия и зрительных предметных образов и, в меньшей степени, зрительной оперативной памяти, которая оказывается грубо нарушенной у детей с интеллектуальной недостаточностью.

У младших школьников зрительное восприятие также остается на низком уровне в сравнении с нормально развивающимися сверстниками. Проявляется это в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте. Особенно стойко пространственные нарушения проявляются в рисовании человека — изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических оптико-пространственных нарушений (у детей с алалией).

Развитие оптико-пространственного восприятия является необходимым условием для обучения детей грамоте. Нарушения указанной функции считаются характерными для многих детей с органическим поражением мозга.

Младшие школьники с ОНР в большинстве случаев имеют низкий уровень развития узнавания букв: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, у них наблюдаются трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом.

Восприятие пространства рассматривается в настоящее время как результат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особенно важным является двигательно-кинестетический. При этом важное значение отво-

дится нормальному функционированию теменных отделов мозга (Лурия А.Р., Хомская Е.Д., Цветкова Л.С.).

Дети с недоразвитием речи в основном затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, также у них наблюдаются трудности ориентировки в собственном теле.

Способность устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в воспринимаемой (импрессивной) речи сохранна у детей данной категории, но в воспроизводимой (экспрессивной) речи дети с тяжелой речевой патологией часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные.

Однако пространственные нарушения у детей с речевыми нарушениями отличаются определенной динамичностью, стремлением к компенсации.

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредотачивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от модальности раздражителя (зрительный, слуховой): детям с патологией речи гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной, чем зрительной инструкции. Детям сложно сосредоточиться на речевой инструкции, часто они ее не дослушивают до конца, тяжело сконцентрировать внимание на анализе задания. Если задание состоит из нескольких действий, дети путают, забывают их последовательность.

Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет тенденцию к снижению в процессе работы. Рассеянность внимания, усиливающаяся по мере выполнения задания, свидетельствует о повышенной психической истощаемости ребенка. Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т.е. у детей с гиперактивным поведением.

Распределение внимания между речью и практическим действием для детей с патологией речи оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. При этом у них преобладают речевые реакции уточняющего и констатирующего характера, тогда как у детей с нормальным речевым развитием наблюдаются сложные реакции сопровождающего характера и реакции, не относящиеся к действию в данный момент.

В процессе обучения, например при написании диктанта, ученики должны внимательно слушать, что произносит педагог, и писать диктуемое. Одним из условий, способствующих успешному совмещению слушания и написания, является умение школьников распределять свое внимание; когда же ребенку с нарушением речи предлагают осуществлять какую-либо деятельность одновременно с выполнением другого задания (слушать и писать), ему бывает сложно справиться с поставленной перед ним задачей.

У детей с ОНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются этими детьми. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличается от нормы.

Все виды контроля за деятельностью (упреждающий, текущий и последующий) часто являются несформированными или значительно нарушенными, причем наиболее страдает упреждающий, связанный с анализом условий задания, инструкции педагога, и текущий виды контроля (в процессе выполнения задания). Последующий контроль (контроль по результату), его отдельные элементы проявляются в основном при дополнительной помощи педагога – повтор инструкции, показ образца, конкретные указания и т.д.). Особенности произвольного внимания у детей с недоразвитием речи ярко проявляются в характере отвлечений. Так, если для детей с нормой речевого развития в процессе деятельности характерна тенденция к отвлечению «на педагога», когда дети пытаются определить по его реакции, правильно ли они выполняют то или иное задание, то для детей с патологией речи преимущественными видами отвлечения являются следующие: «посмотрел в окно (по сторонам)», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания». Низкий уровень произвольного внимания у детей с тяжелыми нарушениями речи приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности (Усанова О.Н., Гаркуша Ю.Ф.)

Уровень слуховой памяти у детей с речевыми нарушениями понижается с понижением уровня речевого развития. Структура расстройств памяти зависит от преобладания нарушений в том или ином полушарии головного мозга. Так, нарушение объема памяти связано с дисфункцией левого полушария головного мозга, а трудности воспроизведения порядка предъявляемого материала – с дисфункцией правого полушария.

У данной категории детей заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нор-

мально говорящими детьми. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий. Дети, как правило, не используют речевые высказывания с целью уточнения инструкции (Белякова Л.И., Гаркуша Ю.Ф., Усанова О.Н., Фигередо Э.Л.)

Однако при имеющихся трудностях у детей данной категории остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания, а объем зрительной памяти практически не отличается от нормы.

У детей с тяжелыми речевыми нарушениями отмечается неумение в словесной форме обосновать свой ответ, частое использование при классификации ситуативного или ассоциативного признаков, в некоторых случаях использование метода проб и ошибок, что характерно для умственно отсталых детей. В то же время способность к переносу выработанного принципа в новую ситуацию, к установлению связей, абстракции, обобщению, выявленная у этих детей, более характерна для нормы (Соботович Е.Ф.)

У основной части детей с ОНР развитие невербального (не связанного с речью) интеллекта соответствует нижней границе нормы. Недоразвитие образного и понятийного мышления В.А. Ковшикова и Ю.А. Элькина связывают с недостатками в знаниях и наиболее часто – с нарушениями самоорганизации у таких детей. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей явлений. Нарушения самоорганизации касаются эмоционально-волевой и мотивационной сфер и проявляются в психофизической расторможенности, реже в заторможенности и отсутствии устойчивого интереса к заданию. Дети часто длительно не включаются в проблемную ситуацию или, наоборот, очень быстро приступают к выполнению заданий, но при этом оценивают проблемную ситуацию поверхностно, без учета всех особенностей задания. Другие приступают к выполнению заданий, но быстро утрачивают к ним интерес, не заканчивают их и отказываются работать, даже в случаях правильного выполнения заданий. При этом возможности правильного осуществления мыслительных операций у детей с недоразвитием речи, как правило, сохранены, что выявляется при расширении запаса знаний и упорядочении самоорганизации.

Особенности внутренней речи детей с ОНР проанализированы Е.И. Кириченко. Выявлено ее недоразвитие вследствие позднего становления речи внешней и недостаточной

ее автоматизированности. Автором отмечено отсутствие эгоцентрической речи у дошкольников с ОНР. Мыслительный процесс у них не сопровождается проговариванием вслух, что приводит, согласно теории Л.С. Выготского, к торможению развития внутренней речи и в конечном счете развития абстрактно-логического мышления. У детей с нарушениями познавательной деятельности по психоорганическому типу наблюдается значительное угнетение стремления к речевой активности по мере усложнения заданий. Такие дети отличаются нарушениями монологической речи, трудностями усвоения обобщенных способов действия, функции планирования и контроля.

У детей с ОНР отмечается недостаточность внутриречевых и собственно мыслительных процессов. Ведущее значение для динамики развития словесно-логического мышления, как считает Н.Ц. Василева, имеет степень сформированности речевых механизмов. В силу того что они первично нарушены, динамика развития словесного мышления у детей с ОНР растянута во времени и зависит не столько от возраста, сколько от скомпенсированности речевого дефекта.

Несмотря на наличие возрастной динамики словесного мышления, старшим школьникам с ОНР присуще отставание в развитии наглядно-образного мышления даже при достаточно скомпенсированном речевом дефекте. Оно проявляется в развитии некоторых механизмов, участвующих в процессе решения наглядно-образных задач схематического плана как на уровне процессов сравнения и аналогии в схематических изображениях, так и на этапе мысленной трансформации комплекса наглядных признаков и их комбинирования на уровне сложно структурированных зрительных образов. Данные трудности связаны с необходимостью вербализации (в плане внутренней речи) усложняющихся зрительно-пространственных схематических комбинаций.

Овладевая в целом полноценными предпосылками для развития мыслительных операций, доступных их возрасту, дети, однако, отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Недостатки наглядно-образного мышления у детей с недоразвитием речи могут иметь не только вторичный, но и первичный характер, вследствие недостаточности теменно-затылочных областей коры головного мозга. Для многих детей с общим недоразвитием речи характерна также ригидность мышления (Белякова Л.И., Гаркуша Ю.Ф., Усанова О.Н., Фигередо Э.Л.)

Дошкольники с речевыми нарушениями по уровню продуктивной деятельности воображения отстают от нормально развивающихся сверстников. Для детей с речевой патологией характерно использование штампов и однообразность, им требуется значительно больше времени для включения в творческую работу, в работе отмечается значительное количество и продолжительность пауз, истощение деятельности.

В целом для дошкольников с речевым недоразвитием характерны недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения. Отмечается более низкий уровень пространственного оперирования образами.

Ответы детей с недоразвитием речи по выполненным рисункам, как правило, односложны и сводятся к простому называнию изображенных предметов либо носят форму короткого предложения. Имеющиеся у детей речевое недоразвитие (бедный словарь, несформированность фразовой речи, многочисленные аграмматизмы и др.) в сочетании с отставанием в развитии творческого воображения создает серьезные препятствия для словесного творчества детей.

Воображение у младших школьников с речевыми нарушениями по параметрам беглости, гибкости и оригинальности также значительно ниже, чем у детей здоровых, структура воображения детей данной категории отличается рядом особенностей:

- снижение мотивации в деятельности;
- снижение познавательных интересов;
- бедный запас общих сведений об окружающем мире;
- нецеленаправленность деятельности;
- несформированность операционных компонентов;
- сложность в создании воображаемой ситуации;
- недостаточная точность предметных образов-представлений;
- непрочность связей между зрительной и вербальными сферами;
- недостаточная сформированность произвольной регуляции образной сферы.

Особенности личности, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферы детей с тяжелыми речевыми нарушениями

Речевые нарушения у детей могут также приводить и к нарушениям их эмоционально-волевой сферы, что может стать причиной возникновения патологических форм поведения.

В работах И.Ю. Левченко, Г.Х. Юсуповой показано, что личность дошкольника с ОНР характеризуется специфическими особенностями (заниженная самооценка, коммуникативные нарушения, проявления тревожности и агрессивности разной степени выраженности).

В дошкольном возрасте дети с нарушениями речи двигательны беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суетливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие пугливы, заторможены в новой обстановке, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки.

В младшем школьном возрасте, в отличие от детей с нормой речевого развития, у половины детей с нарушениями речи выявляется свойство гетерономности, то есть они отличаются пассивностью, сенситивностью, склонностью к зависимости от окружающих, к спонтанному поведению.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как концентричность – эксцентричность, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной речью, так и у учащихся с нарушенной речью, особенно у второклассников, свойства эксцентричности, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40 %) первоклассников как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся первых классов по сравнению со второклассниками связан с еще недостаточной адаптацией детей к условиям обучения в школе.

У первоклассников с речевыми нарушениями наблюдается более низкая работоспособность, которая взаимосвязана с выраженностью у половины детей стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На втором году обучения в школе у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям. Такое улучшение эмоционально-личностных качеств детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции.

Младшие школьники с ОНР оценивают свою общительность значительно ниже, чем сверстники с нормальной речью. При этом мальчики с ОНР меньше, чем девочки, осознают, что причиной их недостаточной общительности является речевой дефект. Но в целом младшие школьники с нарушениями речи недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев действительная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. В этом проявляется тенденция характеристики своего образа ближе к образу идеальному. При этом если переоценка своих возможностей в 1-х и 2-х классах может быть объяснена возрастной закономерностью как в норме, так и при нарушениях речевого развития, то аналогичное явление среди учащихся 3-х классов – особенностью личностной характеристики детей с тяжелыми нарушениями речи.

Исследования уровня притязаний младших школьников с нарушениями речи выявили, что в большинстве случаев реакция на неуспех оказывается нетипичной для нормы. Это выражается в том, что после удачно выполненного задания часть детей переходит не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с нарушениями речевого развития, стремление поддерживать успех даже на заниженном уровне. Особенно ярко нетипичный заниженный уровень притязаний проявляется у учащихся первого класса, однако реалистичский уровень притязаний к концу начальной школы формируется.

Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям (Ляпидевский С.С., Павлова С.И., Селиверстов В.И., Зайцева Л.А.) и лицам с нарушениями голоса (Орлова О.С., Гончарук Л. Е.).

Исследователи выделяют три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное) и три варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, их наличие, перерастание в навязчивые действия и состояния).

По степени фиксированности на своем дефекте выделяют следующие группы (Селиверстов В.И.).

Нулевая степень фиксированности на своем дефекте. Дети, которые не испытывают ущемления от осознания своей неполноценной речи или даже совсем не замечают ее. Эти дети

охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми, у них отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, к которой они относятся сознательно или бессознательно.

Умеренная степень. Дети, которые испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывая его и компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянно, тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта.

Выраженная степень. Дети с постоянной навязчивой фиксированностью на своем речевом недостатке. Эти дети постоянно концентрируют внимание на своих речевых неудачах, глубоко и длительно переживают их. Всю свою деятельность они ставят в зависимости от речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Расстройства в эмоционально-волевой, личностной сферах детей с нарушениями речи не только снижают и ухудшают их работоспособность, но и могут приводить к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации, в связи с чем особую значимость приобретает дифференцированная психопрофилактика и психокоррекция имеющихся у этих детей особенностей эмоционально-личностного развития.

Особенности различных видов деятельности детей с речевой патологией

Особенности общения ребенка с речевыми нарушениями становятся наиболее заметными в ходе контактов со сверстниками. В литературе отмечается нацеленность ребенка на процесс говорения при снижении способности извлекать информацию из общения (Ж. А. Тимофеева). Сам процесс коммуникации изобилует многочисленными конфликтами, так как недостаток полноценных форм общения провоцирует использование более примитивных форм, а именно демонстративных действий. Речевые и коммуникативные затруднения оказывают отрицательное влияние на установление и поддержание контактов со сверстниками во время игры, на формирование игры как деятельности.

Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окру-

жающими людьми. Взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря по сравнению с другими частями речи, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения, и нарушение коммуникативной функции выражается в снижении потребности в общении, несформированности форм коммуникации (диалогическая и монологическая речь), в особенностях поведения (незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм).

По данным О.С. Павловой, в структуре групп дошкольников данной категории детей действуют те же закономерности, которые имеют место в коллективе нормально говорящих детей, то есть уровень благоприятности взаимоотношений является достаточно высоким, число «предпочитаемых» и «принятых» детей гораздо превышает число «непринятых» и «изолированных». Между тем дети, как правило, затрудняются дать ответ о мотивах своего выбора товарища («Не знаю», «Он хорошо себя ведет», «Я с ним дружу, играю», «Его хвалит воспитатель» и т.п.), то есть достаточно часто у них оказывается очень сильной ориентация не на собственное личностное отношение к партнеру по игре, а на выбор и оценку его педагогом.

Среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые плохо владеют коммуникативными средствами, находятся в состоянии неуспеха во всех видах детской деятельности. Их игровые умения, как правило, развиты слабо, игра носит манипулятивный характер; попытки общения с детьми из-за их отвержения нередко приводят к агрессивному поведению вплоть до возникновения драки. Это дети, не успевающие на занятиях и в связи с этим порицаемые педагогом, с ограниченными речевыми возможностями, у них наблюдается суженный семантический кругозор, кроме того, они часто значительно отстают в своем психофизическом развитии от общего уровня группы.

Напротив, качествами, обеспечивающими лидерство, являются успех во всех видах деятельности (игровой, продуктивной, трудовой, учебной), достаточный уровень сформированности коммуникативных умений: слушать и понимать обращенную речь, излагать свои мысли последовательно (по уровню речевого развития лидеры группы находятся в самом благоприятном положении), наличие положительных черт характера, активность по отношению к детям и педагогам.

В игре такие дошкольники обычно чаще других предлагают сюжет, занимаются распределением ролей, берут на себя «главные роли», иногда подавляя инициативу других детей.

Кроме этого положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевого дефекта. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, как правило, имеют сравнительно хорошо развитую речь, а среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но имеющие более тяжелый речевой дефект.

В целом коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам обнаруживают значительное отставание от нормы. Обращает на себя внимание невысокий уровень развития игровой деятельности дошкольников с общим недоразвитием речи: бедность сюжета, процессуальный характер игры, низкая речевая активность. Для большинства таких детей характерна крайняя возбудимость, которая связана с различной неврологической симптоматикой, в связи с чем игры, не контролируемые воспитателем, обретают порой весьма неорганизованные формы. Часто дети данной категории вообще не могут занять себя каким-либо делом, что говорит о недостаточной сформированности у них навыков совместной деятельности. Если дети выполняют какую-либо работу по поручению взрослого совместно, то каждый ребенок стремится сделать все по-своему, не ориентируясь на партнера, не сотрудничая с ним. Подобные факты говорят о слабой ориентации дошкольников с недоразвитием речи на сверстников в ходе совместной деятельности, о низком уровне сформированности их коммуникативных умений, навыков сотрудничества.

Изучение общения у детей с тяжелой речевой патологией показывает, что у большинства старших дошкольников преобладает ситуативно-деловая форма, что характерно для нормально развивающихся детей 2–4-летнего возраста. Предпочитаемым видом коммуникации для большинства из них является общение со взрослым, выступающее на фоне игровой деятельности, которая у детей данного возраста отличается не только содержательной бедностью, но и структурной недостаточностью используемой в ней речевой продукции: игровые действия детей практически не сопровождаются речью, если же речевое сопровождение присутствует, то, как правило, выражается отдельными словами и словосочетаниями, реже короткими фразами.

У небольшой части детей с речевой патологией явно преобладает внеситуативно-познавательная форма общения. Они с интересом откликаются на предложения педагога, взрослого почитать книги, достаточно внимательно слушают несложные занимательные тексты, но по окончании чтения книги организовать с ними беседу достаточно трудно – как правило, дети почти не задают вопросов по содержанию прочитанного, не могут сами пересказать услышанное в силу несформированности репродуцирующей фазы монологической речи. Даже при наличии интереса к общению со взрослыми ребенок в процессе беседы часто перескакивает с одной темы на другую, познавательный интерес у него кратковременен, а беседы длятся недолго (5–7 минут).

Наблюдения за процессом общения детей со взрослыми в режимных моментах и в различных видах деятельности показывают, что практически у половины детей с недоразвитием речи не сформирована культура общения со старшими: обращение ко взрослому часто носит фамильярный характер, отсутствует соблюдение уважительной дистанции, нередко тон общения отличается крикливостью и резкостью в назойливом требовании исполнения своего желания. Другая же половина детей данной категории вообще старается отгородиться от взрослых. Замыкаются в себе, очень редко обращаются к старшим, стесняются и избегают контактов с ними.

В общении ребенка с тяжелыми нарушениями речи невербальной коммуникации принадлежит ведущая роль на протяжении длительного времени. Дети с ОНР очень критично относятся к имеющейся у них речевой недостаточности и во многих моментах стараются избегать речевого ответа, значение использования невербальных средств коммуникации возрастает. В то же время актуальной становится проблема владения дошкольниками с ОНР навыками распознавания и использования невербальных средств общения.

Расхождение биологического и социального планов развития детей с речевыми нарушениями рождает некоторую недоступность преподносимой знаковой информации, что затрудняет процесс опознавания поведения другого человека и, как следствие, снижает внимание к человеку вообще. Все это приводит к нарушению адаптации. Приспособительные механизмы страдают в сфере визуального контакта, так как у детей данной категории отмечается недостаточность различных видов восприятия, в первую очередь зрительного, пространственного. У данной категории детей отсутствует прочная и адекватная связь слова со зрительным образом. Поэтому большинство детей с ОНР могут определить смысло-

вое поле состояния человека по экспрессии лица, но не могут правильно вербализировать ответ. Неадекватное восприятие порождает неадекватное поведение детей с нарушениями речи, что воспринимается другими как непонимание.

Игровая деятельность у детей с речевыми нарушениями

Для дошкольников, имеющих различные речевые расстройства, игровая деятельность сохраняет своё значение и роль как необходимое условие всестороннего развития их личности и интеллекта. Однако недостатки звукопроизношения, ограниченность словарного запаса, нарушения грамматического строя речи, а также изменения темпа речи, ее плавности – всё это, выраженное в разной степени у детей с речевыми нарушениями, влияет на их игровую деятельность, порождает определенные особенности поведения в игре. Так, например, дети со сложными формами дислалий, с ринолалиями и дизартриями нередко теряют возможность совместной деятельности со сверстниками в игре из-за неправильного звукопроизношения, неумения выразить свою мысль, боязни показаться смешным, хотя правила и содержание игры им доступны. Ослабленность условно-рефлекторной деятельности, медленное образование дифференцировок, нестойкость памяти затрудняют включение этих детей в коллективные игры. Нарушение общей и речевой моторики, особенно у дизартриков, вызывает быстрое утомление ребенка в игре. У детей с речевыми нарушениями нередко возникают трудности при необходимости быстрой переделки динамического стереотипа, поэтому в играх они не могут сразу переключаться с одного вида деятельности на другой. Дети с пониженной активностью коры, склонные к тормозным процессам, проявляют в игре робость, вялость, их движения скованны, они быстро утомляются. Детям с повышенной возбудимостью не хватает сосредоточенности, внимания и настойчивости в доведении игры до конца. Неуравновешенность, двигательное беспокойство, суетливость в поведении, речевая утомляемость затрудняют включение в групповую игру.

Для детей с алалией, у которых нередко наблюдается и значительная задержка интеллектуального развития, содержание игр и их правила долгое время остаются недоступными. Игры детей с алалией носят однообразный, подражательный характер. Чаще они производят манипулятивные, а не игровые действия с игрушкой. Ребенок, лишенный речи, воспринимает окружающую действительность поверхностно, поэтому его игра

не имеет замысла и целенаправленных действий. В коллективе говорящих сверстников дети-алалики держатся в стороне или, играя вместе с другими детьми, выполняют только подчинительные роли, не вступают в словесные взаимоотношения. Игра для ребенка с алалией проходит без замысла, действия её участников зачастую бывают непонятны ребенку. Даже в дальнейшем, когда ребенок приобретает на логопедических занятиях определенный запас слов и навыки фразообразования, в игре эти навыки он самостоятельно не использует. Слово в игре употребляется в основном для называния предметов, при этом отсутствует название действий с ними.

Заикающиеся дети ведут себя в игре иначе. Игра вызывает затруднение в тех случаях, когда заикающиеся сопровождаются болезненными переживаниями ребенка, страхом речи. Эти дети робки, не верят в свои силы, не умеют поставить себе цель в игре. Они чаще выступают в играх зрителями или берут на себя подчиненные роли. С усилением заикания дети становятся более замкнутыми, просто отказываются от игр со сверстниками. Иногда наблюдаются случаи, когда заикающийся дошкольник в играх отличается неоправданно повышенной фантазией, резонерством, не критичностью к своему поведению.

Игровая деятельность детей с речевой патологией складывается только при непосредственном воздействии направляющего слова взрослого и обязательного повседневного руководства ею. На первых этапах игровые действия протекают при очень ограниченном речевом общении, что порождает сокращение объема игр и их сюжетную ограниченность. Без специально организованного обучения игра, направленная на расширение словаря и жизненного опыта детей с речевыми нарушениями, самостоятельно не возникает. Основные свои знания и впечатления дети получают только в процессе целенаправленной игровой деятельности.

Изобразительная деятельность у детей с речевыми нарушениями

У детей с речевой патологией часто наблюдаются нарушения моторики, что указывает на недостаточное развитие тактильно-моторных ощущений, являющихся организующим моментом любой деятельности. Эти нарушения влияют, прежде всего, на способность детей к изобразительному творчеству. У детей с алалией наблюдается узость тематики рисунков и многократные повторения темы, отсутствие способов изображения предметов и явлений, бедность приемов лепки и конструирования, неумение владеть ножницами и т.д. И даже дети, владеющие элементарными техническими приемами в изобразительной

деятельности, не проявляют при этом достаточной усидчивости, воли и внимания в своих занятиях. Снижено и критическое отношение к чужой и своей работе.

Для детей с речевой патологией характерно своеобразие учебной деятельности. Например, заикающимся детям свойственна неустойчивость учебной деятельности. Наблюдается зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает. Изменение привычных условий приводит к неустойчивости деятельности, рассеиванию внимания. Затруднения вызывают задания, связанные с переключением с одного вида деятельности на другой. При выполнении заданий, требующих интеллектуального и волевого усилий, наблюдается переход с заданного вида работы на более привычный, освоенный ранее. У некоторых наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Они с трудом анализируют образец, с трудом находят и сопоставляют ошибки при списывании текста. Эти дети испытывают определенные трудности в процессе оценки только что выполненных устных упражнений, когда нужно, обдумывая собственный ответ и приготовив соответствующие примеры, следить за ответом своих товарищей, помогать им в случае затруднений, исправлять неправильные ответы. В процессе чтения они не замечают собственных ошибок, ошибок своих товарищей, при чтении «по ролям» диалогов произносят «свои» слова несвоевременно, иногда читают слова других лиц. Характерные для заикающихся неустойчивость деятельности, слабость переключения, пониженный самоконтроль не могут не отразиться на их общей организованности. Они испытывают определенные трудности при организации собственной деятельности: трудности «вхождения» в работу, не прилагают эмоционально-волевых усилий для их преодоления. Неорганизованность учебной работы приводит к механическим приемам выполнения заданий. Поэтому в ходе подготовки к урокам такие дети предпочитают заучивать, а не осмысливать прочитанное.

Таким образом, комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и может приводить к изоляции этих детей в коллективе сверстников. В связи с этим требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с выраженными нарушениями речи к условиям и требованиям социума.

Рекомендации по сопровождению детей с речевыми нарушениями в массовых образовательных учреждениях

Многие специалисты образовательных учреждений не знают особенностей развития речи и познавательной деятельности детей с речевыми нарушениями, а процент обучения данной категории детей в массовом учреждении достаточно велик. Поэтому необходимо решить вопрос повышения квалификации педагогических кадров по направлению «Специальная психология и коррекционная педагогика», что поможет учителю, с одной стороны, увидеть особенности развития детей с речевыми нарушениями, а с другой стороны – потенциальные возможности и уровень обучаемости этих детей. Знание специфических методов и приемов в работе с данной категорией детей позволит педагогам улучшить результаты учебной деятельности учеников и повысить эффективность своей работы.

Как говорилось выше, у детей с речевыми нарушениями наблюдается снижение по сравнению с возрастной нормой познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов: меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления действительности; у них затруднена развернутая связная речь. Со стороны эмоционально-волевой сферы также наблюдается ряд особенностей: повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроения и др.

Психокоррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, направленных на устранение неблагоприятного воздействия указанных выше социальных факторов, на улучшение общего психического состояния ребенка, на формирование у него интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания. Эффективность психолого-педагогической коррекции будет во многом определяться специальными занятиями с ребенком.

Важную роль играет сотрудничество между образовательным учреждением и семьей. Для специалистов, работающих с детьми с разной речевой патологией, взаимодействие с родителями приобретает все большую значимость. Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей (Левченко И.Ю., Ткачева В.В.). Именно нарушение речи или ее полное

отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в детско-родительских отношениях. Проблемы речевого развития ребенка выступают как фактор, снижающий возможности его социального общения. Такой ребенок может рассматриваться родителями как имеющий меньшие социальные перспективы в будущем.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями в системе инклюзивного образования необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополняемости медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Основными идеями, определяющими содержание взаимодействия различных специалистов, сопровождающих процесс инклюзивного образования детей с речевыми нарушениями, комплексность коррекционно-развивающей работы с такими учениками, работы по преодолению или предупреждению у школьников с нарушениями устной и письменной речи школьной дезадаптации, являются следующие:

1. Единство коррекционных, образовательных и воспитательных задач. Принцип коррекционной направленности общеобразовательных уроков и внеклассной работы.
2. Развивающий характер работы и формирование качеств личности ребенка.
3. Достижение успеха на каждом занятии как важнейшее средство стимуляции познавательной деятельности детей.

Психолого-дидактические принципы инклюзивного обучения детей с речевыми нарушениями:

1. Введение в содержание обучения разделов, которые предусматривают восполнение пробелов предшествующего развития, формирование готовности к восприятию наиболее сложного программного материала.
2. Использование методов и приемов обучения с ориентацией на «зону ближайшего развития» и «зону вариативного развития» ребенка, создание оптимальных условий для реализации его потенциальных возможностей.
4. Коррекционная направленность учебно-воспитательного процесса, обеспечивающего решение задач общего развития, воспитания и коррекции познавательной деятельности и речи ребенка, преодоление индивидуальных недостатков развития.
5. Определение оптимального содержания учебного материала и его отбор в соответствии с поставленными задачами.

Среди коррекционных задач особо выделяются и имеют методическую обеспеченность следующие:

1. Развитие познавательной активности детей (достигается реализацией принципа доступности учебного материала, обеспечением «эффекта новизны» при решении учебных задач).
2. Развитие общинтеллектуальных умений: приемы анализа, сравнения, обобщения, навыки группировки и классификации.
3. Осуществление нормализации учебной деятельности, формирование умения ориентироваться в задании, воспитание навыков самоконтроля, самооценки.
4. Развитие словаря, устной монологической речи детей в единстве с обогащением ребенка знаниями и представлениями об окружающей действительности.
5. Осуществление логопедической коррекции нарушений речи.
6. Осуществление психокоррекции поведения ребенка.
7. Проведение социальной профилактики, формирование навыков общения, правильного поведения.

Одной из основных задач педагогической работы с детьми с речевыми нарушениями является формирование у них психологической готовности, достаточного уровня общего развития и умственных способностей.

Очень важно с первых дней пребывания в школе сформировать у детей интерес к урокам, желание учиться и выполнять задание учителя. Этому способствует внимательное отношение учителя к ученикам, готовность прийти на помощь, спокойный тон, поощрение малейших успехов. Успех формирует у ребенка веру в себя, стимулирует его активность. Необходимо всемерно поддерживать хорошее отношение ребенка к школе, учению. В этом должны большую помощь оказывать родители, постоянно расспрашивая таких детей о школьной жизни, при этом абсолютно исключив порицания за школьные неудачи. Нужно специально учить ребенка учиться: обращать на него внимание и возвращать к выполнению задания, если он отвлекся, давать специальное задание на осознание способа действия, формировать самоконтроль: учить проверять, находить собственные ошибки, поощрять любые самоисправления, даже если из-за них в тетрадях возникает грязь. Пока самоконтроль недостаточно сформирован, нужен повышенный контроль со стороны педагога.

Коррекционную направленность обучения обеспечивает набор дисциплин, к которым относятся ознакомление с окружающим миром и развитие речи, ритмика, трудовое обу-

чение. Введение специально разработанных вышеуказанных учебных курсов позволяет обеспечивать максимальное погружение ребенка в активную речевую среду, повышать его двигательную деятельность, корригировать эмоциональный тонус, дает возможность формировать основные этапы учебной деятельности, в том числе ориентировочный этап и этап самоконтроля и самооценки, улучшать мотивацию учебно-познавательной деятельности.

При обучении совместно с коррекционной работой необходимо включать в урок игровую деятельность. Но если в игре, ведущей деятельности дошкольника, важен сам процесс исполнения разных ролей, то в учебной деятельности важны результативность, обязательность и произвольность.

Большое значение в учебно-воспитательном процессе имеет индивидуальный подход к учащимся. Учителю необходимо изучить личные дела детей, протоколы их обследования при поступлении в школу, иметь представление о выраженности основного дефекта, о сопутствующих отклонениях, знать о физическом здоровье каждого, о социально-бытовых условиях жизни.

Основные направления коррекционной работы:

1. Совершенствование движений и сенсомоторного развития:
 - развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук; развитие навыков каллиграфии;
 - развитие артикуляционной моторики.
2. Коррекция отдельных сторон психической деятельности:
 - развитие зрительного восприятия и узнавания;
 - развитие зрительной памяти и внимания;
 - формирование обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина);
 - развитие пространственных представлений и ориентации;
 - развитие представлений о времени; развитие слухового внимания и памяти;
 - развитие фонетико-фонематических представлений, формирование звукового анализа.
3. Развитие основных мыслительных операций:
 - формирование навыков соотносительного анализа;
 - развитие навыков группировки и классификации (на базе овладения основными родовыми понятиями);
 - формирование умения работать по словесной и письменной инструкции, алгоритму;
 - формирование умения планировать свою деятельность;
 - развитие комбинаторных способностей.

4. Развитие различных видов мышления:
 - развитие наглядно-образного мышления;
 - развитие словесно-логического мышления (умение видеть и устанавливать логические связи между предметами, явлениями и событиями).
5. Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы (релаксационные упражнения для мимики лица, драматизация, чтение по ролям и др.).
6. Развитие речи, владение техникой речи.
7. Расширение представлений об окружающем и обогащение словаря.
8. Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Не увлекайтесь!

Чрезмерное количество разнообразных видов деятельности, используемых учителем в ходе урока, приводит к быстрой утомляемости детей, следствием которой является неосознанное переключение внимания с выполняемого задания на что-то другое, оказавшееся в поле их зрения, т.е. происходит отвлечение внимания от главной задачи.

Известно, что в младшем школьном возрасте наглядный материал усваивается лучше вербального. Форма предъявления материала особенно важна для детей с нарушениями речи. Преобладание наглядной памяти над словесной у таких детей гораздо выше, чем у их сверстников с нормальным развитием. Однако главный упор на этот вид памяти делать нецелесообразно, так как иначе затормозится развитие вербальной памяти, которая в перспективе должна играть центральную роль. Необходимо при ознакомлении детей с новым материалом широко применять наглядные средства, а при закреплении знаний постепенно переходить к словесным методам.

Психолого-педагогические технологии работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, в условиях образовательной интеграции (инклюзии)

Разработать тактику помощи детям с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата возможно только на основе знаний о конкретном нарушении, имеющемся у ребенка, и понимании компенсаторных возможностей, на которые можно будет опираться при обучении и воспитании.

К категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) относятся:

- I. Дети с заболеваниями нервной системы, а именно:
 - с детскими церебральными параличами;
 - с последствиями полиомиелита;
 - с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.);

II. Дети с врожденными патологиями опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство)

III. Дети с приобретенными недоразвитиями или деформациями опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности:

- при тяжелой степени дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Навыки самообслуживания у них не сформированы;
- при средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа);
- при легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В связи с тем что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89 % детей с нарушениями опорно-двигательного

тельного аппарата – это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Современная статистика только по Москве насчитывает около 9000 инвалидов детства с ДЦП). Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике детей, страдающих церебральным параличом.

Детский церебральный паралич – это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Двигательные нарушения очень часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций других анализаторных систем. При этом все расстройства имеют разную степень выраженности, варьируясь от легких до грубейших нарушений, где могут наблюдаться различные их сочетания. Важно отметить, что ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние детей, как правило, улучшается.

Специфические особенности двигательного развития детей с ДЦП

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания всех двигательных функций нарушены:

- Наличие примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возрастного этапа. В норме врожденные рефлексы (рефлекс Моро, хватательный, рефлекс отталкивания и др.) угасают к 3 месяцам жизни, создавая благоприятную основу для развития произвольных движений. У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают на первом году жизни, а обычно усиливаются и в последующие годы остаются стойкими, что сказывается на сильной задержке в формировании произвольных двигательных актов.
- С большим трудом и опозданием формируются основные моторные функции – такие, как удержание головы в вертикальном положении; повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину; навыки сидения; ползания; прямохождения; ходьба; манипулятивная деятельность.

Следует отметить общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП:

- Нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония). Мышечная гипертония наблюдается при спастической и гемипаретической форме ДЦП. Атопически-астатическая форма сопровождается мышечной гипотонией. При гиперкинетической форме имеет место изменчивый тонус: в покое мышцы кажутся расслабленными, а при попытке совершить произвольное движение тонус резко возрастает и гиперкинезы усиливаются.
- Наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, предметной, игровой, учебной и других видов деятельности. Но очень важно понимать, что ДЦП – это не неспособность двигаться вообще, а неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения. В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида церебрального паралича: тетраплегия (поражение всех четырех конечностей); диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела); моноплегия (поражение одной конечности).
- Наличие насильственных движений (гиперкинезы и тремор).

Всё это препятствует своевременному формированию предметной, игровой, учебной и других видов деятельности, негативно сказывается на речи и письме.

- Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие дети затрудняются бросить мяч в

цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место.

- Сдружественные движения (синкинезии). У детей с ДЦП часто наблюдаются патологические синкинезии, когда выполнение любого произвольного движения сопровождается непроизвольными движениями в других частях тела. В первую очередь вовлекаются наиболее пораженные конечности. Например, ребенку предлагается взять игрушку, поднять руку и др. В ответ мы видим, как пораженная нога сгибается в колене, приводится к туловищу и т.д. У детей с церебральным параличом отмечаются также оральные синкинезии, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непровольное открывание рта. Наличие патологических синкинезий усложняет и затрудняет формирование произвольных движений и освоение различных видов деятельности.
- Наличие защитных рефлексов. Непроизвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.
- Нарушение ощущения движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и ребёнку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений. Всё это приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности.
- Наличие позотонических рефлексов, которые относятся к безусловно-рефлекторным двигательным автоматизмам. К позотоническим рефлексам относят: лабиринтный тонический рефлекс; асимметричный тонический шейный рефлекс; симметричный тонический шейный рефлекс. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни они угасают и не проявляются, что создаёт оптимальные условия для развития условных движений. При ДЦП отмечается запаздывание в угасании данных рефлек-

сов. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных умений и навыков. Стойкость позотонических рефлексов не только нарушает последовательный ход развития двигательных функций, но и является одной из причин формирования патологических поз, движений и деформаций у детей с церебральным параличом. Вопрос о влиянии позотонических рефлексов на структуру двигательных и речевых нарушений у детей с церебральным параличом рассмотрен в специальной медицинской литературе (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская, 1980). В целом позотонические рефлексy оказывают патологическое влияние на моторное и психическое развитие ребенка с ДЦП.

Формы детского церебрального паралича

В настоящее время в нашей стране принята классификация ДЦП К. А. Сменовой. Данная классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания — двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича.

1) *Спастическая диплегия*. Это наиболее распространённая форма ДЦП, встречающаяся в среднем у 50% детей с церебральным параличом. При данной форме имеются двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем ноги поражены сильнее, чем руки. Степень поражения рук может быть различной — от выраженных ограничений в объеме и силе движений и до легкой моторной пеловкости. При спастической диплегии основным признаком является повышение мышечного тонуса в нижних конечностях с ограничением объема и силы движений. Выраженные симптомы спастической диплегии обнаруживаются уже в первые дни жизни ребенка. При купании и пеленании появляется повышенный тонус мышц, проявляющийся в тугоподвижности, сопротивлении пассивным движениям. У детей отмечается вынужденное положение конечностей, при котором бедра повернуты внутрь, колени прижаты друг к другу. Дети начинают ходить с опозданием. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает осанку, затрудняет стояние и ходьбу. Обе ноги при попытке встать или лечь приводятся в движение одновременно. Относительно легкое нарушение двигательных функций рук позволяет пользоваться ими: ребенок помогает себе при передвижении и во время ходьбы (при спонтанном комплексном лечении ходьба осваивается), дает возможность развивать и формировать навыки самообслуживания, трудовые навыки, навыки письма и т. д.

Интеллектуальное развитие данной категории детей часто находится на нижней границе возрастной нормы и компенсируется в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием систематических занятий со специальным психологом. У 70—80% детей со спастической

дизлексией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже – моторной алалии. При ранней коррекционно-логопедической помощи речевые расстройства наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеет умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы VIII вида.

Прогноз при данной форме заболевания благоприятный в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятный в отношении становления двигательных функций. Степень социальной адаптации высокая и может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

2) *Двойная гемиплегия*. Самая тяжелая форма ДЦП, встречающаяся где-то у 5% детей с церебральным параличом. Диагностируется уже в период новорожденности. Характеризуется тяжелыми двигательными нарушениями во всех четырех конечностях, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее. Развитие двигательных функций крайне затруднено. Дети не держат голову, не сидят, не стоят и не ходят. Не развиваются предпосылки к самостоятельному передвижению, формированию навыков самообслуживания. Однако ранняя и систематическая работа по физическому воспитанию в сочетании со всеми видами консервативного лечения может привести к улучшению в состоянии.

Интеллект страдает больше, чем при других формах ДЦП. Интеллектуальное развитие детей соответствует олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или идиотии. В речевом развитии отмечаются грубые нарушения по типу анаррии (речь полностью отсутствует либо произносятся отдельные звуки, слоги). Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы.

3) *Гемипаретическая форма* наблюдается в среднем у 20% детей с ДЦП. Характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Чаще отмечается более тяжелое поражение руки. Мышечный тонус в руке высокий, она согнута и локтевом суставе, приведена к туловищу; кисть опущена и сжата в кулак. Если ребенок не пользуется пораженной рукой, то со временем наблюдается ее отставание в росте. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушения функции счета, может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечаются нарушения эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной лабильности. Овладение возрастными двигательными навыками происходит с опозданием. Дети начинают ходить в 2–3 года.

Патология речи отмечается у 30–40 % детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Интеллектуальное развитие варьируется от нижней границы возрастной нормы до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда про-

порциопально тяжести двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития благоприятный при своевременном адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно, навыки самообслуживания формируются. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются интеллектуальными возможностями ребенка, а не тяжестью двигательных нарушений.

4) *Гиперкинетическая форма* встречается примерно у 15% детей с церебральным параличом. Характеризуется двигательными расстройствами, проявляющимися в виде насильственных непроизвольных движений — гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4–6 мес. в мышцах языка, и только к 10–18 мес. появляются в других мышечных группах: мышцы лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, достигая максимального развития к 2–3 годам жизни. Гиперкинезы возникают непроизвольно, исчезают во сне и уменьшаются вдвое, усиливаются при движении и волнении, утомлении и эмоциональном напряжении.

Гиперкинезы часто сочетаются с изменениями мышечного тонуса по типу дистонии, переходом от низкого тонуса к тоническим спазмам в определенных группах мышц. Так как гиперкинезы не могут подавляться волевым усилием, осуществление произвольных движений затруднено. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2–4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4–7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте большим труднее, чем идти. Наличие насильственных движений в мышцах верхних конечностей затрудняет развитие манипулятивной, предметной, игровой, изобразительной и других видов деятельности и навыков самообслуживания. 90% детей с гиперкинетической формой ДЦП имеют речевые нарушения, чаще всего в форме гиперкинетической дизартрии. Нарушения слуха наблюдаются у 5–20%, у 10–15% отмечаются судороги. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллектуальное развитие в большинстве случаев находится в границах возрастной нормы. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей (К. А. Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Обучение данной категории детей при сохранном интеллекте может осуществляться в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе), а также в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Некоторые из них учатся в школе для умственно отсталых детей, что бывает обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющих освоить письмо. По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

5) *Атонически-астатическая форма* наблюдается в среднем у 10% детей с ДЦП и характеризуется, прежде всего, низким мышечным тонусом и несформированностью реакций равновесия тела в покое и при

ходьбе, нарушением координации движений и динамическим тремором. На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (дети долго не могут держать голову, сидеть начинают в 1,5–2 года, стоять и ходить в 6–8 лет), функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Походка характеризуется неустойчивостью. Для сохранения равновесия дети ходят, широко расставляя ноги в стороны, пошатываясь, однако часто падают. Траектория движения зигзагообразная. Дети испытывают существенные затруднения при совершении многих моторных актов: им трудно стоять, перешагивать препятствия, совершать повороты, прыжки, бегать и др. Все движения отличаются неточностью и ниссоразмерностью. Часто отмечается нарушение ритма движений, они затрудняются ходить под музыку в заданном ритме и темпе; при ходьбе координация движений рук и ног рассогласована. Тремор и нарушения координации движений рук сказываются на формировании навыка письма: буквы «пляшут», они неровные и чрезмерно большие, письмо прерывистое. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия. В 55% случаев у детей с атопически-астатической формой ДЦП отмечается олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

У большинства детей отмечается смешанный характер заболевания, проявляющийся в сочетании разных форм ДЦП. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Поэтому очень важно рассмотреть специфические особенности развития познавательной и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП.

Развитие познавательной сферы детей с детским церебральным параличом

Считается, примерно что 20–25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Задержка психического развития встречается приблизительно у 50% детей с церебральным параличом, и олигофрения имеет место у 25% детей с ДЦП. Но при всём этом нет прямой зависимости между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических процессов. Важную роль в психическом развитии играют условия адекватного воспитания и обучения. Главные особенности познавательной де-

тельности и всей личности ребенка с ДЦП – это выраженная диспропорциональность, неравномерность, нарушение темпа развития и качественное своеобразие.

Также важно заметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей – таких, как:

- нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП;
- выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

Выделим специфические особенности развития познавательной сферы детей с церебральным параличом. Следует отметить нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Ребёнок застрекает на отдельных элементах. Отмечаются трудности формирования произвольного внимания.

При всех формах церебрального паралича происходит задержка и нарушение развития кинестетического анализатора. Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля. Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов наощупь затруднены.

Нарушается процесс активного восприятия окружающего мира. В силу двигательного дефекта затрудняется перцептивная активность, которая в свою очередь ведёт к задержке развития свойств восприятия, таких как активность, предметность, целостность, структурность и др. Всё это негативно сказывается на формировании образа восприятия и развитии зрительно-предметного восприятия в целом. Нарушен целостный образ предметов, стратегия восприятия фрагментарна. Ребенок плохо узнает предметы окружающего мира, не может соотнести эти предметы с их изображением. Затрудняется в узнавании усложненных вариантов предметных изображений. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти важную деталь на картинке.

Недостаточность сенсорно-перцептивного развития связана с низким уровнем кинестетического, зрительного и слухового восприятия. Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы – круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Отмечаются нарушения пространственного восприятия. У детей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке. Выражены нарушения схемы тела, с запозданием формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела, затруднена дифференциация правой и левой стороны тела, многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, сверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около).

Нарушение восприятия приводит к задержке психического развития и сказывается на овладении учебными предметами, поскольку именно оно составляет фундамент всей психической познавательной системы.

Нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Двигательная память развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, поэтому на начальных этапах обучения она помогает осваивать счет и чтение. Однако наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно дети с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей.

У детей с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием и весьма своеобразно; так как ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинают развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления и не основываясь на чувственном опыте. Задержка в

развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что мыслительные операции формируются с запозданием. Дети с трудом устанавливают сходство, различия, причинно-следственные связи, обобщают. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей, чаще всего по цвету. Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными патологическими особенностями, которые начинают проявляться в доречевой период (у детей наблюдается малая активность звуковых проявлений, их лепет беден, фрагментарен). Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны (первые слова появляются к 2–3 годам, фразовая речь – к 3–5 годам). Мелодико-интонационная сторона речи также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, интонации невыразительны. У 60–70% детей с ДЦП отмечается дизартрия.

При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонстико-фонематической. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов и абстрактных понятий. Часто отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом. При ДЦП речевые расстройства затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

Развитие всех видов деятельности у детей с ДЦП проходит своеобразно, связано это в основном с двигательной патологией. Так как предметные действия затруднены и зрительно-моторная координация зачастую не сформирована, предметная деятельность развивается со значительным опозданием. А это

в своё время негативно сказывается на становлении игровой деятельности. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. Целенаправленно-грамотное психолого-педагогическое сопровождение детей и проведение коррекционно-развивающей работы с ними по обучению игровой деятельности с показом игровых действий и ситуаций изменяет характер игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, возникает использование предметов-заместителей, временная продолжительность игры возрастает. Особое внимание уделяется навыкам самообслуживания. Трудности развития этих навыков связаны с особенностями заболевания. У многих детей отмечается апраксия, т.е. неумение выполнять целенаправленные практические действия. Такие дети с особым трудом осваивают навыки одевания, раздевания.

Основным условием развития предметной, игровой, трудовой, учебной и других видов деятельности у ребенка с ДЦП является проводимая с ним систематическая коррекционно-развивающая работа по формированию основных структурных компонентов каждого из видов деятельности.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП

Развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфические особенности формирования эмоционально-волевой сферы детей с церебральным параличом могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). При этом степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой сферы.

По эмоционально-волевым проявлениям детей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы. В одном случае дети с повышенной возбудимостью, чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Эти дети эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми,

раздражительными, плаксивыми. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом.

У более многочисленной группы детей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие дети отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории детей отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением. В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание ребенка и реакция на физический дефект.

Почти у всех детей с ДЦП проявляется личностная незрелость, которая выражается в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Обобщив вышеизложенное, можно отметить, что психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Поэтому перед специалистами, работающими с детьми данной категории, встает важная задача — оказание психолого-педагогической и социальной помощи в профилактике и коррекции этих нарушений.

Рекомендации для педагогов, работающих с детьми, имеющими нарушения функций опорно-двигательного аппарата

Педагогу важно знать и учитывать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни и обучения. Наше воздействие на ребенка, имеющего отклонения в развитии, должно способствовать достижению двух целей:

- 1) *Ребенок должен чувствовать себя комфортно.* Мы всегда должны учитывать состояние ребенка в конкретный момент времени. Важно помнить, что первая наша задача – создать базис, на основе которого ребенок сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность. Только после этого мы вместе с ним сможем сделать следующий шаг в познании окружающего мира.
- 2) *Границы возможностей ребенка должны расширяться.* Важно стимулировать все способности ребёнка и добиваться его максимально возможной самостоятельной активности, даже если она недостаточна.

Первая глобальная задача специалистов состоит в разработке оптимального индивидуального плана обучения ребенка; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом соответствует потребностям ребенка на каждой стадии его школьной жизни. Несомненно, во внимание принимаются и местные условия, и расстояние до школы, и необходимость пользоваться транспортом, и оборудованные пандусами крыльцо и лестницы в школе и т.д. Еще одна крайне важная деталь – особенности самого ребенка. Темперамент и интеллектуальные способности значат не меньше, чем физические нарушения. Например, у двоих детей с церебральным параличом средней тяжести могут быть совершенно разные потребности. Один из них – открытый, легко сходится с другими детьми, любые соревнования с товарищами его только вдохновляют. Он вполне может посещать обычную школу и нуждается лишь в психолого-педагогической поддержке. Другой, обладая теми же физическими нарушениями, плохо переносит шум, возбужденную и суетливую обстановку. Ему лучше учиться в маленьком коллективе, где царит покой и где его будут постоянно поощрять к действиям. Для таких гиперчувствительных и робких детей идеально подходят специальные классы в обычной школе. Такие классы время от времени присоединяются к ос-

новым, нередко проводятся совместные уроки музыки и внеклассные занятия, что позволяет детям постепенно привыкать к большому коллективу.

Важно отметить несколько практико-ориентированных рекомендаций для педагогов, которые они должны соблюдать при работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:

- 1) Так как у данной категории детей при сохранном интеллекте идёт «диссоциативное» развитие психики (т.е. отмечается неравномерность развития, когда какие-либо знания и умения ребенка могут быть развиты больше, чем должно быть в его возрасте, и при этом другие знания и умения недостаточно сформированы), перед началом обучения необходимо изучить клинико-психолого-педагогический статус ребёнка, составленный ПМПК.
- 2) У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; педагог должен приближаться к ребёнку со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.
- 3) Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).
- 4) На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.
- 5) В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.).
- 6) Для детей с усиленным слюноотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны учителя с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки – контроля за слюноотечением.
- 7) Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

- 8) На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.
- 9) Так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный, следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время.
- 10) Ребёнку с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата необходима сопровождающая помощь дефектолога, специального психолога и логопеда.
- 11) По возможности в школе необходимо создать специальную коррекционную предметно-развивающую среду в соответствии с ведущими линиями развития ребёнка¹¹.

Дифференцированный и индивидуальный подход, а также создание благоприятных условий обучения, учитывающих индивидуальные типологические и специфические особенности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, поможет ребёнку лучше усваивать общешкольную программу.

¹¹ Оборудование, необходимое для создания предметно-развивающей среды, представлено в приложении.

Нормативно-правовая база развития образовательной интеграции (инклюзии)

Закон об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве

Настоящий Закон регулирует отношения, связанные с реализацией права лиц с ограниченными возможностями здоровья на образование любого уровня и направленности в соответствии с их способностями и возможностями, в целях социальной интеграции указанных лиц, включая приобретение ими навыков самообслуживания, подготовки к трудовой, в том числе профессиональной, деятельности и семейной жизни.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Сфера действия настоящего Закона

Действие настоящего Закона распространяется на:

- 1) детей-инвалидов, иных лиц, не признанных в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющих временные или постоянные ограничения возможностей здоровья и нуждающихся в создании специальных условий обучения (воспитания), а также инвалидов и других лиц с ограниченными возможностями здоровья в возрасте старше 18 лет, обучающихся по основным профессиональным образовательным программам начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
- 2) родителей (законных представителей) лиц, указанных в пункте 1 настоящей статьи;
- 3) педагогических и иных работников, участвующих в воспитании и обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогических работников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- 4) органы государственной власти города Москвы, государственные образовательные учреждения города Москвы (далее – государственные образовательные учреждения) и его государственные образовательные организации, соответствующих должностных лиц и руководителей, а также объеди-

нения юридических лиц, общественные и государственно-общественные объединения, осуществляющие деятельность в области образования.

Статья 2. Основные понятия

Для целей настоящего Закона применяются следующие основные понятия:

1) ограничение возможностей здоровья – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от степени возможности компенсации или восстановления ограничения возможностей здоровья может быть временным или постоянным;

2) специальные условия обучения (воспитания) – специальные образовательные программы и методы обучения, учебники, учебные пособия, дидактические и наглядные материалы, технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средства коммуникации и связи, сурдоперевод при реализации образовательных программ, адаптация образовательных учреждений и прилегающих к ним территорий для свободного доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогические, психолого-педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, обеспечивающие адаптивную среду образования и безбарьерную среду жизнедеятельности, без которых освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья невозможно (затруднено);

3) инклюзивное образование – совместное обучение (воспитание), включая организацию совместных учебных занятий, досуга, различных видов дополнительного образования, лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений;

4) ранняя помощь – семейно-ориентированная комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь детям младенческого и раннего детского возраста, у которых выявлены нарушения в развитии различных функций либо отклонения от них, а также риски их возникновения в более старшем возрасте, и находящимся в кризисных ситуациях семьям, воспитывающим таких детей.

Статья 3. Обеспечение государственных гарантий права лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение образования

1. Органы государственной власти города Москвы создают условия для получения лицами с ограниченными возможностями здоровья образования любого уровня в государственных образовательных учреждениях в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы путем:

1) проведения бесплатного обследования психолого-медико-педагогической комиссией;

2) осуществления бесплатной квалифицированной психолого-медико-педагогической коррекции ограничений возможностей здоровья (далее – коррекция ограничений возможностей здоровья) с момента их выявления независимо от степени выраженности в соответствии с медицинским заключением и (или) заключением психолого-медико-педагогической комиссии;

3) создания в государственных образовательных учреждениях специальных условий обучения (воспитания) для лиц с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с психолого-педагогическими и медицинскими показаниями (противопоказаниями), медицинским заключением и (или) заключением психолого-медико-педагогической комиссии;

4) создания условий для реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием методов физической культуры и спорта в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы на основании рекомендаций индивидуальной программы реабилитации или медицинского заключения;

5) предоставления возможности с учетом медицинских рекомендаций и (или) рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии получить образование в государственных образовательных учреждениях любого типа и вида в формах, предусмотренных федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы;

6) обеспечения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, компьютерной техникой, средствами связи и программным обеспечением при получении образования на дому с использованием дистанционных образовательных технологий;

7) обеспечения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в соответствии с медико-социальными показаниями транс-

портными услугами на период получения образования для посещения государственных образовательных учреждений;

8) предоставления возможности пользования услугами сурдопереводчиков, помощников на основании рекомендаций индивидуальной программы реабилитации или медицинского заключения;

9) предоставления возможности обучаться по дополнительным образовательным программам и получать дополнительные образовательные коррекционные услуги;

10) предоставления возможности осваивать основные и дополнительные профессиональные образовательные программы с учетом индивидуальных психофизических особенностей и возможностей на основе выбора профиля труда;

11) обеспечения трудоустройства по окончании обучения в соответствии с полученным образованием и (или) профессиональной подготовкой в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы;

12) обеспечения иных прав и гарантий в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

2. Органы государственной власти города Москвы обеспечивают организацию информационно-просветительской работы с гражданами в целях формирования позитивных представлений о лицах с ограниченными возможностями здоровья и недопущения их дискриминации во всех сферах жизни.

3. Органы государственной власти города Москвы реализуют совместные программы и мероприятия, направленные на охрану здоровья граждан, профилактику инвалидности, совершенствование воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, их социальную адаптацию на основании индивидуальной программы реабилитации или медицинского заключения, обеспечение беспрепятственного доступа лиц с ограниченными возможностями здоровья к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы. Для координации этой деятельности, обмена информацией и опытом могут создаваться межведомственные комиссии.

4. Организационной основой политики города Москвы по обеспечению государственных гарантий права лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение образования являются городские целевые программы.

Статья 4. Участие родителей (законных представителей) в воспитании и обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья

Органы государственной власти города Москвы создают условия, обеспечивающие возможность родителям (законным представителям) лиц с ограниченными возможностями здоровья:

1) выбирать образовательное учреждение (с учетом медицинского заключения и (или) заключения (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии);

2) выбирать формы получения образования (с учетом медицинского заключения и (или) заключения (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии);

3) присутствовать при обследовании ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, обсуждать результаты обследования, знакомиться с заключением и оспаривать его в центральной (городской) психолого-медико-педагогической комиссии и в суде;

4) участвовать в разработке и реализации индивидуального учебного плана, индивидуальных программ воспитания и обучения;

5) посещать по согласованию с администрацией образовательного учреждения занятия в соответствующем образовательном учреждении в целях участия в процессе воспитания и обучения лица с ограниченными возможностями здоровья;

6) получать консультации по вопросам воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья по месту получения им образования, а также в психолого-медико-педагогических комиссиях и учреждениях, оказывающих психолого-педагогическую и медико-социальную помощь;

7) участвовать в управлении образовательным учреждением;

8) получать возмещение затрат на обучение ребенка в семье в размерах, определяемых нормативами финансовых затрат на одного обучающегося в государственном образовательном учреждении соответствующего типа и вида;

9) пользоваться иными правами и гарантиями в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Статья 5. Формы организации образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по основным и дополнительным общеобразовательным программам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования

1. Органы государственной власти города Москвы создают в государственных образовательных учреждениях условия для инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

2. Для лиц с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих возможности получать инклюзивное образование, в государственных образовательных учреждениях открываются классы (группы) компенсирующего обучения, специальные (коррекционные) классы (группы).

3. Для лиц с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих возможности обучаться по очной форме обучения, создаются условия для получения образования в иных формах, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий.

4. Организация деятельности классов (групп) для лиц с ограниченными возможностями здоровья по реализации образовательных программ, включая определение правил приема, предельной наполняемости классов (групп), требований к содержанию образования и организации образовательного процесса, предоставление прав, социальных гарантий и мер социальной поддержки обучающимся и работникам, осуществляется в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

5. В целях преодоления обучающимися ограничений возможностей здоровья осуществляется коррекция таких ограничений.

6. Коррекция ограничений возможностей здоровья осуществляется непосредственно государственным образовательным учреждением, если число лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по очной форме обучения, составляет свыше шести человек. Если число таких обучающихся составляет менее шести человек, коррекция ограничений возможностей здоровья осуществляется на основе договора государственного образовательного учреждения,

в котором обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья, с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением. Примерная форма договора утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

Статья 6. Дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, и специальные (коррекционные) образовательные учреждения

1. Органы государственной власти города Москвы создают для лиц с ограниченными возможностями здоровья дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также специальные (коррекционные) образовательные учреждения.

2. Дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, создаются для лиц с:

- 1) нарушениями слуха – глухих, слабослышащих и позднооглохших;
- 2) нарушениями зрения – слепых, слабовидящих и поздноослепших, с косоглазием и амблиопией;
- 3) нарушениями речи – общим недоразвитием речи разной этиологии, недоразвитием фонетико-фонематической стороны речи, заиканием и иными нарушениями речи;
- 4) нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 5) задержкой психического развития разного генеза;
- 6) умственной отсталостью, в том числе с выраженной умственной отсталостью;
- 7) сложными дефектами, в том числе со слепоглухотой;
- 8) расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения;
- 9) иными нарушениями в развитии.

3. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения создаются для глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и поздноослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, для умственно отсталых детей и детей с иными ограничениями возможностей здоровья.

4. Дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также специальные (коррекционные) образовательные учреждения могут создаваться для совместного обучения лиц с различными ограничениями возможностей здоровья, если такое обучение не препятствует успешному освоению образовательных программ и отсутствуют соответствующие медицинские противопоказания.

5. В дошкольных образовательных учреждениях, осуществляющих коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях осуществляется целенаправленная работа по коррекции ограничений возможностей здоровья обучающихся, воспитанников и их социальной интеграции при реализации основных и дополнительных общеобразовательных программ, дополнительных образовательных программ и программ допрофессиональной подготовки.

6. В дошкольных образовательных учреждениях, осуществляющих коррекцию ограничений возможностей здоровья, а также в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях могут открываться группы кратковременного пребывания или создаваться специальные образовательные подразделения для осуществления по профилю учреждения коррекции ограничений возможностей здоровья и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в других образовательных учреждениях, в условиях стационарного лечебного учреждения, на дому, а также получающих образование в иных формах (кроме очной).

7. Специалисты дошкольных образовательных учреждений, осуществляющих коррекцию ограничений возможностей здоровья, и специальных (коррекционных) образовательных учреждений оказывают консультационную помощь педагогическим работникам иных образовательных учреждений и родителям (законным представителям) лиц с ограниченными возможностями здоровья по вопросам их воспитания и обучения. Порядок оказания такой помощи определяется уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

Статья 7. Обучение на дому

1. Для лиц, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающих образовательные учреждения, с согласия их родителей (законных представителей) органами государственной власти города Москвы создаются условия для обучения на дому.

2. Обучение на дому осуществляется образовательными учреждениями на основании медицинского заключения. Перечень заболеваний, наличие которых дает право на обучение на дому, определяется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

3. Обучение на дому организуется на основе договора между органами государственной власти города Москвы, осуществляющими управление в сфере образования, образовательным учреждением, обучающимся и (или) его родителями (законными представителями). Примерная форма договора об обучении на дому утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

4. Лицам, обучающимся на дому с использованием дистанционных образовательных технологий, на период получения образования предоставляются компьютерная техника, средства связи и программное обеспечение за счет средств бюджета города Москвы.

5. Коррекция ограничений возможностей здоровья лиц, обучающихся на дому, осуществляется на основе договора с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением. Примерная форма договора утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

Статья 8. Обучение и воспитание в условиях стационарного лечебного учреждения

1. Органы государственной власти города Москвы создают лицам с ограниченными возможностями здоровья, находящимся на длительном (более чем 21 день) лечении в стационарных лечебных учреждениях, условия для обучения и воспитания в соответствии с образовательными программами соответствующего уровня.

2. Организационные вопросы обучения и воспитания, предусмотренных настоящей статьей, регулируются договором между стационарным лечебным учреждением и государственным образовательным учреждением, реализующим образовательные программы соответствующего уровня и расположенным, как правило, в непосредственной близости к стационарному лечебному учреждению.

3. Примерная форма договора об организации обучения и воспитания в условиях стационарного лечебного учрежде-

ния утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

4. Коррекция ограничений возможностей здоровья лиц, обучающихся в условиях стационарного лечебного учреждения, осуществляется на основе договора с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением.

5. Примерная форма договора с государственным образовательным учреждением для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, или специальным (коррекционным) образовательным учреждением утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

Статья 9. Обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания

1. В целях осуществления комплексной медико-социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в их структуре по решению уполномоченного органа исполнительной власти города Москвы в области социальной защиты населения создаются структурные подразделения и (или) специальные классы (группы), реализующие образовательные программы соответствующего уровня, и мастерские трудового обучения в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

2. Стационарное учреждение социального обслуживания осуществляет коррекцию ограничений возможностей здоровья проживающих в нем лиц, оказывает консультативно-диагностическую и методическую помощь их родителям (законным представителям) по медицинским, социальным, правовым и другим вопросам, разрабатывает индивидуально-дифференцированные программы обучения, реализуемые им самостоятельно либо с привлечением государственных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы соответствующего уровня.

3. Примерная форма договора об организации обучения в условиях стационарного учреждения социального обслуживания утверждается уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования.

4. С учетом потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья в стационарных учреждениях социального обслуживания организуются постоянная, пятидневная и дневная формы пребывания.

Статья 10. Профессиональное образование и трудоустройство лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Органы государственной власти города Москвы создают условия лицам с ограниченными возможностями здоровья для получения в государственных образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального, дополнительного профессионального образования, профессиональной подготовки в соответствии с уровнем имеющейся у них общеобразовательной или профессиональной подготовки путем формирования государственных заданий на подготовку кадров и обеспечения образовательного процесса адекватными материально-техническими, дидактическими и методическими средствами обучения с учетом специфики ограничений возможностей здоровья данных лиц и медицинских показаний к обучению и труду.

2. Государственные образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования осуществляют психолого-медико-педагогическую коррекцию ограничений возможностей здоровья обучающихся, направленную на восстановление или компенсацию нарушенных функций.

3. При освоении основных и дополнительных профессиональных образовательных программ с использованием дистанционных образовательных технологий инвалидам, в том числе детям-инвалидам, обучающимся по основным профессиональным образовательным программам начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, на период получения образования предоставляются компьютерная техника, средства связи и программное обеспечение за счет средств бюджета города Москвы.

4. Органы государственной власти города Москвы принимают меры по трудоустройству лиц с ограниченными возможностями здоровья по окончании обучения в соответствии с полученным образованием и (или) профессиональной подготовкой в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы, путем предоставления услуг по про-

фессиональной ориентации и адаптации, создания дополнительных рабочих мест для инвалидов и специализированных организаций, применяющих труд инвалидов, резервирования и квотирования рабочих мест для инвалидов с учетом вариантов трудового прогноза лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставления субсидий предприятиям и организациям, применяющим труд инвалидов.

Статья 11. Психолого-медико-педагогические комиссии

1. В целях выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного обследования и подготовки рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их воспитания и обучения уполномоченным органом исполнительной власти города Москвы в области образования создаются центральная (городская) и территориальные (окружные) психолого-медико-педагогические комиссии.

2. Порядок организации и основные направления деятельности психолого-медико-педагогических комиссий определяются в соответствии с федеральным законодательством.

3. Рекомендации по созданию (изменению) специальных условий обучения (воспитания), содержащиеся в заключении психолого-медико-педагогической комиссии, обязательны для исполнения государственными образовательными учреждениями и негосударственными образовательными организациями, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья.

Статья 12. Комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь

Государственные образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, специальные (коррекционные) образовательные учреждения и дошкольные образовательные учреждения, осуществляющие коррекцию ограничений возможностей здоровья, оказывают лицам с ограниченными возможностями здоровья и их родителям (законным представителям) комплексную психолого-педагогическую и медико-социальную помощь, направленную на:

- 1) выявление, психолого-медико-педагогическую диагностику и коррекцию ограничений возможностей здоровья;

- 2) разработку индивидуальных учебных программ и организацию индивидуальных и (или) групповых занятий, направленных на формирование навыков самообслуживания, общения, элементарных трудовых навыков у лиц со сложными и (или) тяжелыми ограничениями возможностей здоровья;
- 3) осуществление психолого-педагогической поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья и их родителей (законных представителей);
- 4) консультативно-диагностическую и методическую помощь родителям (законным представителям) лиц с ограниченными возможностями здоровья по медицинским, социальным, правовым и другим вопросам;
- 5) информационную и методическую поддержку педагогических и иных работников образовательных учреждений, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья;
- 6) реализацию комплексной системы мероприятий по социальной адаптации и профессиональной ориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Статья 13. Служба ранней помощи

1. В целях оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья в младенческом и раннем детском возрасте с момента выявления у них нарушений развития различных функций или риском их возникновения в более старшем возрасте в государственных образовательных учреждениях, в которых созданы необходимые условия, может создаваться служба ранней помощи.

2. Основными направлениями деятельности службы ранней помощи являются:

- 1) проведение психолого-медико-педагогического обследования детей в младенческом и раннем детском возрасте;
- 2) оказание комплексной коррекционно-развивающей помощи детям младенческого и раннего детского возраста;
- 3) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) по вопросам воспитания и обучения детей и организация психолого-педагогической поддержки семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья младенческого и раннего детского возраста.

3. Уполномоченный орган исполнительной власти города Москвы в области образования и уполномоченный орган исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения осуществляют информирование населения о службах ранней помощи и оказываемых ими услугах.

Статья 14. Особенности приема лиц с ограниченными возможностями здоровья в государственные образовательные учреждения

1. Прием лиц с ограниченными возможностями здоровья в государственные образовательные учреждения осуществляется в соответствии с общим порядком, установленным федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы для приема граждан в государственные образовательные учреждения, с учетом особенностей, установленных настоящим Законом.

2. Государственное образовательное учреждение не вправе отказать лицам с ограниченными возможностями здоровья в приеме на обучение в связи с наличием у них таких ограничений, за исключением случаев, установленных федеральным законодательством и законами города Москвы.

3. Отказ в приеме лица с ограниченными возможностями здоровья в государственное образовательное учреждение может быть обжалован в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

Статья 15. Порядок перевода и изменения формы получения образования лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Лицо с ограниченными возможностями здоровья переводится в другое образовательное учреждение или на другую форму получения образования на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия родителей (законных представителей) несовершеннолетнего ребенка в случае неосвоения им образовательной программы в избранном образовательном учреждении и по избранной форме. Вопрос о переводе рассматривается, как правило, по истечении учебного года, если более ранний срок не соответствует интересам обучающегося, воспитанника.

2. Совместное воспитание и обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений, не должно отрицательно сказываться на результатах

обучения последних. В случае установления психолого-медико-педагогической комиссией невозможности совместного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, успешно осваивающих образовательные программы, и лиц, не имеющих таких ограничений, на основании решения органа самоуправления образовательного учреждения орган государственной власти города Москвы, осуществляющий управление в сфере образования, по согласованию с родителями (законными представителями) несовершеннолетних детей и с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии принимает меры по продолжению лицами с ограниченными возможностями здоровья обучения в другом образовательном учреждении или по иной форме получения образования.

Статья 16. Итоговая аттестация лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Итоговая аттестация лиц с ограниченными возможностями здоровья проводится в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние здоровья таких лиц, и организуется с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей.

2. В целях реализации права лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение среднего профессионального и высшего профессионального образования органы государственной власти города Москвы, осуществляющие управление в сфере образования, обеспечивают обучающимся с ограниченными возможностями здоровья по их письменному заявлению возможность участия в едином государственном экзамене, проводимом в порядке, установленном федеральным законодательством, и создают для них организационно-технологические условия с учетом их психофизиологических особенностей и рекомендаций федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере образования.

3. Лицам с ограниченными возможностями здоровья, обучающимся по индивидуальным учебным планам и не освоившим образовательную программу общего образования или образовательные программы для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, включая образовательные программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений, выдается свидетельство об окон-

чании образовательного учреждения, в котором указываются учебные предметы по годам обучения, программы которых освоены. Категории обучающихся, воспитанников, которым выдается свидетельство об окончании образовательного учреждения, и порядок выдачи свидетельства определяются нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 17. Взаимодействие органов государственной власти города Москвы, государственных образовательных учреждений, негосударственных образовательных организаций, иных организаций, объединений юридических лиц, общественных и государственно-общественных объединений при создании условий для воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья

Взаимодействие органов государственной власти города Москвы с организациями в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляется на основе принципов:

1) обеспечения полного и равного участия лиц с ограниченными возможностями здоровья в получении образования, социальном развитии и трудоустройстве в соответствии с их способностями и возможностями;

2) привлечения общественных организаций инвалидов и организаций, использующих труд инвалидов, к принятию решений в области воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, разработке программной документации, использованию усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения, учебных методик и материалов для оказания поддержки лицам с ограниченными возможностями здоровья в качественном освоении учебного материала;

3) создания эффективной системы обучения и профессиональной подготовки педагогических работников, участвующих в обучении (воспитании) лиц с ограниченными возможностями здоровья, в области коррекционной педагогики, специальной психологии, особенностей психофизического развития лиц с ограниченными возможностями здоровья, методик и технологий организации образовательного и реабилитационного процесса для таких лиц;

4) стимулирования участия организаций, объединений юридических лиц, общественных и государственно-общественных объединений в обеспечении материально-технических условий образовательного процесса лиц с ограниченными возможностями здоровья, производстве для них специализи-

рованного учебного, реабилитационного, медицинского обслуживания, технических средств обучения, создании рабочих мест и целевом трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями здоровья.

ФИНАНСОВОЕ И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Статья 18. Финансирование образования лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Финансирование государственных образовательных учреждений, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья, осуществляется за счет средств бюджета города Москвы на основании индивидуального штатного расписания в соответствии с финансовыми нормативами затрат, утверждаемыми Правительством Москвы на очередной финансовый год. В финансовые нормативы затрат включаются затраты на создание специальных условий обучения (воспитания) лиц с ограниченными возможностями здоровья.

2. Расходы на обеспечение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, транспортными услугами на период получения образования для посещения государственных образовательных учреждений возмещаются в порядке, определяемом Правительством Москвы.

3. Компенсация затрат родителям (законным представителям) на самостоятельное обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья на дому в соответствии с индивидуальной программой обучения осуществляется в порядке, установленном нормативными правовыми актами города Москвы, в размере затрат на обучение (воспитание) ребенка в государственном образовательном учреждении на соответствующей ступени образования.

4. Компенсация затрат родителям (законным представителям) на обучение лица с ограниченными возможностями здоровья в негосударственном образовательном учреждении (организации) осуществляется в размере затрат на его обучение в государственном образовательном учреждении в порядке, определяемом нормативными правовыми актами города Москвы.

Статья 19. Материально-техническое обеспечение специальных условий обучения (воспитания) лиц с ОВЗ

1. Органы государственной власти города Москвы создают в государственных образовательных учреждениях, осуществляющих обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья, условия, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа таких лиц в здания и помещения образовательного учреждения, организации их пребывания и обучения в этом учреждении: визуальные, звуковые и тактильные средства информации, поручни, пандусы, специальные лифты, специально оборудованные учебные места, специализированное учебное, реабилитационное, медицинское оборудование, а также оборудование и технические средства обучения индивидуального и коллективного пользования, в том числе для организации коррекционных и реабилитационных кабинетов, организации обучения с использованием дистанционных образовательных технологий, организации спортивных и массовых мероприятий, питания, обеспечения медицинского обслуживания, оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий, хозяйственно-бытового и санитарно-гигиенического обслуживания, выполнения иных функций, необходимых для полноценного обучения (воспитания) лиц с ограниченными возможностями здоровья и осуществления коррекции ограничений возможностей здоровья.

2. Издание учебников и учебных пособий, в том числе цифровых образовательных ресурсов, дидактических и наглядных материалов, необходимых для обучения (воспитания) лиц с ограниченными возможностями здоровья, осуществляется за счет средств бюджета города Москвы вне зависимости от тиража.

Статья 20. Меры социальной поддержки педагогических и иных работников, участвующих в обучении (воспитании) лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Органы государственной власти города Москвы создают условия для специальной подготовки педагогических и иных работников, участвующих в обучении (воспитании) лиц с ограниченными возможностями здоровья, в области коррекционной педагогики, специальной психологии, особенностей психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, методик и технологий организации образовательного и реабилитационного процесса для таких детей.

2. Педагогическим и иным работникам государственных образовательных учреждений, участвующим в обучении (воспитании) лиц с ограниченными возможностями здоровья, устанавливаются доплаты в порядке, определяемом Правительством Москвы.

3. Педагогические работники, осуществляющие обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий, обеспечиваются средствами компьютерной техники, связи и программным обеспечением.

4. Педагогический работник с ограниченными возможностями здоровья при наличии соответствующего заключения учреждения медико-социальной экспертизы вправе иметь помощника.

5. Создание необходимых условий для преподавательской деятельности педагогического работника с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в порядке, установленном федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами города Москвы.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРЕХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 21. Ответственность за нарушение требований настоящего Закона

Лица, виновные в нарушении требований настоящего Закона, несут ответственность в соответствии с законодательством города Москвы.

Статья 22. Вступление в силу настоящего Закона

1. Настоящий Закон вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования, за исключением части 3 статьи 10, частей 2–4 статьи 18, части 3 статьи 20 настоящего Закона.

2. Часть 3 статьи 20 настоящего Закона вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования в отношении педагогических работников, осуществляющих обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий по основным и дополнительным общеобразовательным программам, и с 1 января 2011 года – в отношении педагогических работников, осуществляющих обучение лиц с ограниченными

возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий по основным и дополнительным профессиональным образовательным программам.

3. Часть 3 статьи 10 и части 2–4 статьи 18 настоящего Закона вступают в силу с 1 января 2011 года.

Статья 23. Переходные положения

1. До создания в государственных образовательных учреждениях условий, предусмотренных частью 1 статьи 19 настоящего Закона, в целях организации системы инклюзивного образования органами государственной власти города Москвы, осуществляющими управление в сфере образования, в соответствии с потребностями населения в предоставлении соответствующих образовательных услуг определяется государственное образовательное учреждение (учреждения) на территории административного округа (района) города Москвы, условия осуществления образовательного и реабилитационного процесса в котором наиболее приближены к определенным настоящим Законом.

2. При осуществлении инклюзивного образования до создания в государственном образовательном учреждении условий, предусмотренных частью 1 статьи 19 настоящего Закона, в целях обеспечения баланса интересов обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся, не имеющих таких ограничений, а также условий для успешной трудовой деятельности педагогических работников по решению уполномоченного органа исполнительной власти города Москвы в области образования, с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии в классе (группе) может устанавливаться меньшая наполняемость, а соотношение в классе (группе) лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений, обучающихся по очной форме обучения, определяется таким образом, чтобы совместное обучение не препятствовало успешному освоению ими образовательных программ.

3. Предоставление субсидий, предусмотренных частью 4 статьи 10 настоящего Закона, осуществляется в порядке, установленном нормативными правовыми актами города Москвы в соответствии с законом города Москвы о бюджете города Москвы на соответствующий финансовый год и плановый период.

4. До вступления в силу части 2 статьи 18 настоящего Закона органы государственной власти города Москвы создают условия транспортного обслуживания инвалидов, в том числе

детей-инвалидов, на период получения образования в целях обеспечения возможности их доставки в государственные образовательные учреждения к началу учебных занятий и к месту проживания по окончании учебных занятий.

5. Обеспечение обучающихся и педагогических работников с ограниченными возможностями здоровья услугами помощников, сурдопереводчиков осуществляется в соответствии с индивидуальными штатными расписаниями государственных образовательных учреждений в пределах средств на обеспечение основной деятельности.

Москва, Московская городская Дума
28 апреля 2010 года
Закон № 16

Концепция образовательной интеграции (инклюзии)

Общие положения

Данная Концепция призвана лечь в основу стратегии развития образовательной интеграции (инклюзии) окружной системы образования города Москвы как актуального вызова современной социо-культурной ситуации и демократизации общественной жизни в целом.

В основу Концепции положены международные нормативно-правовые акты, в частности: Конвенция ЮНЕСКО о борьбе с дискриминацией в области образования (1960); Конвенция ООН о правах ребенка (1989); Саламанская декларация (1994); Конвенция ООН о правах инвалидов (2007).

Во всех типах образовательных учреждений г. Москвы, удовлетворяющих образовательные потребности москвичей с нарушениями здоровья, воспитывается и обучается свыше 50 тысяч детей с ОВЗ, в том числе свыше 18 тыс. детей-инвалидов. Например, в 2008–2009 гг. система образования охватывала 74,5 процента детей-инвалидов школьного возраста и 36,7 процента детей-инвалидов дошкольного возраста.

Создание условий для полноценного воспитания и образования детей-инвалидов и молодежи, адекватного их состоянию и здоровью, в частности развитие образовательной интеграции (инклюзии), выделено в один из приоритетов социальной политики города. Интеграция (инклюзия) является

одним из решающих и эффективных механизмов построения инклюзивного общества – общества для всех и каждого конкретного человека.

Эти идеи отражены в основных направлениях Стратегии Правительства Москвы по реализации государственной политики в интересах детей «Московские дети» на 2008 – 2017 гг., согласованных с социальными стандартами и показателями, выработанными в ходе реализации постановления Правительства Москвы от 26 июня 2007 г. № 513-ПП «О Стратегии развития города Москвы до 2025 года».

Интегративный (инклюзивный) подход к образованию детей с ОВЗ вызван к жизни причинами различного характера. Совокупно их можно обозначить как социальный заказ достигшего определенного уровня экономического, культурного, правового развития общества и государства. Этот этап связан с переосмыслением обществом и государством своего отношения к инвалидам, с признанием не только равенства их прав, но и осознанием своей обязанности обеспечить таким людям равные со всеми другими возможности в разных областях жизни, включая образование.

Образовательная инклюзия (инклюзивная форма обучения и воспитания) – закономерный этап развития системы образования в любой стране мира, процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны, в том числе и Россия. Инклюзивное обучение является логическим продолжением идей интегративного обучения, которое предшествовало инклюзии хронологически, идеологически и технологически. Именно поэтому их следует считать рядоположенными, но не равнозначными терминами.

Понятия инклюзия и интеграция часто используются как синонимы, но значения данных понятий не совпадают и характеризуют разную степень включенности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в образовательную систему.

Интеграция возвращает учащихся с ОВЗ в систему общего образования, так как до этого этапа дети данной категории обучались только в системе специального (коррекционного) образования. При этом важно отметить, что, находясь в системе общего образования, учащиеся с ОВЗ должны в полной мере овладеть программой общеобразовательной школы.

В основе практики инклюзивного обучения лежит идея принятия индивидуальности каждого отдельного учащегося, и, следовательно, обучение должно быть организовано таким образом, чтобы удовлетворить особые потребности каждого ребенка с ОВЗ. Инклюзивное обучение делает акцент на пер-

сонализацию процесса обучения, на разработку индивидуальной образовательной программы (далее ИОП).

Главное отличие процесса инклюзии от интеграции состоит в том, что при инклюзии у всех участников образовательного процесса меняется отношение к детям с ОВЗ, а идеология образования изменяется в сторону большей гуманизации учебного процесса и усиления воспитательной и социальной направленности обучения.

Соответственно при инклюзивном обучении ребенок с ОВЗ овладевает ИОП, учитывающей особенности его развития и ориентированной прежде всего на личностное развитие и социальную адаптацию. Важно понимание того, что ИОП не предполагает полного овладения основными Федеральными государственными образовательными стандартами и могут быть установлены специальные Федеральные государственные образовательные стандарты (пункт 5 статьи 7 Закона Российской Федерации «Об образовании»).

Введение инклюзивной формы обучения и воспитания рассматривается как высшая форма развития образовательной системы в направлении реализации права человека на получение качественного образования в соответствии с его познавательными возможностями и в адекватной его здоровью среде по месту жительства.

Инклюзивное обучение и воспитание – это долгосрочная стратегия, рассматриваемая не как локальный участок работы, а как системный подход в организации деятельности общеобразовательной системы по всем направлениям в целом. Инклюзия касается всех субъектов образовательного процесса: детей с ОВЗ и их родителей, нормально развивающихся учащихся и членов их семей, учителей и других специалистов образовательного пространства, администрации, структур дополнительного образования.

Поэтому деятельность общеобразовательного учреждения должна быть направлена не только на создание специальных условий для обучения и воспитания ребенка с ОВЗ, но и на обеспечение взаимопонимания как между педагогами (специалистами в области коррекционной и общей педагогики), так и между учащимися с ОВЗ и их здоровыми сверстниками.

Инклюзивное обучение не является обязательным для детей с ОВЗ, но в то же время обучение в условиях образовательной инклюзии позволяет ребенку с ОВЗ максимально сохранить свое привычное социальное окружение. Ранняя социализация благотворно сказывается на формировании личности детей с ОВЗ и их адаптации в реальной жизни. Благодаря инклюзивному обучению часть «неординарных»

детей, посещая ближайшую массовую школу, сможет не разлучаться с семьей, как это бывает, когда ребенок учится в специальной (коррекционной) школе-интернате. Родители, таким образом, получают возможность воспитывать своего ребенка в соответствии с собственными жизненными установками.

Нельзя не отметить, что возможность социализации детей с ОВЗ имеется и при грамотно организованном интегративном обучении. Однако надо четко понимать, что при инклюзии обучение персонафицировано и проходит по ИОП, что в дальнейшем будет закреплено законодательно. Интегративное обучение предполагает овладение учащимся с ОВЗ программы массовой школы.

Инклюзивное обучение – это одна из форм обучения детей с ОВЗ, которая не должна вытеснять традиционные формы эффективной помощи детям-инвалидам, сложившиеся и развивающиеся в специальном образовании. Подлинная инклюзия не противопоставляет, а сближает две образовательные системы – общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

Также следует учитывать, что успешная образовательная инклюзия – это мультифакторный, многоуровневый процесс, требующий перестройки на всех уровнях человеческого функционирования, начиная с замены установки приоритета среднестатистической выравненности популяции учащихся на приоритет разнообразия потенциалов учащихся. При этом нельзя допустить доминирования интересов какой-то одной или нескольких групп (например, имеющих инвалидность) при реализации идей инклюзии.

Анализируя степень развития интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания, следует иметь в виду, что в России есть ряд не имеющих западных аналогов научных разработок в области дефектологии и специальной психологии, которые логически связаны с процессом интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания. Среди ученых, чьи теоретические идеи и практические исследования заложили основы интегративного обучения у нас в стране, прежде всего необходимо назвать Э. И. Леонгард, Б. Д. Корсунскую, Г. Л. Зайцеву, Н. Н. Малофеева, Н. Д. Шматко, А. Н. Коноплеву, Т. С. Зыкову, Т. В. Пельмскую, Т. Л. Лепинскую, М. Л. Любимова, Н. М. Назарову, Л. И. Тигранову, Е. А. Шкаатову, Л. Е. Шевчука, Л. М. Кобрину, Д. В. Шамсутдинову, Л. М. Щипицину, Т. В. Фуряеву и др.

Так, существующие программы ранней психолого-педагогической коррекции позволяют вывести многих детей с ОВЗ

на такой уровень психофизического развития, который дает им возможность влиться в нормальную общеобразовательную среду. Именно поэтому при развитии данной формы обучения мы будем опираться на методологию и технологии, предложенные отечественными учеными и практиками.

Ключевая проектная идея

Система образования города Москвы за годы своего существования доказала, что секретом успеха любой деятельности является установка на постоянное развитие. При этом под развитием (как понятием и процессом) понимается направленное изменение, в результате которого возникает новое качество. Оно характеризуется следующими стадиями, на которых разрешаются основные противоречия:

- подготовка предпосылок, то есть анализ состояния внешней среды, вызывающего необходимость внутреннего движения (противоречие между внешним и внутренним);
- возникновение новообразования, то есть переход к внутреннему движению – начало развития (противоречие между старым и новым внутри самого процесса);
- формирование новых условий развития как стимула развития (движения) новообразований;
- собственно развитие, то есть его существование на новой основе и в новых условиях, ведущее к качественным изменениям (направление противоречий);
- прогноз развития, связанный с переходом в новое качество (поиск новых возможных противоречий между внутренним, развивающимся, и внешним – средой).

В соответствии со сказанным под развитием образовательной интеграции (инклюзии) как формы обучения и воспитания мы понимаем последовательность определенных этапов, на которых разрешаются противоречия, приводящие к качественным изменениям в системе образования (при общем положительном результате).

Основными нормативными документами, задающими концептуально-содержательные основы развития интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания, являются:

1. Закон РФ «Об образовании» от 10 июля 1992 г. N 3266-1 (с изменениями и дополнениями от 17 июля 2009 г.)

Статья 14 Закона постулирует общие требования к содержанию образования, среди которых отмечается его ориентация на:

- обеспечение самоопределения личности, создание условий для ее самореализации;
- развитие общества;

– формирование человека и гражданина, интегрированного в современное ему общество и нацеленного на совершенствование этого общества.

Таким образом, Закон задает основные целевые установки деятельности всей системы образования.

2. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации» (2008–2020 годы), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р.

В рамках Концепции формулируется стратегическая цель государственной политики в области образования – повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина.

В качестве некоторых из задач модернизации институтов образования указываются:

- создание системы образовательных услуг, обеспечивающих раннее развитие детей независимо от места их проживания, состояния здоровья, социального положения;
- создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования и успешную социализацию для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Исходя из этого, системе образования в целом и системе образования столичного региона определены стратегические цели и задачи развития по созданию образовательной среды для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

3. Закон города Москвы № 16 «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в г. Москве», принятый Московской городской Думой 28 апреля 2010 года.

Статья 1 определяет круг лиц, на который распространяется действие данного Закона, среди них:

- дети-инвалиды, иные лица, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные ограничения возможностей здоровья и нуждающиеся в создании специальных условий обучения (воспитания), а также инвалиды и другие лица с ограниченными возможностями здоровья в возрасте старше 18 лет, обучающиеся по основным профессиональным образовательным программам начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования.

Тем самым определяется контингент обучающихся (воспитанников), для которых возможно использование интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания.

В Статье 2 данного Закона определены специальные условия, которые необходимо создать для успешного обучения (воспитания) детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. В частности, это:

- специальные образовательные программы и методы обучения, учебники, учебные пособия, дидактические и наглядные материалы, технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средства коммуникации и связи, сурдоперевод при реализации образовательных программ, адаптация образовательных учреждений и прилегающих к ним территорий для свободного доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также педагогические, психолого-педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, обеспечивающие адаптивную среду образования и безбарьерную среду жизнедеятельности, без которых освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья невозможно (затруднено).

Вышеизложенное определяет методологию работы – комплексный подход к психолого-педагогическому сопровождению детей с особыми образовательными потребностями; а также подчеркивается, что специальное учебное и методическое обеспечение является обязательным условием успешной реализации интегративных образовательных программ.

4. «Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования», утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373.

В первом разделе, пункте 2-м, этого документа говорится о том, что Стандарт учитывает образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья. К этому пункту дается разъяснение, что при реализации основных образовательных программ для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья могут быть установлены специальные Федеральные государственные образовательные стандарты.

В пункте 4 того же раздела указывается, что нормативный срок освоения основной образовательной программы начального общего образования составляет четыре года. А в разъяснении говорится, что нормативный срок освоения основной образовательной программы начального общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья может быть увеличен с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии).

Таким образом, задается необходимость перехода к созданию индивидуальных образовательных программ, учитывающих особенности детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, в случае необходимости увеличивая сроки их освоения.

5. «Стратегия повышения качества жизни инвалидов в городе Москве на период до 2020 года» (далее – Стратегия), утвержденная постановлением Правительства Москвы № 115-ПП от 17 февраля 2009 г.

В данном документе указываются сроки перехода к интегративной (инклюзивной) форме обучения. А именно говорится о том, что оценки экспертов «показывают, что вполне реально к 2020 году дать возможность практически всем московским детям-инвалидам, родители которых изъявят желание, посещать дошкольные и школьные образовательные учреждения общего типа».

В том же документе называются основные принципы научно-методического обеспечения реализации Стратегии:

- опора на современные научные разработки, лучшие образцы мирового и российского опыта построения эффективной социальной политики;
- привлечение лучших представителей российских и международных научных и экспертных организаций;
- проведение регулярных мониторинговых и прогностических исследований;
- оперативное представление полученных данных и обоснованных гипотез Правительству Москвы, профессиональному сообществу.

Далее определяются принципы кадрового обеспечения реализации Стратегии:

- построение целостной системы обучения, переподготовки и повышения квалификации специалистов с опорой на передовой международный и российский опыт;
- максимальное использование возможностей московских вузов и научных организаций, системы бизнес-образования, активных и интерактивных технологий обучения, стажировок в России и за рубежом;
- создание современной системы аттестации специалистов и присвоения квалификационных категорий, использование современных мотивационных технологий, эффективных форм оплаты труда.

Названные принципы должны лечь в основу кадровой политики и организации научно-методической деятельности системы образования в части развития интегративного (инклюзивного) образования.

Помимо указанных выше документов по вопросам развития процесса интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников существуют: постановление Правительства Москвы от 12 августа 2008 г. № 737-ПП О городской целевой программе развития образования «Столичное образование-5» на 2008-2011 г., постановление Правительства Москвы от 17 февраля 2009 г. № 115-ПП, от 23 июня 2009 г. № 576 – ПП «О Года равных возможностей в городе Москве и Стратегии повышения качества жизни инвалидов в городе Москве на период до 2020 года», письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 апреля 2008 г. № АФ – 150/06.

Основные постулаты, сформулированные в перечисленных документах, определяют необходимость переосмысления методологических и организационно-содержательных основ деятельности по обучению детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Необходима выработка нового, более современного и адекватного образовательной политике и образовательной ситуации подхода, реализующего принципы интегративного (инклюзивного) обучения.

Приоритетные цели и стратегические направления изменений

Ребенок с ОВЗ, обучающийся в условиях массового образовательного учреждения, нуждается в службе, обеспечивающей психолого-педагогическую и медико-социальную поддержку. Следовательно, для успеха инклюзии в образовательном пространстве должна сложиться и функционировать четко организованная и хорошо отлаженная инфраструктура психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с ОВЗ, обучающимся в образовательном учреждении.

Приоритетными целями деятельности по развитию интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания необходимо считать:

- 1) построение образовательной вертикали (начиная со службы ранней помощи), которая позволит каждому ребенку, включая детей, имеющих серьезные отклонения в психофизическом, эмоциональном, социальном и других аспектах развития, обучаться совместно в общеобразовательном учреждении, но на уровне своих возможностей;
- 2) вовлечение в образовательный процесс детей с ОВЗ, ранее не посещавших образовательные учреждения.

Для реализации вышеназванных целей необходимо последовательно решить следующие задачи:

- 1) повышение психолого-педагогической компетентности всех участников образовательного процесса, участвующих в процессе инклюзии;
- 2) создание в образовательных учреждениях безбарьерной среды, включая физическую и психологическую составляющие;
- 3) организация психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ на базе Ресурсного центра и на основании имеющихся договоров на базе образовательных учреждений;
- 4) обеспечение сетевого взаимодействия школьных и дошкольных образовательных учреждений, осуществляющих интегративное (инклюзивное) обучение и воспитание;
- 5) развитие кадрового, методического, дидактического обеспечения образовательных учреждений, участвующих в процессе инклюзии.

В связи с масштабностью и долгосрочностью поставленных целей и задач процесс интеграции детей с ОВЗ в среду здоровых сверстников в системе образования необходимо осуществлять в несколько этапов.

1. На ближайшем временном отрезке целесообразно говорить о подготовительном (интегративном) этапе, поскольку в будущем обучение (воспитание) детей с ОВЗ в условиях массового образовательного учреждения будет организовано с учетом особых потребностей каждого ребенка с ОВЗ, и, по сути, речь идет о разработке индивидуальной образовательной программы (ИОП). Но в то же время отмечается запаздывание в разработке нормативно-правовой базы и законодательно обучение по ИОП не закреплено.

Обязательным условием развития инклюзивного образования как формы обучения и воспитания является создание безбарьерной среды, включая физическую и психологическую составляющие. Предполагается специальная работа с использованием ресурсов дополнительного образования по организации взаимодействия здоровых детей и детей с ОВЗ, направленного на гармонизацию детских взаимоотношений; создание атмосферы эмоционального комфорта и взаимоприятия.

Относительно кадрового ресурса – необходимо введение в штат образовательного учреждения должности тьютора с обязательной подготовкой этих педагогов по специальной психологии и специальной педагогике и проведение хотя бы краткосрочных курсов повышения квалификации для всего коллектива образовательного учреждения по специальной

психологии, специальной педагогике и технологиям инклюзивного образования.

На переходном (интегративном) этапе, исходя из наличия материально-технической базы и кадрового ресурса ОУ, целесообразно организовать интегративное обучение и воспитание для следующих групп детей:

- с нарушениями психического развития (задержка психического развития);
- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с нарушениями в эмоционально-волевой сфере;
- с нарушением слуховой функции;
- с нарушением речи.

Для координации, методического обеспечения и мониторинга инклюзивных процессов в округе создается Ресурсный центр по развитию интегративного (инклюзивного) образования.

Специалисты Ресурсного центра оказывают организационно-методическую помощь по вопросам открытия, комплектования и функционирования инклюзивных классов. Они проводят психолого-педагогическое обследование детей с ОВЗ, координируют разработку индивидуальных планов оказания коррекционно-педагогической помощи учащимся с ОВЗ, обучающимся в интегративных классах, изучают успешность протекания процессов интегративного обучения, участвуют в организации методической работы с педагогическими работниками общеобразовательных учреждений и психолого-педагогическом сопровождении учащихся, оказывают консультативную помощь родителям и педагогическим коллективам общеобразовательных учреждений.

Родители или законные представители ребенка, пожелавшие определить ребенка с ОВЗ в инклюзивное образовательное учреждение, должны пройти консультацию специалистов (ПМПк) при Ресурсном центре с целью определения особых образовательных потребностей ребенка и получения рекомендаций по имеющимся образовательным ресурсам применительно к диагностируемым особенностям.

Одним из обязательных условий реализации образовательного процесса в условиях инклюзивного обучения и воспитания является осуществление психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в общеобразовательном учреждении. Для этого приказом руководителя образовательного учреждения создается группа психолого-педагогического сопровождения, в состав которой входят: представитель администрации, ответственный за обеспечение инклюзивных процессов в общеобразовательном учреждении; педагогические (учитель-дефектолог, педагог-психолог, учителя, тьюторы,

работающие с учащимися с ОВЗ) и иные работники образовательного учреждения, а также специалист Ресурсного центра, координирующий введение инклюзивной формы обучения.

Деятельность группы сопровождения направлена в первую очередь на изучение особенностей развития каждого конкретного учащегося, его особых образовательных потребностей, составление индивидуальной образовательной программы (ИОП), разработку индивидуальной программы сопровождения, которая фиксируется в индивидуальной карте психолого-педагогического сопровождения развития учащегося. По каждому ребенку назначается куратор из числа педагогических работников ОУ.

В течение всего периода обучения группа сопровождения осуществляет работу по выбору адекватных методов и приемов обучения, адаптации учебных программ общеобразовательных учреждений для учащихся с ОВЗ, на основе оценки состояния каждого ребенка с ОВР и оценки динамики его развития группа сопровождения может выступать инициатором пересмотра учебной программы. Администрация общеобразовательного учреждения несет ответственность за организацию, состояние и качество интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания.

Для своевременного выявления детей, родители которых выражают желание к определению их в инклюзивные образовательные учреждения, и планирования кадрового обеспечения налаживается совместная работа между дошкольными учреждениями, включая лекотеки, и начальной ступенью обучения ГОУ.

II. Переход к основному (инклюзивному) этапу будет определяться разработкой нормативно-правовой базы по обеспечению национальной программы инклюзивного образования в России, которая позволит детям с ОВЗ обучаться по ИОП в условиях массового образовательного учреждения. Введение инклюзивной формы обучения предполагает разработку системы психолого-педагогических технологий, необходимых для раскрытия способностей каждого ребенка с ОВЗ в пространстве массовой школы.

Ожидаемые результаты

Последовательное решение вышеназванных задач и развитие по основным стратегическим направлениям деятельности позволит осуществить:

- на переходном (интегративном) этапе (2009–2012 гг.):

1) создание единого информационного пространства по организации интегративного (инклюзивного) образования

с применением современных информационных технологий (web-сайт);

2) создание информационной базы данных об актуальном состоянии барьеров и ресурсов для перехода к инклюзивным формам обучения в ОУ;

3) определение индивидуальных комплексных показателей готовности к инклюзивной форме обучения (показатель готовности ОУ к инклюзии);

4) разработку алгоритма набора детей на интегративную (инклюзивную) форму обучения;

5) разработку и реализацию программы мероприятий, направленных на формирование установок и норм толерантного поведения у всех участников образовательного процесса;

6) разработку и апробацию технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях общеобразовательного учреждения.

– на основном (инклюзивном) этапе (2012–2020 гг.):

1) повышение уровня психолого-педагогической компетентности педагогов по вопросам обучения и воспитания детей с ОВЗ;

2) распространение технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях общеобразовательного учреждения;

3) разработку пакета документации по динамике развития ребенка с ОВЗ в рамках ИОП в образовательном учреждении, осуществляющем инклюзивное обучение;

4) создание банка печатной, аудио- и видеопродукции для родителей учащихся;

5) разработку серии брошюр для специалистов, осуществляющих инклюзивную форму обучения, и родителей учащихся с ОВЗ.

Положение о Координационном совете по развитию образовательной интеграции (инклюзии)

Общие положения

1.1. Координационный совет по развитию образовательной интеграции (инклюзии) в окружной системе образования (далее Совет) является органом стратегического планирования и координации деятельности по внедрению интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

1.2. Совет создается на общественных началах с целью разработки стратегии развития образовательной вертика-

ли интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания, объединения и координации усилий специалистов разного профиля для создания целостной системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей и подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья.

1.3. В своей деятельности Совет руководствуется законодательством Российской Федерации и города Москвы, нормативными правовыми актами органов управления образования, а также настоящим Положением.

1.4. Деятельность Совета осуществляется в тесном взаимодействии с Южным окружным управлением образования Департамента образования города Москвы на основе планов работы, принятых и утвержденных Советом.

1.5. Совет является коллегиальным органом, строит свою деятельность на принципах равноправия его членов и гласности принимаемых решений.

1.6. Решения Совета имеют рекомендательный характер.

Основные направления деятельности Совета

2.1. Определение приоритетных направлений деятельности по развитию интегративной (инклюзивной) формы обучения и воспитания, исходя из потребностей системы образования, с учетом предложений городского Ресурсного центра по развитию интегративного (инклюзивного) образования.

2.2. Согласование концепций, программ деятельности и развития, планов работы всех организаций, входящих в процесс внедрения интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания в образовательных учреждениях.

2.3. Содействие распространению передового опыта отдельных специалистов и образовательных учреждений округа на деятельность всех организаций, входящих в процесс внедрения интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания.

2.4. Разработка и утверждение окружных программ психолого-педагогического просвещения родителей (законных представителей детей) и педагогических работников по вопросам инклюзии.

2.5. Подготовка предложений и рекомендаций Южному окружному управлению образования г. Москвы:

- по определению приоритетных направлений подготовки и повышения квалификации педагогических кадров с учетом потребностей образовательных учреждений;
- по разработке моделей психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей и подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья;
- по выбору критериев эффективности, результативности деятельности специалистов и образовательных учреждений;

- по тематике, содержанию и порядку проведения психолого-педагогических исследований, мониторингов, скринингов в образовательных учреждениях;
- по введению различных форм отчетной документации специалистов, занимающихся вопросами инклюзии;
- по совершенствованию нормативно-правового и финансово-экономического обеспечения;
- по проведению окружных научно-практических конференций, семинаров, круглых столов, совещаний по вопросам интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания.

Права и обязанности Совета

3.1. Приглашать на заседания Совета представителей образовательных учреждений округа, управления образования округа, окружных служб, других заинтересованных лиц.

3.2. Создавать рабочие группы с привлечением специалистов соответствующего профиля для подготовки вопросов, выносимых на заседания Совета.

3.3. Обращаться в установленном порядке в Департамент образования города Москвы, окружное управление образования, окружные службы различных ведомств за информацией, необходимой для работы Совета.

3.4. Вносить предложения по формированию целевых комплексных программ развития интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания.

3.5. Вносить предложения по вопросам улучшения работы специалистов и образовательных учреждений, осуществляющих интегративное (инклюзивное) обучение и воспитание.

3.6. Обеспечивать выполнение утвержденного плана работы Совета, предоставлять отчет о его выполнении в окружное управление образования.

3.7. Информировать окружное управление образования по вопросам своей деятельности.

3.8. По поручению начальника окружного управления образования создавать независимые комиссии для рассмотрения конфликтных случаев, возникающих в практике работы по внедрению интегративного (инклюзивного) обучения и воспитания.

Состав Совета, порядок его формирования

4.1. Положение о Совете, его состав утверждаются приказом начальника окружного управления образования Департамента образования города Москвы.

4.2. Совет формируется из ведущих специалистов окружной системы образования, делегируемых в его состав до-

школьными, общеобразовательными, а также разнопрофильными образовательными учреждениями и образовательными учреждениями для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, окружным методическим центром, управлением образования.

4.3. Для участия в расширенных заседаниях решением Совета могут быть приглашены представители органов социальной защиты, медицины, префектуры и отдельных муниципалитетов.

4.4. Совет вправе организовывать секции, руководители секций утверждаются решением Совета.

Управление Советом, организация работы

5.1. Координационный совет избирает своего председателя и его заместителей, ответственного секретаря.

5.2. Заместители председателя Совета исполняют его функции по его поручению в его отсутствие.

5.3. Председатель Совета организует работу в соответствии с настоящим Положением и Регламентом работы Совета, определяет круг вопросов, подлежащих рассмотрению на заседаниях Совета, дает поручения ответственному секретарю и членам Совета, ведет заседания Совета.

5.4. Ответственный секретарь Совета организует проведение заседаний Совета, обеспечивает членов Совета необходимой документацией, ведет протоколы заседаний.

5.5. Совет собирается не реже одного раза в три месяца. Место и время проведения заседания Совета определяется председателем Совета и доводится до сведения членов Совета не позднее чем за неделю до проведения очередного заседания. Внеочередное заседание Совета может быть созвано по инициативе председателя или по просьбе 2/3 членов Совета.

5.6. Заседание Совета считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 его состава.

5.7. Решения Совета принимаются открытым голосованием простым большинством членов Совета, присутствующих на заседании.

Срок полномочий

6.1. Срок полномочий Совета 3 года со дня его утверждения.

Изменение настоящего Положения

7.1. Изменение настоящего Положения производится по решению самого Координационного совета.

Регламент деятельности Координационного совета по развитию образовательной интеграции (инклюзии)

1. Совет создается, реорганизуется и упраздняется распоряжением начальника окружного управления образования Департамента образования города Москвы.

2. Положение о Совете утверждается приказом начальника окружного управления образования Департамента образования города Москвы.

3. Заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в три месяца.

4. Заседание Совета правомочно, если на нем присутствует более половины от общего числа его членов.

5. Решения принимаются открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Совета. При равенстве голосов голос председателя Совета является решающим.

6. Решения Совета носят рекомендательный характер.

7. Председатель Совета:

- определяет основные направления деятельности Совета;
- распределяет обязанности между заместителями председателя Совета;
- утверждает планы работы Совета и отчеты об их выполнении;
- проводит заседания Совета, руководит работой организуемых Советом конференций, дискуссий и иных мероприятий;
- в случае принятия решения о формировании секций определяет профиль деятельности секций Совета.

8. В отсутствие председателя Совета по его поручению один из заместителей председателя Совета руководит работой Совета.

9. Ответственный секретарь Совета:

- выдвигается членами Совета и утверждается председателем Совета;
- организационно обеспечивает работу Совета, оформляет протоколы его заседаний, готовит рабочие материалы к заседаниям Совета;
- осуществляет внешние связи с общественными объединениями, научными организациями, консультативными и экспертными советами, городским Ресурсным центром и другими организациями;
- осуществляет организационно-техническое обеспечение деятельности Совета;

– запрашивает в образовательных учреждениях округа, структурных подразделениях окружной службы практической психологии, структурных подразделениях управления образования округа материалы, необходимые для работы Совета.

10. Члены Совета имеют право:

- участвовать во всех формах деятельности Совета;
- вносить предложения, свободно выражать свои взгляды по вопросам, обсуждаемым в рамках компетенции Совета;
- пользоваться в установленном порядке банком данных Совета по вопросам деятельности Совета.

11. Работа Совета осуществляется на основании текущих и перспективных планов, утверждаемых председателем Совета.

12. Совет взаимодействует по вопросам своей компетенции со структурными подразделениями окружного управления образования города Москвы, с другими образовательными и иными учреждениями.

13. Совет может привлекать для аналитических и экспертных работ, проводимых в соответствии с планами работы Совета, сторонние организации и специалистов, в том числе на договорной основе.

14. Совет по своему усмотрению формирует секции, рабочие группы по направлениям деятельности с привлечением высококвалифицированных специалистов для решения актуальных задач психологической службы.

15. Решение рабочей группы, секции утверждается Советом в соответствии с п. 5 настоящего Регламента.

16. Апелляция на решение секции рассматривается членами Совета и подается стороной, внесившей вопрос на рассмотрение, до утверждения решения секции Советом.

17. Материалы, подготавливаемые Советом, могут быть направлены председателем Совета для ознакомления в структурные подразделения окружного управления образования, окружной учебно-методический центр, образовательные учреждения округа.

18. По итогам работы Совета за год готовится отчет, который утверждается председателем Совета.

КАРТА УЧАЩЕГОСЯ С ОВЗ (для школ)

I. Общие сведения о ребенке

1. ФИО ребенка _____
 2. Дата рождения _____ Школа / класс _____
 3. Статус инвалида: _____
 да/нет, если «да», то указать группу _____
 4. Имеется ли в личном деле заключение ПМПК: да/нет, если «да», то
 указать дату _____

5. Тип отклоняющегося развития (подчеркнуть необходимое):

- нарушение интеллекта;
- нарушение опорно-двигательного аппарата;
- нарушение слуха;
- нарушение зрения;
- нарушение речи;
- ЗПР;
- РДА;
- сложная структура дефекта.

II. Характеристика образовательного процесса

6. Тип класса, в котором обучается ребенок:
 - класс компенсирующего обучения;
 - класс для детей со сложной структурой дефекта;
 - инклюзивный/интегративный.
 7. Наполняемость класса: _____ из них детей с ОВЗ (указать тип отклоняющегося развития): _____
 8. Режим посещения занятий (подчеркнуть необходимое):
 - надомная форма обучения;
 - частичная интеграция при надомной форме обучения;
 - частичная интеграция (указать предметы, которые не посещает)

- обучение с посещением всех предметов.

9. Сопровождение ребенка в процессе обучения обеспечивается (подчеркнуть необходимое):

- тьютором;
- родителем;
- социальным педагогом;
- не нуждается в сопровождении.

10. Разработка ИОП (указать, когда разработана и на какой срок)

III. Создание специальных условий

11. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в СОШ обеспечивается следующими специалистами (подчеркнуть необходимое):

- психолог;
- дефектолог;
- сурдопедагог;
- тифлопедагог;
- логопед;
- специалист ЛФК.

12. Обеспечение особой материальной среды в образовательном учреждении (подчеркнуть необходимое):

- пандусы, лифты, особые туалеты;
- приспособления и оборудование для слепых и слабовидящих;
- приспособления и оборудование для глухих и слабослышащих;
- другое _____

13. Обеспечение учебного места ребенка (подчеркнуть необходимое):

- специальные парты;
- дидактические пособия.
- другое _____

14. Оказывается ли ребенку психолого-педагогическая помощь на базе Ресурсного центра: да/нет, если «да», то каким специалистом:

КАРТА ВОСПИТАНИКА С ОВЗ (для ДОУ)

I. Общие сведения о ребенке

1. ФИО ребенка _____
2. Дата рождения _____ Группа _____
3. Статус инвалида: _____
- да/нет, если «да», то указать группу _____
4. Имеется ли в личном деле заключение ПМПК: да/нет, если «да», то указать дату _____
5. Тип отклоняющегося развития (подчеркнуть необходимое):
 - нарушение интеллекта; - нарушение речи;
 - нарушение опорно-двигательного аппарата; - ЗПР;
 - нарушение слуха; - РДА;
 - нарушение зрения; - сложная структура дефекта.

II. Характеристика образовательного процесса

6. Тип группы, которую посещает ребенок:
 - группа, состоящая только из детей с ОВЗ (указать направление): _____
 - инклюзивная/интегративная.
7. Наполняемость группы: _____ из них детей с ОВЗ (указать тип отклоняющегося развития): _____
8. Режим посещения (подчеркнуть необходимое):
 - полный день;
 - кратковременное пребывание;
9. Сопровождение ребенка обеспечивается (подчеркнуть необходимо):
 - тьютером; - социальным педагогом;
 - родителем; - не нуждается в сопровождении.

III. Создание специальных условий

10. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в ДОУ обеспечивается следующими специалистами (подчеркнуть необходимое):
 - психолог; - тифлопедагог;
 - дефектолог; - логопед;
 - сурдопедагог; - специалист ЛФК.
11. Обеспечение особой материальной среды в образовательном учреждении (подчеркнуть необходимое):
 - пандусы, лифты, особые туалеты;
 - приспособления и оборудование для слепых и слабовидящих;
 - приспособления и оборудование для глухих и слабослышащих;
 - другое _____
12. Оказывается ли ребенку психолого-педагогическая помощь на базе Ресурсного центра: да / нет, если «да», то каким специалистом: _____

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ

**О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ**

Большинство детей с нарушенным слухом обучается в специальных детских садах и школах-интернатах для детей с нарушенным слухом (школы для глухих и школы для слабослышащих).

Эти ребята разделяются на две группы: слабослышащих, которые с помощью слухового аппарата или без него могут слышать устную (звучащую) информацию, и глухих, которые не воспринимают разборчиво на слух обращенную речь даже при наличии звукоусиления.

И те, и другие обязательно используют свои навыки чтения с губ или зрительное восприятие устной речи (умение понимать устную речь по видимым речевым движениям говорящего). Состояние навыков чтения с губ весьма различно и находится в прямой зависимости от уровня владения языком в его устной форме.

Развитие речи в большинстве случаев, особенно у глухих детей, неудовлетворительно. Но зато они обычно владеют мимико-жестикulatorной речью и могут пользоваться помощью сурдопереводчиков.

Вторую по численности группу составляют слабослышащие дети. Они неплохо пользуются своими слуховыми возможностями (с аппаратами или без них), однако имеют весьма слабые навыки чтения с губ и совсем не знают мимико-жестикulatorной речи. Но зато они в определенной степени владеют русским языком.

Общей проблемой для всех детей с нарушенным слухом является быстрый темп речи педагогов, практическая невозможность быстро воспринимать предлагаемый материал, одновременно слушать и выполнять какие-либо инструкции педагогов.

Старайтесь делать небольшие паузы (3-4 мин) после объяснения какого-либо вопроса, чтобы ребенок мог понять воспринятое.

Не бойтесь два - три раза повторить основные положения предлагаемого материала.

Используйте как можно шире иллюстративный материал.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ

О ПОНИМАНИИ ВАШЕЙ РЕЧИ ДЕТЬМИ

Нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны непониманием инструкции, непривычной формулировкой вопроса, незнанием требований педагога. Следует обязательно проверить, как понято задание. Время, затраченное на проверку понимания инструкции или требования, окупается с лихвой при выполнении работы или ответе.

Не задавайте вопросов "Понял?", "Понятно?" Не верьте односложным ответам школьников "Да" и "Нет". Потребуйте раскрыть, что значит "Да", что скрывается за "Нет".

Попросите повторить инструкцию полностью или фрагментарно. Задавая вопрос, обязательно требуйте его повторения вслух.

Во время Вашего монолога следите за тем, насколько Ваш ученик Вас понимает. Время от времени просите повторить Ваши слова.

О Вашем речевом поведении

Всегда располагайтесь лицом к источнику света. Прежде чем начать говорить что-либо, надо привлечь к своему лицу аргительное внимание человека с нарушенным слухом, дожидаться или добиться, чтобы он на Вас посмотрел.

Всегда сами смотрите в лицо ребенку с нарушенным слухом при разговоре с ним, не только во время Вашего высказывания, но и когда слушаете его. Сразу повторяйте вслух его слова, как эхо, особенно если он задаст вопрос.

Стройте фразу так, чтобы в ней был естественный порядок слов, чтобы начиналась фраза с заведомо воспринимаемых ("видимых") слов, ответ на вопрос ребенка начинайте или с двух-трех слов, содержащихся в вопросе, или с повторения вслух вопроса.

Во время говорения старайтесь не кивать головой, не размахивать руками (не жестиковать), не прикрывать рот, не поворачиваться спиной к ученику или к классу.

Ваша реакция на какую-либо ситуацию или реплику со стороны должна быть понятна или немедленно объяснена глухому человеку.

Будьте к собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи.

Овладевайте способами оперативной помощи ему во время беседы или урока: повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов;

переставить слова во фразе;

заменить то или иное слово без изменения смысла фразы;

написать ключевое или непонимаемое слово; написать всю фразу.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

Большинство детей с нарушенным слухом обучается в специальных детских садах и школах-интернатах для детей с нарушенным слухом (школы для глухих и школы для слабослышащих).

Эти ребята разделяются на две группы: слабослышащих, которые с помощью слухового аппарата или без него могут слышать устную (звучащую) информацию, и глухих, которые не воспринимают разборчиво на слух обращенную речь даже при наличии звукоусиления.

И те, и другие обязательно используют свои навыки чтения с губ или зрительное восприятие устной речи (умение понимать устную речь по видимым речевым движениям говорящего). Состояние навыков чтения с губ весьма различно и находится в прямой зависимости от уровня владения языком в его устной форме.

Развитие речи в большинстве случаев, особенно у глухих детей, неудовлетворительно. Но зато они обычно владеют мимико-жестикulatorной речью и могут пользоваться помощью сурдопереводчиков.

Вторую по численности группу составляют слабослышащие дети. Они неплохо пользуются своими слуховыми возможностями (с аппаратами или без них), однако имеют весьма слабые навыки чтения с губ и совсем не знают мимико-жестикulatorной речи. Но зато они в определенной степени владеют русским языком.

Общей проблемой для всех детей с нарушенным слухом является быстрый темп речи педагогов, практическая невозможность быстро воспринимать предлагаемый материал, одновременно слушать и выполнять какие-либо инструкции педагогов.

Старайтесь делать небольшие паузы (3–4 мин) после объяснения какого-либо вопроса, чтобы ребенок мог понять воспринятое.

Не бойтесь два – три раза повторить основные положения предлагаемого материала.

Используйте как можно шире иллюстративный материал.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ

О ПОНИМАНИИ ВАШЕЙ РЕЧИ ДЕТЬМИ

Нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны непониманием инструкции, непривычной формулировкой вопроса, незнанием требований педагога. Следует обязательно проверить, как понято задание. Время, затраченное на проверку понимания инструкции или требования, окупается с лихвой при выполнении работы или ответе.

Не задавайте вопросов "Понял?", "Понятно?" Не верьте односложным ответам школьников "Да" и "Нет". Потребуйте раскрыть, что значит "Да", что скрывается за "Нет".

Попросите повторить инструкцию полностью или фрагментарно. Задавая вопрос, обязательно требуйте его повторения вслух.

Во время Вашего монолога следите за тем, насколько Ваш ученик Вас понимает. Время от времени просите повторить Ваши слова.

О Вашем речевом поведении

Всегда располагайтесь лицом к источнику света. Прежде чем начать говорить что-либо, надо привлечь к своему лицу зрительное внимание человека с нарушенным слухом, дожидаться или добиться, чтобы он на Вас посмотрел.

Всегда сами смотрите в лицо ребенку с нарушенным слухом при разговоре с ним, не только во время Вашего высказывания, но и когда слушаете его. Сразу повторяйте вслух его слова, как эхо, особенно если он задает вопрос.

Стройте фразу так, чтобы в ней был естественный порядок слов, чтобы начиналась фраза с заведомо воспринимаемых ("видимых") слов, ответ на вопрос ребенка начинайте или с двух-трех слов, содержащихся в вопросе, или с повторения вслух вопроса.

Во время говорения старайтесь не кивать головой, не размахивать руками (не жестикулировать), не прикрывать рот, не поворачиваться спиной к ученику или к классу.

Ваша реакция на какую-либо ситуацию или реплику со стороны должна быть понятна или немедленно объяснена глухому человеку.

Будьте к собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи.

Овладевайте способами оперативной помощи ему во время беседы или урока: повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов;

переставить слова во фразе;

заменить то или иное слово без изменения смысла фразы;

написать ключевое или непонимаемое слово; написать всю фразу.

ЗНАКОМСТВО СО СЛОВОМ

Консультация для учителей начальной школы

Знакомство со словом, включение его в разные коммуникативные конструкции происходит одновременно с выполнением действий, исследованием реальных предметов, которыми он многократно пользуется, таким образом познавая их свойства, сферу употребления.

В обычных условиях речевое развитие подчиняется определенным закономерностям: еще задолго до того, как ребенок научится говорить, он начинает понимать речь; благодаря пониманию, он с первых лет своей жизни включается в общение.

И у слабослышащих детей наблюдается такая же закономерность: прежде всего новый языковой факт должен быть усвоен в плане пассивной речи. Поэтому детям с нарушением слуха должны быть созданы условия, которые обеспечивают постепенное овладение активными речевыми навыками.

Все ситуации могут быть основой для знакомства со словом, обобщения и конкретизации его значения, включения в активную речь детей. Характеризуя речевой материал, который может быть введен, следует отметить, что он должен: быть актуальным для общения детей со взрослыми и между собой; включать разные коммуникативные конструкции (поручения, сообщения, вопросы, отрицания), в состав которых входят разные грамматические категории (существительные, глаголы, прилагательные, наречия и др.) в зависимости от ситуации общения; быть обеспечен повторяемостью в различных ситуациях общения.

Нельзя сводить работу по развитию речи только к предъявлению слов и выражений, чаще всего обозначающих названия предметов. Важное значение должно придаваться накоплению глагольного словаря, т.к. он важен для обеспечения общения с детьми и является основой диалога.

Ребенка с нарушенным слухом надо учить, опираясь на его сопряженную и отраженную речь и на чтение.

Все грамматические ошибки ребенка следует исправлять только в словосочетаниях – исправление неправильного слова недопустимо.

Давая ученику образцы речевых конструкций, необходимо помнить, что использование плохослышащим образцов должно быть не механическим, чисто подражательным, а осознанным. Причем это распространяется на каждый новый языковой факт, на каждую новую грамматическую закономерность. В результате постоянного употребления той или иной грамматической формы навык закрепляется, автоматизируется, формируется так называемое языковое чутье (нельзя сказать мальчик пошла, надо – мальчик пошел и т.п.).

Речевые возможности должны реализоваться в различных, в том числе и искусственно создаваемых учителем, ситуациях общения. Например, в целях побуждения учащихся к употреблению вопросов со словом «где» учитель создает «вопросительную» ситуацию: ученика просят дать предмет, который предварительно прячется его товарищем; в этой ситуации ученик вынужден обратиться к товарищу с вопросами: Где мел? Где губка? и т. п. Вопросы учащихся обязательно должны быть мотивированы необходимостью выполнить это или иное задание (мел требуется для того, чтобы записать задание; губка нужна для того, чтобы вытереть доску).

Работая над прослушанным текстом, можно использовать те же приемы работы, что и при чтении текста: ответы на вопросы в связи с содержанием прослушанного, пересказ содержания (по опорным словам, по плану или без них), придумывание конца или середины рассказа, расчленение рассказа на смысловые куски и составление заголовков, самостоятельное описание предметов или действующих лиц и др.

Примерный перечень оборудования кабинета психолога для образовательных учреждений, в которых находятся дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

При работе с детьми данной категории особое внимание следует уделять сенсомоторному развитию, а для этого необходимо использовать следующие материалы:

- для развития зрительного восприятия: лупы, линзы, диаскопы, увеличители, детские микроскопы; фонарики; цветные бегущие огни; свечи, светящиеся предметы (звезды, луна, солнце и др.); фломастеры с разной шириной стержня; трафареты; мигающие устройства (типа «Сова», «Маяк»); мишени с ярким контуром, различные по размеру, в виде геометрических фигур, мишени объемные; шары, кубики, флажки, ленты разного цвета; пирамидки, подвески озвученные, различные по форме, цвету, величине; мозаика (геометрическая, плоскостная и объемная); матрешки (плоскостные и объемные); вкладыши разнообразной формы и тематики (3–5-местные); набор разноцветных палочек для составления узоров; коробки цветные с цветными шарами, грибочками, цветочками и т.п.; неваляшки; движущиеся и заводные игрушки; цветные таблички (материал Монтессори); лабиринты различной степени сложности; игрушки, изображающие животных (плоскостные); дидактические игры на развитие зрительного восприятия цвета, формы, величины, ориентировку в пространстве.

- для развития слухового восприятия необходимы: музыкальные и шумовые инструменты (бубен, колокольчики, свирели, дудки, рожки, погремушки, маракасы и др.); шумящие коробочки парные (коробочки с разным содержанием: манная, рисовая, гречневая крупа, песок речной, горох, пуговицы, металлические мелкие предметы и т.п.); материал Монтессори; султанчики; деревянные, металлические, стеклянные, глиняные, керамические предметы (ложки, горшки, стаканы и др.); подвески озвученные; звучащие мячи и другие игрушки; аудиозаписи; «звенящая» вода (различные бокалы или стаканы, до середины наполненные водой; палочка с шариком на конце).

- развитию тактильного восприятия способствуют: клавишная доска (шероховатая, гладкая); материал Монтессори; шершавые таблички, которые оклеены бумагой различной фактуры и плотности; тепловые таблички (металлические, мраморные, деревянные, войлочные); набор тканей (разных по качеству, цвету, рисунку); «бирюльки»; «волшебный мешочек»; набор предметов из различного материала (полиэтилен, вата, пенопласт, металл, стекло, глина, дерево, резина и др.); кольца для надевания на руки и на ноги (деревянные, пластмассовые, меховые, тканевые,

резиновые и т.д.); игрушки-пищалки (для воздействия на руки и стопы ног); массажные перчатки; «мокрые» варежки (теплые и холодные); перья и изделия из перьев; шарики разной степени тяжести; подушки ватные, перьевые, поролоновые, воздушные, водные; дорожка для профилактики плоскостопия с секциями (мягкая – поролоновая; твердая – из деревянных круглых реек; мягкая неустойчивая – песчаная; твердая – из ровных мелких камешков; мягкая – колючая шерстяная); фен, воздушные шарики, трубочки для продувания, вентилятор (для стимуляции воздухом).

Физкультурный зал помимо основного инвентаря должен иметь оборудованную стену без плинтуса с вертикальными линиями, по которым дети ровняют спину. А также необходимы различные разметки (плоскостное изображение стоп, центральный круг, прямые и волнистые линии) и индивидуальные коврики с нашитой средней линией.

**Выдержка из Международной классификации болезней
(10-й пересмотр – МКБ-10)**

- F0** Органические, включая симптоматические, психические, расстройства.
- F1** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.
- F2** Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.
- F3** Аффективные расстройства настроения.
- F4** Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
- F5** Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.
- F6** Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.
- F7** Умственная отсталость.
- F8** Нарушения психологического развития.
- F9** Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Таблица 1

Тип акцентуации	Основные черты	Ситуации, в которых возможен конфликт	Способы взаимодействия
Гипертимный тип	Чрезвычайно контактные, словоохотливы, оживленная жесткая реакция, повсюду отвлечение от первоначальной темы разговора; эпизодически конфликтны из-за недостаточного серьезного отношения к служебным и семейным обязанностям; склоны огорчаться по поводу замечаний окружающих; иногда бывают инициаторами конфликтов (активная сторона)	Условия жесткой дисциплины, монотонная деятельность, выпущенное одиночество; более часто чем у других людей отмечаются заблуждений манипулятивно-депрессивным психозом	Включение в интересную и достаточную деятельность с оттенком лидерства, ее необходимо строить под конкретного подростка-типертима, учитывая его интеллект, способности, склонности и др. Всегда отзывчивы на доброжелательное, уважительное отношение.
Циклоидный тип	Контактность циклически меняется (высокая в период повышенного настроения и низкая в период подавленности), настроение во многом зависит от окружающей его среды.	На замечания и укоры могут ответить раздражением, грубостью и гневом, но при этом в глубине души еще больше выдают в унылом. Всякая уязвимость к коренной ломке жизненного стереотипа. Серьезные неудачи и наказания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с возможными попытками к самоубийству.	При нахождении подростка в субдепрессивной фазе — невязчивая забота и внимание (при этом категорически противопоказаны расспросы типа: «Ну почему у тебя такое плохое настроение?»). Необходимо по возможности уменьшить в этот период различные требования к подростку.
Эмотивный тип («Лабильный»)	Контактность ниже среднего уровня; предпочитают узкий круг друзей и близких которые понимают «с полуслова»; редко вступают в конфликты — пассивная роль; обиды не «выплескивают», исполнимительны	Конфликты с близкими, смерть или болезнь родных, несправедливость, хамство, пренебрежение в окружении грубых людей.	Отзывчивы на доброту, понимание. Иногда достаточно непродолжительного, но доверительно-ласкового разговора, чтобы улучшить настроение. Воздействие на лабильного подростка эффективно при минимальных усилиях и наказаниях, действие исключительно доброй и лаской.

Тип акцентуации	Основные черты	Ситуации, в которых возможен конфликт	Способы взаимодействия
Застревающий тип (Астено-невротический)	Повышенная психическая и физическая утомляемость- раздражительность, склонность к ипохондричности. Служебная и бытовая педговорчивость, застревания на негативных переживаниях, занудливость. В конфликтах нередко активная сторона.	Задетое самолюбие, несправедливая обида, препятствие к достижению честолюбивых целей, ситуация ревности, сопротивление непомерно высоким (на их взгляд) требованиям.	При достаточно легкой возбудимости такая же легкая потеря сил и следствие-уменьшение силы гнева - «дать остынуть». Для интенсивной учебной работы использовать подростка в его лучшие периоды - это второй, третий урок, начало и середина недели, первая половина четверти. Необходимо старательно вуалировать большинство промахов и неудач подростка. Крайне болезненно реагируют на шутку в свой адрес, от кого бы она ни исходила.
Тревожный тип (Сенситивный)	Низкий уровень контактности из-за робости, неуверенности в себе; пониженный фон настроения, резкие вегетативные реакции на яркие эмоции (бледнеет/краснеет, потливость рук, головные боли и т.п.). Редко вступают в конфликты, постоянно в поиске опоры/защитника в окружающих.	Ситуация страха, угрозы наказания, постоянных насмешек, несправедливых обвинений. Это может толкнуть на острую аффективную реакцию, конфликт, спровоцировать депрессию или даже попытку самоубийства; Ищут самоутверждения именно там, где чувствуют свою неполноценность.	К опеке старших относятся терпимо и даже охотно ей подчиняются. Учатся обычно старательно, но очень боятся всякого рода проверок, контрольных, экзаменов - обязательная предварительная подготовка/беседа/предупреждение.
Педантичный тип (Тревожно-педантический)	Обычная контактность; выраженная занудливость в виде «переживания» подробностей; в конфликты вступают редко - пассивная сторона. Психологической защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально	Ситуации личной ответственности за важное дело, недооценка заслуг, склонность к ипохондрическим проявлениям.	Педагог в должен избегать делегировать ответственность подростку, поскольку это может вызвать у него перво-психический срыв, усиление субдепрессивной симптоматики.

Тип акцентуации	Основные черты	Ситуации, в которых возможен конфликт	Способы взаимодействия
	придуманные приметы и ритуалы: жесты, заклинания, целые поведенческие комплексы. Другой формой «защиты» бывает особо выработанный формализм и педантизм.		
Дистимный тип (Интровертированный)	Низкая контактность, замкнутость, немногословность, пессимизм; домоседы, тяготеют шумным обществом, с окружающими близко не сходятся; в конфликты вступают редко, выступают чаще пассивной стороной; ценят тех, кто одаривает их дружбой и склонен им подчиняться.	Ситуация, требующая бурной деятельности, смена привычного образа жизни; склонность к невротической депрессии и маниакально-депрессивному психозу.	В условиях спокойной, размеренной работы, четко регламентированной, не требующей инициативы и многочисленных контактов, чувствует себя хорошо.
Демонстративный тип	Беспридельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия, предпочтается даже негодование или ненависть окружающих в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие, только по перспектива остаться незамеченным. Неизменно стремление добиваться для себя всевозможных льгот и послаблений за счет других, часто сопутствуют высокая мимикрия в поведении.	Ситуация ущемления интересов, недооценки заслуг, низвержение с «пьедестала».	Вначале педагог идет навстречу потребности подростка в повышенном внимании: часто хвалит его, делает в его адрес разного рода нейтральные замечания и т.д. На втором этапе, когда закрепились положительные результаты первого, учитель обращает внимание на подростка только тогда, когда его поведение и деятельность соответствуют ожиданиям педагога, подкрепляя тем самым положительные сдвиги в его поведении. Наконец, на третьем этапе педагог переходит к прерывистой схеме подкрепления - обращает на него внимание лишь в ответ

Тип акцентуации	Основные черты	Ситуации, в которых возможен конфликт	Способы взаимодействия
Возбудимый тип	Пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, склонностью к агрессии, хамство, лживость, аффективная взрывчатость. Характерна также напряженность инстинктивной сферы, достигая в отдельных случаях аномальной влечений. В интеллектуальной сфере обычно наблюдается вялость, тугодумность, тягеловечность, инертность.	Повод для гнева может быть ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущербом прав и интересов возбудимого подростка. Как правило, происходит падение мотивации к учебной деятельности, что тем не менее часто сочетается с довольно высокими «претензиями» к своим оценкам. Возбудимый подросток начинает бороться за «благополучные оценки» самыми разными способами; от заискивания перед учителем до яростных, тяжелых конфликтов с ним.	Одним из способов коррекции является апелляция к их сознанию, анализ и оценка их поведения в процессе индивидуальной беседы. Беседу должна представлять собой устный, а иногда и письменный компромиссный договор. Упор нужно сделать на вред, который подросток приносит себе или своим близким. Учитывая прагматизм возбудимых, такие соглашения (при четком соблюдении их обеими сторонами) дают положительный результат.
Экзальтированный тип (Неустойчивый)	Патологическая слабость воли, плывут по течению, примыкают к более активным, инициативным сверстникам, повышенная внушаемость неустойчивых личностей, их нецелеустремленная криминальность.	Неудачи, горестные события.	Для коррекции поведения таких детей чрезвычайно важен полный контроль за их поведением и деятельностью (Эт) должна быть целая система контрольных мер в школьных занятиях, в семье (проверка результатов,ности учебы, совместный труд со взрослыми), наполнение досуга неустойчивого подростка дружескими занятиями и т.д.) [Но как только контроль ослабевает, неустойчивый подросток начинает стремиться в «подходящую компанию».

Словарь терминов
(к разделу «Организация психолого-педагогического
сопровождения образовательной интеграции (инклюзии)
детей с нарушениями речи»)

- Механическая дислалия** – нарушения звукопроизношения связаны с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата; **функциональная дислалия** – нарушения функции артикулирования – неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции;
- Проявления:** ребенок либо не может произнести звук (пропускает его или искажает произношение), либо смело заменяет один звук другим.
- Ринолалия** – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь – голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого неба.
- Ринофония** – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полости в процессе звукообразования.
- Проявления:** у ребенка ярко выражен пазализованный (т.е. носовой, от лат. *nasus* – нос) тембр голоса.
- Дисфония** – расстройство звукообразования при заболеваниях гортани, перенапряжении голосового аппарата.
- Проявления:** у ребенка отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи. (афония), либо есть нарушения силы, высоты и тембра голоса (дисфония).
- Дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, но касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи.
- Проявления:** у ребенка отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры, речь характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос у него тихий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность. Дизартрия может наблюдаться как в тяжелой, так и в легкой форме. Тяжелая форма чаще всего наблюдается при детском церебральном параличе. Ребенок с легкими (стертыми) формами дизартрии не выделяется резко среди своих сверстников, однако может нечетко говорить и плохо есть. Обычно они не любят мясо, морковь, твердое яблоко, так как им трудно жевать.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи при хорошем физическом слухе вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). При моторной алалии трудности касаются развития собственной речи при относительно сохранной возможности понимания обращенной речи. При сенсорной алалии наблюдается противоположная картина – нарушается в той или иной степени понимание речи окружающих.

Проявления: у детей накопление словарного запаса идет очень медленно, фразу они строят с трудом, неправильно. В словах встречаются перестановки, сокращения, многообразные замены одного звука другим. Иногда у таких детей бывает своя речь, которую окружающие не понимают.

Дисграфия (частичное) или аграфия (полное) специфическое стойкое расстройство процесса письма при сохранении общей способности к обучению.

Проявления: у ребенка отмечаются ошибки в написании парных звонких-глухих согласных, неустойчивость оптико-пространственных образов букв (например, путает написание б/д, м/л, п/к, ш/и, и/у и др.), искажения звукослогового состава слова и структуры предложения.

Дислексия (алекия) – стойкое избирательное нарушение способности к овладению навыком чтения при сохранении общей способности к обучению.

Проявления: у ребенка навык чтения не автоматизируется (может оставаться побуквенным), нарушается понимание прочитанного, отмечаются трудности дифференциации букв.

Заикание – нарушение темпа, ритма, плавности речи, вызываемое судорогами в различных частях речевого аппарата.

Проявления: в речи ребенка наблюдаются вынужденные остановки или повторения отдельных звуков и слогов. Заикание чаще всего возникает у детей в возрасте от двух до пяти лет.

Тахилалия – ускоренный темп, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения.

Брадилалия – замедленный темп речи, с преобладанием процессов торможения.

Физиологические итерации – запинки несудорожного характера в речи.

Полтерн – ускоренный темп речи с запинками несудорожного характера.

Словарь терминов

(к разделу «Психолого-педагогические технологии работы с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата в условиях образовательной интеграции (инклюзии)»)

Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Выделяют 4 вида гиперкинезов: хореоформные (быстрые непроизвольные движения), атетоидные (медленные, вычурные непроизвольные движения пальцев рук и артикуляционного аппарата), хореоатетоидные (смешанные) и спастическая кривошея (закидывание головы).

Тремор – дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме).

Учебное издание

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ПЕДАГОГА, РАБОТАЮЩЕГО С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Методическое пособие

Под редакцией М.С. Старовой

Лицензия ИД № 03185 от 10.11.2000.

Сертификат соответствия

№ РОСС RU.АЕ51.Н14939 от 02.12.2010 г.

Подписано в печать 17.04.11. Формат 60×88/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 10,29.

Тираж 1000 экз. (1-й завод 1–500 экз.).

Заказ № 1255.

Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС.

119571, Москва, просп. Вернадского, 88,

Московский педагогический государственный университет.

Тел. 430-04-92, 437-25-52, 437-99-98; тел./факс 735-66-25.

E-mail: vlados@dol.ru

<http://www.vlados.ru>

ООО «Великолукская городская типография».

182100, Псковская обл., г. Великие Луки, ул. Полиграфистов, 78/12.

Тел./факс (811-53) 3-62-95.

E-mail: zakaz@veltip.ru