

**Тебенова К.С., Каргин С.Т.,
Заркенова Л.С., Рымханова А.Р.**



**ОСНОВЫ
ИНКЛЮЗИВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

Учебное пособие

Тебенова К.С., Каргин С.Т.,
Заркенова Л.С., Рымханова А.Р.

ОСНОВЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Учебное пособие



TECHSMITH
Алматы, 2019

378
ББК 47.58
Т 12

*Рекомендовано к печати Учебным Советом
КарГУ им. академика Е.А.Букетова*

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Ш.М. Мухтарова, д.п.н., профессор Карагандинского государственного университета имени академика Е.А.Букетова;

С.К. Абильдина, д.п.н., профессор, зав.кафедрой педагогики и методики начального обучения Карагандинского государственного университета имени академика Е.А.Букетова;

М.Б.Отарбаева, д.м.н., доцент, руководитель службы менеджмента научных исследований Национального центра гигиены труда и проф.заболеваний МЗ СР РК;

К.С.Дюсетаева, к.п.н., директор Карагандинской областной специализированной школы-интерната для одаренных детей «Дарын».

Т12 Тебенова К.С.

Основы инклюзивного образования: учебное пособие / К.С. Тебенова, С.Т. Каргин, Л.С. Заркенова и др. – Алматы: издательство TechSmith, 2019. – 304 с.

ISBN 978-601-310-858-2

В учебном пособии даны представления об особых образовательных потребностях детей с нарушениями психофизического развития, основных тенденциях и перспективах развития инклюзивного образования в Республике Казахстан, а также рекомендации по организации и реализации инклюзивного образования, разработке инди-видуальных образовательных маршрутов, проведения мониторинга и т.д.

Учебное пособие предназначено работникам специального и инклюзивного образования, студентам и магистрантам специальностей «Образование».

© Тебенова К.С., Каргин С.Т.,
Заркенова Л.С., Рымханова А.Р., 2019
© TechSmith, 2019

ПРЕДИСЛОВИЕ

Гуманизация общественного сознания, как и современное социальное право, считает незтичным терминологию, смыслом которой является коррекция (исправление) человека или каких-либо его качеств и свойств. Человек имеет право на индивидуальность, самобытность, признание и учет обществом тех или иных его особенностей, в том числе и ограниченных возможностей жизнедеятельности. Наше общество обязано предложить такому человеку помощь (медицинскую, социальную, педагогическую, психологическую), но никак не коррекцию. Применительно к личности в целом речь может идти только о педагогической помощи, специальных образовательных услугах, которые сам человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать.

Предпринимая последовательные шаги в направлении от равных прав к равным возможностям в доступе к качественному образованию для всех правительство Республики Казахстан в «Государственной программе развития образования в Республике Казахстан на 2011-2020 годы» определило в качестве одной из важных задач – развитие инклюзивного образования.

Принятие в Республике Казахстан Закона «О социальной медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», а также содержание «Концептуальных подходов к развитию инклюзивного образования в Республике Казахстан (2015)», в части развития инклюзивного образования закрепляет право указанной категории детей на получение образования, создание реальных условий для получения ими образования, развитие и совершенствование системы инклюзивного образования, совершенствование организационно-управленческих механизмов инклюзивного образования.

Учитывая вышесказанное, целью данного пособия является расширение научного кругозора будущих специалистов в сфере общего и специального, в том числе и инклюзивного образования, качество их теоретической подготовки к педагогической деятельности.

Знание материала пособия позволит студентам получить представление об основных категориях детей с нарушениями физического и психического развития, особенностях познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности детей с нарушениями развития; об особенностях их обучения и воспитания; поможет педагогу правильно организовать систему работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности и трудности обучения в условиях общеобразовательной школы; приобрести практические навыки, необходимые для самостоятельных экспериментальных исследований с целью совершенствования коррекционно-воспитательной работы; знание и внедрение в практику идей интегрированного обучения.

ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Краткое содержание темы. Понятие об особых образовательных потребностях. Понятийный аппарат дефектологии. Проблема нормы развития. Причины отклоняющегося развития. Дизонтогенез. Классификация нарушений. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития. Современная система специальных образовательных услуг.

1.1 Понятие об особых образовательных потребностях

«Дети (лица) с особыми образовательными потребностями (ООП)» - один из продуктивных терминов, который был предложен английскими специалистами в конце 70-х гг., предполагающий обратить внимание не только на характеристику недостатков, отклонений от нормы данных детей, но и на их потребности в особых условиях и средствах образования, подчеркивая при этом ответственность общества за выявление и реализацию этих потребностей.

Особые образовательные потребности – это потребности в организации специального педагогического процесса, позволяющего преодолевать имеющиеся ограничения возможностей, поскольку ребенок с отклонениями в развитии не готов к усвоению общеобразовательных программ вследствие ограничения возможностей.

Современные научные представления позволяют выделить общие аспекты особых образовательных потребностей разных категорий детей с нарушениями психофизического развития: время начала образования; содержание образования; создание

специальных методов и средств обучения; в особой организации обучения, в расширении границ образовательного пространства; в продолжительности образования; в определении круга лиц, участвующих в образовании и их взаимодействии [1, С.92-93].

Взаимосвязанные и взаимодополняющие друг друга в специальном образовательном процессе обучение и воспитание осуществляются при следующих специальных образовательных условиях:

- наличии современных специальных образовательных программ (общеобразовательных и коррекционно-развивающих);

- учете особенностей развития каждого ребенка, индивидуальном педагогическом подходе, проявляющимся в особой организации коррекционно-педагогического процесса, применении специальных методов и средств (в том числе и технических) образования, компенсации и коррекции;

- адекватной среде жизнедеятельности;

- проведении коррекционно-педагогического процесса специальными педагогами (тифлопедагогами, сурдопедагогами, олигофренопедагогами, логопедами) и психологическом сопровождении образовательного процесса специальными психологами;

- предоставлении медицинских, психологических и социальных услуг [2, С.3,4].

Общие положения, определяющие состав специфического материала в содержании обучения, для каждой категории лиц с ООП, заключаются в следующем:

- если отставание в развитии ребенка проявляется сильнее, то больше специфического включается в содержание обучения;

- учёт особенностей развития не означает подчинение им, наоборот, содержание обучения должно быть направлено на преодоление недостатков и особенностей развития;

- на первых этапах обучения специфический компонент имеет важное значение.

Понятийный аппарат дефектологии

Каждая наука имеет собственный понятийный аппарат, свою терминологию, которые отражают ее специфику как научной дисциплины.

На сегодняшний день специалисты проводят научный анализ того понятийно-терминологического наследия, которым обладает специальная педагогика. В развитии специальной педагогики последнее десятилетие проходит под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. Для этого в странах СНГ на протяжении семидесяти лет использовался термин *«дефектология»*, параллельно которому использовались также два тесно связанных между собой термина *«специальная педагогика»* и *«специальная психология»*.

Появление и закрепление термина «дефектология» в бывшем СССР было обусловлено бурным развитием педологии. Педология и дефектология были связаны концептуальной общностью и складывающейся образовательной практикой, общим к ним вниманием выдающихся ученых того времени, которые сделали значительный вклад в развитие и психологии, и педологии, и дефектологии (Л.С.Выготский) [1, С.9-10.].

В длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей с различными физическими и психическими недостатками формировались и накапливались знания по специальной педагогике и специальной психологии. Из-за отсутствия собственной педагогической терминологии, первоначально использовалась общепринятая медицинская терминология. Употреблялись слова, обозначающие патологические анатомо-физиологические отклонения. Этиологии и симптоматика отклонений стали началом построения понятийно-категориального аппарата специальной педагогики и психологии [2, С.5-6.].

Психологические понятия и термины в специальную педагогику приходят с развитием психологии, по своей сути, которые тоже часто являются «диагностическими», например «дети с временной задержкой психического развития (ЗПР)».

В начале 90-х гг. в качестве альтернативы понятию «дефектология», появилось понятие *«коррекционная педагогика»*. Такой поспешный перенос привел к тому, что вся глубина и многообразие педагогической деятельности в сфере специального образования, ее сущностный смысл (личностное развитие, удовлетворение особых образовательных потребностей людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, их абилитация или реабилитация средствами образования, коррекция и компенсация вторичных отклонений в развитии, социокультурное адаптирование, педагогическая помощь семье и многое другое) были сведены к коррекции (исправлению).

Среди зарубежных специалистов термин «коррекционная педагогика» не является общеизвестным и широко употребительным.

Термин «коррекционная педагогика» с начала 90-х гг. параллельно используется и общей педагогикой в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения с целью снятия синдрома школьной дезадаптации у учащихся и обеспечения для них возможности освоения образовательного стандарта общего назначения.

Термин *«инвалид»* является общепринятым в правовом поле и в сфере социальной защиты. Данный термин, кроме медицинского диагноза (недееспособен) несет в себе негативный социальный смысл. Термин «инвалид» за рубежом применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими

нарушениями и в основном в узкопрофессиональном (медицинском) контексте.

В отечественных правовых документах в последнее время встречается термин *«лицо с ограниченными возможностями здоровья»*, *«лицо с ограниченными возможностями жизнедеятельности»*. Данная терминология, предлагаемая медицинским контекстом также часто используется специальной педагогикой за неимением своей собственной: *аномальные (дети, лица и др.), дети (лица) с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии и т.п.* На сегодняшний день становится понятным, что в педагогической и социальной сфере медицинские термины неприемлемы как дигнозные, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, а также как не отражающих особых потребностей этих лиц в образовании, особенностей и возможностей их социального адаптивования [2, С.13-14; 3,4].

В этом смысле наиболее продуктивным представляется термин, предложенный английскими специалистами в конце 70-х гг.: *«дети (лица) с особыми образовательными потребностями»*. Этот термин используется как в широком социальном, так и в научном контексте. Этот термин важен в научном контексте, поскольку ориентирует исследователей на «проницаемость» границ между науками о ребенке с ограниченными возможностями и нормальном ребенке, т.к. детьми с особыми образовательными потребностями могут быть как дети с психофизическими нарушениями, так и дети, не имеющие таковых. В последнем случае особые образовательные потребности могут быть обусловлены социокультурными факторами.

За рубежом в юридической и социальной сфере все шире используется термин *«лица с ограниченной трудоспособностью»* (вместо термина «инвалиды»). Это понятие позволяет рассматривать данную категорию лиц именно как нуждающихся

в различного рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума.

Часто в тесной связи со специальным образованием употребляется термин «*реабилитация*». По определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «реабилитация – это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей».

Термин «реабилитация» является производным от термина «*абилитация*» (от лат. *habilis* – быть способным к чему-либо), который целесообразно применять к детям раннего возраста с отклонениями в развитии. Это связано с тем, что в отношении данного возраста речь может идти не о *возвращении* способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном ее формировании [1, С. 11-12.]. Следовательно, *абилитация* – первоначальное формирование утраченной способности к чему-либо.

Одной из характерных черт современного этапа развития образования является образование для всех. В 1994 году в соответствии с целями программы «Образование для всех» была организована Всемирная конференция, посвященная развитию образования детей с особыми нуждами в г. Саламанка (Испания). Конференция провозгласила Саламанкскую декларацию и Рамки действий для осуществления будущих решений в образовании лиц с особыми потребностями.

В целях реализации Саламанкской Декларации ЮНЕСКО совместно с Министерством образования и науки Республики Казахстан осуществил в Казахстане Пилотный проект «Содействие базовому образованию детей с особыми нуждами». Целью этого проекта были поиски путей включения таких детей

в общеобразовательный процесс, т.е. инклюзивное образование. Исполнение проекта было предложено Республиканскому научно-практическому центру социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии (Центр САТР, организованный в 1992 г.). Центр САТР (ныне, с 25.02.2004 г., переименованный в ГУ Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики) впервые в Казахстане выдвинул идею инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями. Таким образом в специальном образовании все шире начал использоваться термин «*инклюзивное образование*» [3,4].

Фундаментальный принцип «образование для всех» состоит в том, что каждый человек должен иметь возможность учиться.

Основополагающий принцип инклюзивного образования – все люди должны иметь возможность учиться вместе, независимо от каких-либо трудностей, имеющихся на этом пути, или различий в способности к обучению, которые они могут иметь. Адресатами инклюзивного образования являются люди с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, *инклюзивное образование* – это политика государства, направленная на устранение барьеров, которые разъединяют детей, на полное включение всех детей в общеобразовательный процесс и их социальную адаптацию, несмотря на возраст, пол, этническую, религиозную принадлежность, отставание в развитии или экономический статус, путем активного участия семьи, коррекционно-педагогической и социальной адресной поддержки персональных нужд ребенка и адаптации не ребенка, а среды к индивидуальным особенностям и образовательным потребностям детей, т.е. путем создания адекватных образовательных условий. Инклюзивное образование – это обучение детей с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательных учреждений.

Внедрение в практику идей интегрированного обучения, следование курсу перехода на инклюзивное образование решит проблему социальной изоляции детей с инвалидностью, даст им возможность вести полноценную жизнь и быть равноправным членом общества [5, С.114-117].

Ведущими категориями специальной педагогики и специальной психологии являются:

Воспитание детей с проблемами в развитии имеет большое значение для их общего развития, для общения со сверстниками и взрослыми, формирования личности. Воспитание ребенка с проблемами в развитии осуществляется в тесном контакте семьи и школы, в обстановке взаимопонимания, взаимопомощи, разумного сочетания требовательности и щадящего режима. Воспитание такого ребенка проводится с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей, направлено на формирование у него самостоятельности, навыков самообслуживания, труда и культуры поведения, умения жить и работать в коллективе.

Обучение и развитие детей с проблемами в развитии – это целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду. В ходе обучения осуществляются цели образования и воспитания. Специальная педагогика занимается вопросами специальной дидактики (теории образования и обучения детей с ограниченными возможностями развития). Задачи, содержание, принципы, организация учебного процесса разрабатываются для каждого конкретного типа специального учебного заведения с учетом глубины и характера дефекта. В зависимости от этого выбираются методы обучения, наглядные и технические средства, решается проблема дифференциации обучения. Эта проблема является одной из главных как в специальной педагогике, так и в специальной психологии.

Коррекция (лат. correctio – исправление) в специальной педагогике и психологии – система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей. Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность ребенка с проблемами в развитии в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «*коррекционно-воспитательная работа*». В зависимости от типов специальных школ варьируются формы и методы коррекционно-воспитательной работы, но все они направлены на разностороннее физическое и психическое развитие детей.

Компенсация (лат. compensatio - возмещение, уравнивание) – замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных отклонений. Задача специально организованного обучения и воспитания детей с нарушениями психического развития заключается в том, чтобы найти эффективные пути компенсации нарушенных функций. Процессы компенсации не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом.

В связи с тем, что дети с ограниченными возможностями весьма подвержены неблагоприятным влияниям и состояниям (болезненные процессы, психические перегрузки и стрессы) компенсаторные механизмы могут разрушаться. При этом резко снижается работоспособность и замедляется развитие. Это явление носит название *декомпенсации*.

Социальная реабилитация (лат. rehabilitas – восстановление пригодности) в медико-педагогическом значении означает

включение ребенка с ограниченными возможностями в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

Социальная адаптация (лат. adapto – приспособляю) – приведение индивидуального и группового поведения детей с ограниченными возможностями в соответствие с системой общественных норм и ценностей.

Семейное воспитание – активный фактор реабилитации. Совместные усилия семьи и школы обеспечивают приобщение ребенка с проблемами в развитии к активной общественно-полезной деятельности, выявление его трудовых возможностей и выбор доступной профессии [6, С.13-15.].

В современных казахстанских нормативно-правовых документах в области образования, например в Законе РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (от 11 июля 2002 года № 343-III) приводятся следующие определения некоторых основных терминов, используемых в области специального образования.

Специальное образование – образование, предоставляемое детям с ограниченными возможностями с созданием специальных условий.

Ребенок (дети) с ограниченными возможностями – ребенок (дети) до восемнадцати лет с физическими и (или) психическими недостатками, имеющий ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке.

Ребенок группы «риска» – ребенок (дети) до трех лет, имеющий высокую вероятность отставания в физическом и (или) психическом развитии при отсутствии раннего вмешательства и оказания социальной и медико-педагогической коррекционной поддержки.

Физический недостаток – стойкое нарушение развития и (или) функционирования органа (органов), требующее длительной социальной, медицинской и коррекционно-педагогической поддержки.

Психический недостаток – временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании психики человека, включая: последствия сенсорных нарушений; нарушения речи; нарушения эмоционально-волевой сферы; последствия повреждения мозга; нарушения умственного развития, в том числе умственную отсталость; задержку психического развития и связанные с этим специфические трудности в обучении.

Сложный недостаток – любое сочетание психического и физического недостатков.

Тяжелый недостаток – психический и (или) физический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными (в том числе специальными) образовательными стандартами является недоступным и возможности обучения ограничиваются овладением навыками самообслуживания, элементарными знаниями об окружающем мире и простыми трудовыми навыками или узкой профессиональной подготовкой.

Специальные образовательные условия – условия для получения специального образования, включая технические и иные вспомогательные средства, а также медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение образовательных программ детьми с ограниченными возможностями.

Специальные организации образования – организации, созданные для диагностики и консультирования, обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями: психолого-педагогические консультации, реабилитационные центры,

кабинеты психолого-педагогической коррекции, детские сады, логопедические пункты при школах и другие организации [3,4].

Специальные коррекционные организации – организации для детей с ограниченными возможностями в развитии: с нарушениями слуха (неслышащие, слабослышащие, позднооглохшие); с нарушениями зрения (незрячие, слабовидящие, поздноослепшие); с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата; с нарушениями речи; с умственной отсталостью; с задержкой психического развития; с расстройством эмоционально-волевой сферы и поведения; со сложными нарушениями, в том числе со слепоглухотой [5, С.1].

Наиболее распространенными во всех социальных сферах в соответствии с многолетней традицией являются следующие обозначения девяти категорий лиц с недостатками развития: *неслышащие (глухие)*, *слабослышащие*, *незрячие*, *слабовидящие*, *лица с нарушениями речи*, *умственно отсталые*, *лица (преимущественно дети) с задержкой психического развития*, *лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата*, *лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы*. В основе этих терминов по-прежнему продолжает оставаться преимущественно медицинская или психологическая семантика [2, С.16].

1.2 Проблема нормы развития

Прежде чем говорить об отклонениях в развитии человека, необходимо уяснить понятие «норма». *Норма* предполагает такое сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию. Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи.

Существенное различие между нормальными и людьми с проблемами в развитии состоит в том, что психические черты у первых являются случайным признаком, от которого они могут легко освободиться, если захотят приложить соответствующие усилия.

Исследователи считают ребенка нормальным при следующих условиях:

- когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

- когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;

- когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости (Пожар Л.).

Г.М.Дульнев и А.Р.Лурия основными показателями условий нормального развития ребенка считают:

- нормальную работу головного мозга и его коры. Патогенные воздействия нарушают нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, анализ и синтез поступающей информации, взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека;

- нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;

- сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;

- систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Дефект (от лат. Defectus – отпадение, убывание, недостаток) развития – это физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка [7, С. 17-19.].

Развитие ребенка с ограниченными возможностями не отличается лишь отрицательными признаками. Это не столько отрицательное, дефектное, сколько своеобразное развитие. В основе изучения основных закономерностей детского развития лежит правильное понимание роли биологического и социального факторов.

Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социальных факторов. Оба эти фактора ведут к единой цели – формированию человека. Слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. «Но все дело в том, что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями» - писал Л.С.Выготский. Чем глубже биологическое нарушение, тем менее эффективно педагогическое воздействие на психическое развитие ребенка с проблемами в развитии и тем более необходим поиск действенных коррекционно-воспитательных средств и компенсаторных возможностей.

Изучая сущность процессов компенсации, Л. С. Выготский пришел к выводу о двустороннем характере последствий дефекта: с одной стороны, происходит недоразвитие функций, непосредственно связанных с органическим дефектом, с другой – возникают компенсаторные механизмы: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации».

У человека процессы компенсации заключаются не столько в биологической адаптации организма, сколько в формировании способов действий и усвоении социального опыта при сознательной целенаправленной деятельности. Ведущую роль играет сознание, обусловленное социальными отношениями. Таким образом, компенсация у человека связана с развитием всех сторон его личности [9, Т. 5.].

«Первичный дефект» и «вторичные нарушения» – определение понятий. Наряду с общими закономерностями психического развития нормального и ребенка с ограниченными возможностями, своеобразное развитие последнего имеет свои закономерности. Л.С.Выготским *разработана теория сложной структуры развития ребенка с дефектом.* Данная теория отвергает представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Сложность структуры развития ребенка с дефектом заключается в наличии *первичного дефекта*, вызванного биологическим фактором, и *вторичных нарушений*, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Необходимо обратить внимание на взаимодействие первичных и вторичных дефектов. В указанных выше случаях первичный дефект вызывал вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях могут воздействовать на первичный фактор.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка. Они являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту развития. Источниками приспособления детей с ограниченными возможностями к окружающей среде являются сохранные функции.

На развитие ребенка с проблемами в развитии оказывают существенное влияние *степень и качество* первичного дефекта.

Своеобразие развития ребенка с ограниченными возможностями зависит также и от *срока возникновения* первичного дефекта. На своеобразие ребенка с проблемами в развитии активно влияют *условия окружающей среды*, особенно педагогические.

1.3 Причины отклоняющегося развития

В основе отклонений в развитии или дефектов развития лежат нарушения нервной системы или определенного анализатора, в результате которых возникают нетипичное (атипичное) строение и деятельность органов или всего организма. Их проявления будут различны в зависимости от времени отрицательного воздействия, его длительности, от наследственной структуры организма и прежде всего центральной нервной системы (ЦНС), а также от социокультурных условий, в которых воспитывается ребенок. Все эти факторы в комплексе определяют ведущий дефект, который может проявляться в виде недостаточности интеллекта, речи, зрения, слуха, моторики, нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения.

Отклонения возникают в процессе внутриутробного, послеродового развития или в результате действия наследственных факторов. В зависимости от причин возникновения их подразделяют на *врожденные* и *приобретенные*.

Причины возникновения врожденных отклонений в развитии:

I группа врожденных отклонений в развитии. Патогенные (вызывающие отклонения) агенты, действующие на

развивающийся плод во внутриутробном развитии. Это инфекции, физические и психические травмы, токсикозы беременности, интоксикации (отравление организма ядовитыми веществами), температурные влияния (охлаждения), различные болезни беременной женщины (болезни сердца, легких, эндокринных желез).

II группа врожденных отклонений в развитии – наследственные генетические поражения организма. Они характеризуются разнообразными наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, так как нередко наследственность определяют как свойство живых организмов воспроизводить сходный тип обмена веществ в ряду поколений. Возможно наследование некоторых форм олигофрении (например, болезнь Дауна) и психозов, обусловленных нарушениями в строении или числе хромосом. Эти нарушения вызваны аномалиями хромосомных наборов родителей. Частота хромосомных болезней среди новорожденных детей составляет около 1 %. Крайне отрицательно влияют на потомство, вызывая врожденные аномалии, алкоголизм и наркомания родителей.

Приобретенные отклонения в развитии включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные *природовыми* и *послеродовыми* поражениями организма ребенка.

К природовым нарушениям, как правило, относятся механические повреждения плода (природовые травмы), связанные с неблагоприятным течением родов: длительных, затяжных или быстрых, стремительных К расстройствам кровообращения с тяжелыми последствиями приводит асфиксия.

Послеродовые приобретенные отклонения в развитии в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте заболеваний. К этим заболеваниям относятся инфекционные болезни нервной системы, известные под названием *нейроинфекций*. Среди них воспалительные заболевания, вызванные, как правило, бактериями и вирусами (*менингитом*,

энцефалит, менингоэнцефалит, полиомиелит). К поражениям нервной системы приводят такие инфекционные болезни, как *корь и грипп*.

В ряде случаев причиной отклонений в развитии могут оказаться *интоксикации* [6, С. 21-29.]. Различные заболевания носоглотки, органов зрения могут вызвать тяжелые осложнения и поражения соответствующих анализаторов с последствиями отклоняющегося развития ребенка. Поэтому важно их своевременное предупреждение и профилактика.

1.4 Дизонтогенез. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития

Первым термин «*дизонтогенез*» употребил немецкий клиницист Швальбе (1927 г.) для обозначения отклонений в формировании структур организма в период внутриутробного развития, когда многофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

Соответственно в специальной педагогике и специальной психологии долгое время существовал термин «аномалии развития». В период возникновения дефектологии использовался термин «дефективные дети». В настоящее время принят наиболее гуманный термин «дети с особыми образовательными потребностями».

В.В.Лебединский подразделяет виды дизонтогенеза в следующей классификации.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

- *общее стойкое недоразвитие* – общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего – коры больших полушарий).

Поражение может иметь наследственную природу (эндогенную) или быть результатом внешних (экзогенных) факторов, действующих во внутриутробный, природовой периоды или в раннем детстве. Наиболее характерным примером недоразвития является самая распространенная форма умственной отсталости – олигофрения различной степени тяжести [3,4,8].

- *задержанное развитие* – замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, неблагоприятными

условиями воспитания. При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных вариантах инфантилизма.

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

- *поврежденное развитие*, представленное органической деменцией – нарушением психического развития в конце раннего возраста или уже после 3-х лет вследствие массивных травм мозга, нейроинфекций, наследственных дегенеративных заболеваний. Во многих случаях органическая деменция имеет прогрессирующий характер.

- *дефицитарное развитие*, связанное с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, которые тормозят психическое развитие в целом. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координаций между речью и действием. Прогноз психического развития ребенка связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем.

Третья группа дизонтогеней включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

- *искаженное развитие* разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Причинами искаженного развития являются некоторые процессуальные наследственные заболевания, например, шизофрения, врожденная недостаточность обменных процессов. Наиболее характерной моделью является ранний детский аутизм.

- *дисгармоническое развитие*, связанное с нарушением формирования эмоционально-волевой сферы. К нему относятся психопатии и случаи патологического развития личности вследствие крайне неблагоприятных условий воспитания [10, С. 21-24].

Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития.

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л. С. Выготским в начале XX в. В связи с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, понимание которых является условием разработки научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий.

Общие закономерности отклоняющегося развития применительно к различным видам психического дизонтогенеза

были сформулированы В. И. Лубовским. Основным тезисом является *доказательное постулирование* наличия трех иерархических уровней закономерностей отклоняющегося развития.

I уровень – закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития.

Нарушение приема, переработки, сохранения и использования информации. Как показывают экспериментальные нейрофизиологические и психологические исследования, при любой патологии нарушается «расшифровка» окружающего мира. В зависимости от специфики отклонения искажаются разные параметры окружающей действительности, так, при сенсорной патологии происходит искажение сенсорной информации на этапе ее приема через поврежденный анализатор, при патологии эмоционально-личностной сферы (психопатия, ранний детский аутизм) искажается восприятие, интерпретация и использование социальной информации. Любое обращение со стороны сверстников или взрослых может быть расценено ими как агрессия и сопровождаться соответствующими ответными действиями.

Нарушение речевого опосредования. Еще Л.С.Выготским было выдвинуто положение о том, что приблизительно с двух лет речь начинает играть определяющую роль в дальнейшем развитии всех психических процессов. Особенно большое значение имеет становление регулирующей функции речи, что неразрывно связано как с развитием собственно речевой функции, так и лобных отделов головного мозга как мозговой основы произвольности.

Нейрофизиологические исследования показывают, что запаздывание в созревании лобных структур является общей патогенетической характеристикой ряда дизонтогенезов, таких, как умственная отсталость, задержка психического развития, ранний детский аутизм и др. При всех отклонениях психического развития в большей или меньшей степени наблюдается дивергенция невербального и вербального поведения, что затрудняет нормальное развитие ребенка и требует использования специальных приемов его воспитания и обучения.

Более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности. Любой вид дизонтогенетического развития характеризуется нарушением нор-

мального психического отражения действительности, полным или частичным выпадением «психического инструментария»: снижены интеллектуальные способности, или выявляется социальная неадекватность, или выпадает какой-либо вид информации (зрительной, слуховой, зрительно-слуховой, действенной) об окружающей действительности. Для того чтобы у ребенка с той или иной патологией развития сформировались столь же полные и адекватные представления о разных сторонах окружающей действительности, как это происходит у нормально развивающихся детей, необходимы, безусловно, более длительные сроки и специальные методы.

Риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности. Этот параметр появился в последние годы в связи с усилением интеграционных процессов в образовании и со значением, которое стало придаваться развитию социальной компетентности людей, независимо от тяжести и характера имеющихся у них отклонений.

Данный параметр означает, что любой дефект затрудняет достижение человеком оптимального баланса между возможностью удовлетворения своих значимых потребностей и имеющимися для этого условиями, включая условия как чисто бытовые, например наличие пандусов для въезда на коляске, так и социально-психологические — готовность ближайшего социального окружения к общению с такими людьми.

II уровень — закономерности, характерные для группы дизонтогенетических расстройств (например, возникших вследствие недоразвития анализаторных систем — зрительной, слуховой, кожной, двигательной) или имеющих в своей основе раннее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, задержка психического развития церебрально-органического генеза и т.д.).

III уровень — специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза (общему стойкому психиче-

скому недоразвитию по типу умственной отсталости, или искаженному развитию по типу раннего детского аутизма, или дефицитарному развитию вследствие недостаточности зрительного анализатора, и т.д.) [8; 11, С. 25-29].

1.5 Классификация нарушений

Множественность вариаций нарушений у человека затрудняет создание их универсальной классификации. Понятие ограничения рассматривается с разных точек зрения и соответственно по-разному обозначается в разных профессиональных сферах, имеющих отношение к человеку с нарушенным развитием: в медицине, социологии, сфере социального права, педагогике, психологии. Существуют различные классификации, а также основания для этих классификаций. Наиболее распространенные основания классификации нарушений развития:

- причины нарушений;
- виды нарушений с последующей конкретизацией их характера;
- последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни.

В основе последней педагогической классификации (М.Варнок, 1979) лежат характер особых образовательных потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья и степень ограничения возможностей.

В педагогике в соответствии с исторический сложившейся системой образовательных учреждений для для детей с отклонениями в развитии, а также в соответствии с системой предметных областей специальной педагогики в основу классификации по традиции положен характер нарушения, недостатка.

Классификация по характеру нарушения позволяет выделить следующие категории лиц с ограниченными возможностями:

- глухие (неслышащие);
- слабослышащие;
- позднооглохшие;
- незрячие;
- слабовидящие;
- лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения;
- лица с нарушением интеллекта (умственно отсталые);
- дети с задержкой психического развития (труднообучаемые, с образовательными затруднениями);
- лица с нарушениями речи (в том числе тяжелыми);
- лица со сложными недостатками развития.

Существует и более обобщенная классификация, в основе которой лежит группировка указанных выше категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма.

Классификация по локализации нарушения в определенной системе организма:

- телесные (соматические) нарушения (опорно-двигательный аппарат, хронические заболевания);
- сенсорные нарушения (слух, зрение);
- нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения).

Данная классификация значима для педагогики лишь как обобщенная системная организация всей совокупности нарушений развития. Для медицинской сферы эта классификация более значима, она имеет в медицине более тонко дифференцированную классификацию.

В сфере социальной защиты, социально-трудового права значимой является классификация по причинам возникновения нарушения, недостатка. Это связано с особенностями предоставления материальной и иной социальной помощи, компенсационных выплат, льгот и др.

Классификация по причинам возникновения нарушения:

- врожденное нарушение развития;
- несчастный случай, стихийное бедствие;
- производственная травма;
- профессиональное заболевание, приведшее к возникновению ограничения возможностей;
- дорожно-транспортное происшествие;
- участие в боевых действиях;
- экологические преступления;
- болезнь;
- прочие причины.

Классификация по причинам нарушений имеет значение и для педагогики, так как знание происхождения того или иного недостатка развития, в том числе его биологической или социальной обусловленности, а также времени и особенностей возникновения; предоставляет педагогу необходимые исходные данные для планирования индивидуальной программы специальной педагогической помощи [2, С.18-20.].

1.6 Современная система специальных образовательных услуг

В системе специальных (коррекционных) образовательных учреждений по направленности и спектру решаемых задач выделяются следующие их типы:

• **Диагностические:** диагностические центры, психолого-медико-педагогические консультации.

•**Лечебно-профилактические:** санаторные учреждения, школы санаторного типа, школы-профилактории.

•**Реабилитационные (абилитационные):** реабилитационные (абилитационные) центры, центры раннего вмешательства, центры социально-трудовой реабилитации.

•**Образовательные:** учреждения основного и дополнительного образования (дошкольные и школьные учреждения).

•**Комплексные:** психолого-медико-педагогические центры, медико-социальные центры, школы при детских больницах, школы-центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции.

По профилю в системе специальных (коррекционных) образовательных учреждений выделяют следующие типы:

•**Специализированные:** учреждения, созданные для лиц определённой категории по виду основного нарушения развития.

•**Интегрированные:** специальные классы, классы компенсирующего и коррекционного обучения при общеобразовательных учреждениях, специальные группы при дошкольных, профессиональных учреждениях.

Деятельность по оказанию социальной и медико-педагогической коррекционной поддержки детям с ограниченными возможностями осуществляют учреждения трёх государственных органов: здравоохранения, образования и социальной защиты.

К учреждениям здравоохранения относятся организации охраны материнства и детства, организации первичной медико-санитарной помощи, консультативно-диагностические поликлиники, медицинские реабилитационные центры, независимо от организационно-правовых форм, психоневрологические клиники. Учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги.

К *учреждениям образования* относятся психолого-медико-педагогические консультации, кабинеты психолого-педагогической коррекции, реабилитационные центры, логопедические пункты, детские сады и другие специальные коррекционные организации в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан об образовании. Учреждения образования оказывают специальные образовательные услуги.

К *учреждениям социальной защиты* относятся дома ребёнка, детские дома, дома инвалидов и лиц преклонного возраста, организации по производству протезно-ортопедических изделий, изготовлению технических и вспомогательных средств. Учреждения социальной защиты оказывают специальные социальные услуги [7, С.9; 12].

Вопросы:

1. Дайте определение понятия «особые образовательные потребности».
2. Охарактеризуйте категориальный аппарат дефектологии.
3. Дайте характеристику классификации нарушений.
4. Назовите причины отклонений в развитии.
5. Объясните суть термина «дизонтогенез» и назовите основные группы дизонтогенеза.
6. Какие существуют типы и виды специальных образовательных учреждений?

Задания:

1. Составьте таблицу «Патогенные факторы, приводящие к нарушениям развития».
2. Постройте диаграмму, иллюстрирующую количественное соотношение разных категорий детей согласно последним статистическим данным

ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Краткое содержание темы. Общая характеристика умственной отсталости, этиология. Классификация олигофрении. Психологическая характеристика детей с умственной отсталостью. Обучение и воспитание детей с нарушением интеллекта.

2.1 Общая характеристика умственной отсталости, этиология

Олигофрения (от греч. *olugos* – малый и *phren* – ум) – это врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии в преобладанием интеллектуального дефекта в затруднении социальной адаптации.

О проявлениях этих нарушений интеллектуального развития следует знать учащимся педагогических учебных заведений, поскольку в настоящий период детей с легкой степенью дебильности много даже в общеобразовательных школах и будущий педагог или воспитатель может перейти на работу во вспомогательную школу. И, безусловно, о том, что такое олигофрения, нужно знать всем родителям, чтобы вовремя обратить внимание, если ребенок с младенческого возраста отстает в развитии.

Наиболее рельефное проявление олигофрении – недоразвитие интеллекта. Коэффициент интеллектуальности у больных олигофренией ниже 70.

Деменция – (от лат. dementia -безумие) приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. В отличие от умственной отсталости (олигофрении), слабоумия врождённого или приобретённого в младенчестве, представляющей собой недоразвитие психики, деменция — это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга, в молодости - в результате аддиктивного поведения, а наиболее часто - в старости, который в народе носит название старческий маразм [3,4,8].

Этиология умственной отсталости

Существует более 300 различных наследственно обусловленных заболеваний и нарушений, являющихся причинами умственной отсталости.

Все факторы, служащие причиной возникновения олигофрении, принято разделять на наследственные (эндогенные) и внешние (экзогенные). Соответственно выделяют формы олигофрении, преимущественно связанные с наследственными факторами и с внешнесредовыми воздействиями (внутриутробными, родовыми и воздействующими в раннем детском возрасте). Но есть формы умственной отсталости, вызванные сочетанием влияния наследственных (генетических) и внешних факторов.

При деменции нарушения мозга возникают после довольно длительно протекавшего нормального развития ребенка. Деменция может являться следствием органических заболеваний мозга или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. При этом отмечается прогрессирование заболевания. В отдельных случаях с помощью лечения в благоприятных педагогических условиях можно добиться

некоторой стабилизации состояния психических функций больного.

Олигофрения – это не болезненный процесс, а патологическое состояние, результат когда-то подействовавшей причины, давнего болезненного процесса, вызвавшего задержку умственного развития и психики в целом.

2.2 Классификация олигофрении

В зависимости от глубины умственной отсталости выделяют три степени олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность – (от лат. «debilis» – слабый, немощный) – легкая степень олигофрении. Коэффициент интеллектуальности при дебильности составляет 50-70. Психическое развитие взрослых данной степени соответствует развитию ребенка 8-12 лет. В зависимости от уровня интеллектуального недоразвития выделяют выраженную, среднюю и легкую дебильность.

Нарушения познавательной деятельности выражаются в неспособности к выработке сложных понятий.

У всех лиц в степени дебильности отмечают нарушения в эмоционально-волевой сфере. Темперамент и характер у дебилов различны. Одна из характерных черт дебилов – их повышенная внушаемость.

Лица в степени дебильности способны жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке.

Имбецильность (от лат. «imbecillus» - слабый, незначительный) – это психическое недоразвитие средней тяжести.

Психическое развитие лиц данной степени соответствует уровню 3-7 летнего ребенка. Коэффициент интеллектуальности 20-50. При резко выраженной имбецильности – 20-35, при более легкой – 35-50.

Все психические процессы у лиц в степени имбецильности отличаются тугоподвижностью и инертностью. Развитие двигательных функций происходит с большой задержкой.

Больные нетрудоспособны, лишь элементарно обслуживают себя. Больные не способны к обучению, но понимают простую речь, их собственная речь развита слабо.

Относительная адаптация лиц в степени имбецильности возможна только в привычной, хорошо знакомой обстановке. Они способны приобрести самые простые трудовые навыки – уборка, стирка, мытье посуды, освоить лишь самые простейшие производственные процессы благодаря тренировке раздражительных действий.

Собственные интересы их крайне примитивны и связаны лишь с утолением физиологических потребностей. Они очень внушаемы, склонны к слепой подражательности.

Лица в степени имбецильности нуждаются в постоянной опеке и квалифицированном надзоре.

Идиотия (от лат. «idiotea» – невежество) – наиболее тяжелая степень олигофрении. Коэффициент интеллектуальности ниже 20. Психическое развитие больных идиотией остается на уровне ребенка, не достигшего 3 лет. Больные беспомощны и нуждаются в надзоре и уходе.

Речь при глубокой идиотии отсутствует или ограничивается нечленораздельными звуками. Больные не понимают обращенную к ним речь, но реагируют на интонацию. Способность сидеть, стоять и ходить может отсутствовать или приобретается очень поздно. Почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Эмоции элементарны и связаны с ощущением удовольствия или неудовольствия, что выражается криками или двигательным возбуждением

Уход и постоянный надзор за больными идиотией в домашних условиях очень сложен, и их обычно помещают в специальные лечебные учреждения для психохроников [6, С.34-38.].

2.3 Психологическая характеристика детей с умственной отсталостью

Особенности познавательной деятельности. Ощущения и восприятия детей с умственной отсталостью отличаются значительной замедленностью. Для них свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением.

Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия учащихся обнаруживается в неточном распознавании ими близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т.е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других особенностей строения. Отмечается также снижение остроты зрения, что лишает образ объекта присущей ему специфичности.

Для умственно отсталых детей характерно своеобразное узнавание объектов и явлений. Они склонны отождествлять в некоторой мере сходные предметы.

Учащиеся недостаточно умеют приспособливать свое зрительное восприятие к изменяющимся условиям. Если изображения предметов, твердо ориентированных в пространстве, т.е. с четко выраженным верхом и низом, предъявляются младшим школьникам перевернутыми, то они воспринимаются детьми как другие объекты, находящиеся в обычном положении.

Нарушения пространственной ориентировки — один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости.

Эти нарушения отчетливо обнаруживаются во время школьного обучения — в процессе овладения грамотой, на уроках ручного и профессионального труда, географии, рисования, физкультуры.

Относительно осязательного восприятия умственно отсталых детей, были обнаружены пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности, асинхронность и несогласованность движений их рук, импульсивность, поспешность, недостаточная сосредоточенность всей деятельности и, соответственно, большое количество ошибок при распознавании объектов.

От внимания зависят качество и результаты функционирования всей познавательной системы. Недостаточность внимания у умственно отсталых детей, особенно произвольного, отмечается многими исследователями. Для них свойственно пассивное непроизвольное внимание, сопровождающееся чрезмерной отвлекаемостью. Причем у одних детей через 10—15 мин работы наблюдаются двигательное беспокойство, подвижность. Другие становятся вялыми и пассивными. Низкий уровень произвольного внимания связан с недоразвитием волевых качеств у умственно отсталых детей. Для них характерна также неспособность распределения внимания между различными объектами. У возбудимых олигофренов особенно резко проявляется отвлекаемость, двигательная расторможенность, в то время как у заторможенных детей эти черты выражены в меньшей мере. С возрастом у учеников вспомогательной школы несколько возрастает объем произвольного внимания, его устойчивость и возможность распределения, однако по длительности активной концентрации они значительно уступают своим нормально развивающимся сверстникам.

Обучение умственно отсталых детей в большей мере опирается на процессы памяти, которые обеспечивают им приобретение новых сведений, дают возможность овладевать различными областями знаний. Память заключается в запечатлении, сохранении и последующем узнавании или воспроизведении того, что было у человека в прошлом опыте.

Процессы памяти умственно отсталых детей характеризуются многими особенностями. Объем запоминаемого учениками специальной школы материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников. Чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запоминают школьники. Точность и прочность запоминания учащимися и словесного и наглядного материала низкая. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, нарушая их логику, часто повторяются, привносят новые элементы, основываясь на различных, чаще всего случайных ассоциациях.

Умственно отсталые учащиеся обычно пользуются непреднамеренным (непроизвольным) запоминанием. Они запоминают то, что привлекает их внимание, кажется интересным. В текстах дети выделяют эмоционально насыщенные фрагменты. Воспринимая их, они радуются, огорчаются, всем своим видом, жестами, возгласами передавая отношение к происходящему. Именно эти части текста ученики наиболее хорошо запоминают даже в тех случаях, когда не они определяют основное содержание прослушанного [10, С.30-33; 12].

Умственно отсталые ученики испытывают серьезные трудности при запоминании учебного материала. Однообразные, многократные повторения не оказывают существенного положительного влияния на результаты мнемической деятельности. Некоторые учащиеся младших классов, узнав о том, что им следует запомнить воспринятое, обнаруживают обеспокоенность и растерянность. Достигнутые ими результаты оказываются ниже, чем в условиях непреднамеренного запоминания. Умение самостоятельно пользоваться мнемическими приемами даже у учеников средних и старших классов совершенно недостаточно. В лучшем случае отдельные школьники делают попытки шепотом повторять материал вслед за учителем. Результаты запоминания,

при наличии задачи запомнить материал и при ее отсутствии, мало отличаются друг от друга.

Сохраняющиеся в памяти ребенка зрительные образы предметов называются представлениями. Представления зависят от особенностей восприятия, речи и мышления субъекта. У умственно отсталых детей представления о предметах окружающего мира бедны, неточны, а в ряде случаев являются искаженными. С течением времени они изменяются: теряют специфические черты, уподобляются друг другу или хорошо знакомым объектам.

Мыслительная деятельность у умственно отсталых дошкольников формируется с особенно большими трудностями. Для них характерно использование наглядно-действенной формы мышления. Причем, решая ту или иную задачу, они прибегают преимущественно к методу проб и ошибок, повторяя пробы в неизменном виде и, соответственно, получая все время один и тот же неверный результат.

Задания, требующие наглядно-образного мышления, вызывают у дошкольников еще большие затруднения, поскольку дети не могут сохранить в своей памяти показанный им образец и действуют ошибочно.

Наиболее сложными для дошкольников оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении. Многие из таких заданий, по существу достаточно простые, оказываются недоступными даже тем детям, которые два-три года посещали специальный детский сад. Если некоторые задания выполняются детьми, то их деятельность при этом представляет собой не столько процесс мышления, сколько припоминания. Дети запоминают некоторые словесные выражения и определения, а потом с большей или меньшей точностью воспроизводят их.

Мыслительные процессы у умственно отсталых младших школьников протекают весьма своеобразно. Выполняемый ими

анализ зрительно воспринимаемого реального предмета или его изображения отличается бедностью, непоследовательностью, фрагментарностью.

Особенности формирования личности. Личность развивается в процессе деятельности и общения с другими людьми, во взаимодействие с которыми она включена социально необходимым образом.

Уровень развития личности, степень ее зрелости определяется гармоничностью и возрастной нормативностью сочетания данных линий в процессе индивидуального развития человека.

Все аспекты личностной сферы формируются у умственно отсталых дошкольников также замедленно и с большими отклонениями. Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоций, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Проявление эмоций не зависит от качественного своеобразия структуры дефекта, т. е. от принадлежности ребенка к определенной клинической группе. Развитие эмоций умственно отсталых дошкольников в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого родителями и педагогом. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек, а также позволяют детям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями. Волевая сфера умственно отсталых дошкольников находится на самых начальных этапах формирования. Ее становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия.

Побудителями поведения ребенка и одним из значимых критериев социальной активности личности являются его интересы. Мотивационно-потребностная сфера умственно отсталых дошкольников находится на начальной стадии становления. Их интересы тесно связаны с занимательностью выполняемой деятельности, мало интенсивны, неглубоки, односторонни, ситуативны, недифференцированы и неустойчивы, вызываются преимущественно физиологическими потребностями. Дети руководствуются, как правило, ближайшими мотивами. Многие исследователи отмечают как характерную черту умственно отсталого ребенка отсутствие у него интереса к познанию. Его импульсивные реакции, конечно, не могут быть оценены как интерес к тому или иному объекту.

Особые трудности вызывает формирование у ребенка правильного поведения. Присущая ему интеллектуальная недостаточность и скудный жизненный опыт затрудняют понимание и адекватное оценивание ситуаций, в которых он оказывается. Инертность нервных процессов способствует стереотипности реакций, которые часто не соответствуют создавшейся обстановке. Некоторые дети в незнакомой обстановке бегают, кричат, берут без спроса все, что попадает им на глаза, кривляются. Другие, напротив, молчат, испуганно смотрят по сторонам, прячутся за родителей, не вступают в контакт с врачом или педагогом. В связи с этим они кажутся более отсталыми, чем это есть на самом деле.

2.4 Обучение и воспитание детей с нарушенным интеллектом

Основной задачей специального обучения и воспитания умственно отсталого ребенка является обеспечение максимально возможного уровня физического, умственного и нравственного развития, подготовка к школьному обучению в

специальной школе. Подготовка к школьному обучению должна вестись с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка.

В системе народного образования существует сеть школьно- дошкольных учреждений для детей с нарушением интеллекта. Они входят в систему Министерств образования, социального обеспечения и здравоохранения и дифференцированы соответственно возрасту, характеру и глубине конкретного дефекта.

Основным типом специальных образовательных учреждений для умственно отсталых детей является вспомогательная школа. Обучение в специальной (коррекционной) школе для умственно отсталых детей не является цензовым, имея качественно иное содержание. Основное внимание уделяется социальной адаптации и профессионально-трудовой подготовке при усвоении учениками доступного им объема содержания образования по общеобразовательным предметам. Обучение во вспомогательной школе заканчивается экзаменом по трудовому обучению. Школьники могут быть освобождены от экзаменов (аттестации) по состоянию здоровья. Во вспомогательную школу ребёнок может быть принят в возрасте 7-8 лет в первый и подготовительный класс. Подготовительный класс позволяет не только лучше подготовить ребёнка к школе, но и даёт возможность уточнения диагноза в ходе образовательного процесса и психолого-педагогического изучения возможностей ребёнка.

Сроки обучения в школах могут быть 8 лет, 9 лет, 9 лет с классом профессиональной подготовки. Эти сроки могут быть увеличены за счёт открытия подготовительного класса. Если школа имеет необходимую материальную базу, то в ней могут быть открыты классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой. Окончившие класс с углубленной трудовой подготовкой и успешно сдавшие квалификационный экзамен получают до-

кумент о присвоении соответствующего квалификационного разряда.

Основная категория имбецилов находится в специальных детских домах и учреждениях системы социальной защиты населения. Цель коррекционно-воспитательной работы с глубоко умственно отсталыми детьми – их социальная адаптация, трудоустройство и дальнейшее приспособление к жизни, в том числе в условиях, когда они выключены из окружающей социальной среды. Лица с идиотией считаются необучаемыми, недееспособными. Они нуждаются в опеке и направляются в специальные учреждения системы социальной защиты населения.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте умственную отсталость.
2. Какова этиология умственной отсталости?
3. Чем отличается олигофрения от деменции?
4. Дайте классификацию олигофрении.
5. Дайте психологическую характеристику детей с умственной отсталостью.
6. Охарактеризуйте особенности обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта.

Задания:

1. Постройте схему сравнительного описания олигофрении и деменции.
2. Подготовьте сообщение на тему «Клинико-психолого-педагогическая характеристика умственной отсталости».
3. Решите проблемную ситуацию.

Оля С. 16 лет. Из истории болезни известно, что роды матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: головку держать девочка стала с 5 м., сидеть – в 9, ходить в 1 г. и 9 м. Отдельные слова к

1,5 годам, фразовая речь –к 4 -м. Детский сад не посещала, в 8 лет пошла в 1 класс. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в ПМПК, девочка продолжала учебу в массовой школе, дублируя 1 и 5 класс. В настоящее время она закончила 9 кл., не аттестована по большинству предметов. Оля житейски не ориентирована, выходит из дому только вместе с матерью. Отличается высокой тревожностью. При психологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста. Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное – ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация так же. Понимание пословиц и поговорок, аналогии недоступна. Усвоение школьных навыков недостаточна: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно. Оказание помощи не улучшает результаты. В данное время мать тяжело больна и она не знает куда определить Олю, т.к. девочка не дееспособна, не сможет жить самостоятельно. Других близких родственников у нее нет.

1.Какой тип нарушения психического развития имеет место?

2. В чем состоят первичный и вторичный дефекты в данной ситуации?

3. Как решить создавшуюся проблему?

ГЛАВА 3.

ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Краткое содержание темы. Общая характеристика детей с задержкой психического развития (ЗПР). Этиология и классификация ЗПР. Психологическая характеристика детей с ЗПР. Особенности коррекционно-воспитательной работы с детьми с ЗПР.

3.1 Общая характеристика детей с задержкой психического развития (ЗПР)

Проблема задержки психического развития детей осознается как одна из наиболее актуальных проблем психологии и педагогики. В настоящее время в образовательных учреждениях происходит становление педагогической системы коррекционно-развивающего обучения детей, испытывающих трудности в освоении учебных программ, адаптации к школе и социальному окружению. Это вызвано тем, что среди детей, поступающих в первый класс, больше половины относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Учащиеся начальной школы, не справляющиеся с требованиями стандартной школьной программы относятся к категории детей с задержкой психического развития.

Задержка психического развития – это понятие, которое говорит 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 в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены не резко. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы [10, С.50].

3.2 Этиология, классификация задержки психического развития

Нарушение темпа развития интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом зависит от воздействия различных неблагоприятных факторов окружающей среды, особенно на ранних этапах жизни. В основе ЗПР лежит недоразвитие наиболее сложных форм произвольной деятельности.

Причинами ЗПР также могут быть тяжелые инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, отравления, наследственная предрасположенность.

ЗПР могут быть обусловлены психогенными ситуациями, когда ребенок разлучен с родителями, недостаточностью полноценных эмоциональных контактов (например, у детей, выросших в домах грудника и домах ребенка, детских домах, у сирот, которым никто не уделяет должного внимания), а также дефектами органов чувств (слепота, глухота, глухонмота), - в таких ситуациях ребенок не получает разносторонней информации для полноценного интеллектуального развития.

Развитие психических функций ребенка происходит в определенные возрастные периоды. Если он не получает в это время необходимой информации, его развитие замедляется.

Для нормального развития ребенка имеют большое значение и условия воспитания. Дети, выросшие в малокультурных семьях, где родители не занимались их воспитанием и развитием, часто отстают в интеллектуальном отношении от своих сверстников. Играет роль и педагогическая запущенность.

К.С.Лебединской была предложена этиопатогенетическая систематика ЗПР (то есть основные клинические типы дифференцируются по этиопатогенетическому принципу):

ЗПР конституционного происхождения. При задержке психического развития конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм) инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики.

Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций; преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью.

Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и с неумением подчиняться правилам дисциплины. Эта «гармоничность» психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, поскольку незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию.

ЗПР соматогенного происхождения. При так называемой соматогенной задержке психического развития эмоциональная

незрелость обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т. д. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени определяются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная гиперопекой.

ЗПР психогенного происхождения. ЗПР психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности. Так, при безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду.

В психотравмирующих условиях воспитания преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором ЗПР будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

ЗПР церебрально-органического происхождения.

Причины церебрально-органических форм задержки психического развития (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни), как очевидно, в какой-то мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. ЗПР намного чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в большинстве случаев – вплоть до соматической [11, С.53; 12,13].

3.3 Психологическая характеристика детей с задержкой психического развития

Особенности познавательной деятельности. Для детей с задержкой психического развития характерны, прежде всего, недостаточность, ограниченность, фрагментарность знаний об окружающем мире.

При ЗПР нарушены такие свойства восприятия, как предметность и структурность. Проявляется это в том, что дети затрудняются в узнавании предметов, находящихся в непривычном ракурсе. Кроме того, они испытывают затруднения при необходимости узнать предметы на контурных или схематических изображениях, особенно если они перечеркнуты или перекрывают друг друга. Дети не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы или их отдельные элементы, часто ошибочно воспринимают сочетания букв и т.д.

Страдает также и целостность восприятия. Дети с задержкой психического развития испытывают трудности при необходимости вычленить отдельные элементы из объекта, который воспринимается как единое целое.

Существенным недостатком восприятия у этих детей является значительное замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. В условиях кратковременного восприятия тех или иных объектов или явлений многие детали остаются «несхваченными», как бы невидимыми. Ребенок с задержкой психического развития воспринимает за определенное время меньший объем материала, чем его нормально развивающийся сверстник.

Скорость восприятия у детей с задержкой психического развития становится заметно ниже нормальной для данного возраста фактически при любом отклонении от оптимальных условий. Такое действие оказывают малая освещенность, поворот предмета под непривычным углом, наличие по соседству других аналогичных предметов (при зрительном восприятии), очень частая смена сигналов (объектов), сочетание, одновременное появление нескольких сигналов (особенно при слуховом восприятии).

Особенности внимания у детей с ЗПР можно описать следующим образом: неустойчивость внимания, которая ведет к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы. Ребенок продуктивно работает в течение нескольких минут, затем «отдыхает» и накапливает силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отдыха» ребенок как бы выпадает из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности и т.д.; сниженная концентрация выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности

и программе ее выполнения, быстрой утомляемости. Снижена избирательность внимания. Ребенок как бы окутан раздражителями, что затрудняет выделение цели деятельности и условий ее реализации среди несущественных побочных деталей.

Отмечается «прилипание внимания», которое выражается в трудностях переключения с одного вида или найденного способа деятельности на другой, в отсутствии гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию и повышенная отвлекаемость.

Наиболее онтогенетически ранняя форма запечатления поступающей информации — произвольная память. Она является практически единственной формой памяти на протяжении раннего и дошкольного возраста и не теряет своего значения в более старшем возрасте.

У детей с ЗПР отмечаются определенные недостатки в развитии данной формы памяти. В частности, ввиду сниженной познавательной активности страдает произвольное запечатление информации.

Установлено, что на продуктивность произвольного запоминания детей влияет характер материала и выполняемой с ним деятельности. Так, наглядно предъявляемый материал запоминается лучше, чем вербальный, при этом возможность манипулировать им создает более благоприятные условия для запоминания.

Начиная со старшего дошкольного возраста, данная форма памяти, все больше начинает занимать ведущее место в структуре оптимального психического развития ребенка как основа для систематического обучения.

Применительно к детям с ЗПР остается в силе та же закономерность: ими лучше запоминается наглядный (неречевой) материал. По продуктивности произвольного запоминания дети с ЗПР занимают промежуточное положение (как, впрочем, и по

всем показателям психического развития) между нормально развивающимися сверстниками и умственно отсталыми.

Произвольное запоминание предполагает сознательные усилия по поиску специальных способов запоминания предъявляемой информации. Детям с ЗПР свойственно отсутствие активного поиска рациональных приемов запоминания и воспроизведения [10, С. 41-43; 12,13].

Мыслительная деятельность, также развивается своеобразно. Отличие мышления от других психологических процессов состоит в том, что эта деятельность связана с решением проблемной ситуации, той или иной задачи. В мышлении на основе сенсорной информации делаются определенные теоретические и практические выводы.

У большинства дошкольников с задержкой психического развития, прежде всего, отсутствует готовность к интеллектуальному усилию, необходимому для успешного решения поставленной перед ними интеллектуальной задачи.

Аналогичная картина обнаруживается при изучении процесса обобщения. Недостаточный уровень сформированности операции обобщения у детей с задержкой развития отчетливо проявляется при выполнении заданий на группировку предметов по родовой принадлежности. Здесь проявляется трудность усвоения ими специальных терминов. Это относится и к видовым понятиям. В некоторых случаях дети с ЗПР хорошо знают объект, но не могут вспомнить его название.

Большинство детей хорошо владеют элементарными формами классификации. Распределение по группам простых геометрических фигур на основе выделения одного из признаков (цвета или формы) не представляет для них особых трудностей, они справляются с этим заданием почти так же успешно, как и нормально развивающиеся дети. Незначительное число допус-

каемых ими ошибок объясняется недостаточным вниманием и недостаточной организованностью в процессе работы. При классификации сложного геометрического материала продуктивность выполнения работы несколько снижается. Лишь немногие выполняют такое задание безошибочно. Одна из распространенных ошибок — подмена задачи более простой.

Уровень развития наглядно-действенного мышления у этих детей в большинстве своем такой же, как и в норме; исключения составляют дети с выраженной задержкой психического развития: Большинство детей правильно и хорошо выполняют все задания; но кому-то из них требуется стимулирующая помощь, а другим надо просто повторить задание и дать установку сосредоточиться. В целом же развитие этого уровня мышления идет наравне с нормально развивающимися сверстниками.

Важнейшую роль в познавательной деятельности играет речь, выступая и как средство и как материал (слова, понятия) познания, и как материальная основа закрепления и сохранения полученной информации. Таким образом, речь служит средством приобщения ребенка к опыту, накопленному человечеством.

Дети владеют повседневным обиходным словарем и грамматическими формами, для этого необходимыми. Однако расширение словаря обращенной речи за рамки многократно повторяемой бытовой тематики приводит к тому, что возникает непонимание некоторых задаваемых ребенку вопросов и инструкций, содержащих слова, значение которых неизвестно или недостаточно ясно ребенку, или не усвоенные им грамматические формы. Затруднения понимания могут быть связаны и с недостатками произношения, довольно часто наблюдаемыми у детей с задержкой психического развития.

Вторичные, связанные с речевыми недостатками, трудности в познавательной деятельности замедляют интеллектуальное

развитие детей в дошкольном возрасте, но особенно выступают при начале школьного обучения: они проявляются как непосредственно в непонимании учебного материала, так и в трудностях овладения чтением и письмом. У большинства детей произношение отдельных звуков правильное, но в целом оно недостаточно четкое, что и создает «смазанность» речи, наличие которой уже отмечалось выше. Дефекты произношения могут быть обусловлены разными причинами: они могут отражать недостаточную дифференцированность связей внутри речедвигательного анализатора, но могут быть и следствием недостаточности обратной связи, т.е. могут определяться дефектами фонематического слуха.

Особенности формирования личности. У детей с задержкой психического развития, следует выделить эмоциональную лабильность, слабость волевых усилий, несамостоятельность, внушаемость, личностную незрелость в целом. Эмоциональная лабильность проявляется в неустойчивости настроений и эмоций, быстрой их смене, легком возникновении эмоционального возбуждения или плача, иногда — немотивированных проявлений аффекта. Нередко у детей возникает состояние беспокойства. Неадекватная веселость и жизнерадостность выступают, скорее, как проявление возбудимости, неумения оценить ситуацию и настроение окружающих. При психической тормозимости наряду с личностной незрелостью особенно проявляется несамостоятельность, нерешительность, робость, медлительность. Симбиотическая привязанность к родителям приводит к трудностям привыкания к школе. Такие дети часто плачут, скучают по дому, избегают подвижных игр, теряются у доски и часто не отвечают, даже зная правильный ответ. Низкие оценки и замечания могут вызвать у них слезы.

Для всех младших школьников с задержкой психического развития характерны частые проявления беспокойства и тревоги. В школе наблюдается состояние напряженности, скованности, пассивность, неуверенность в себе. Младшие школьники с задержкой психического развития отстают от нормально развивающихся по сформированное произвольного поведения. Гораздо чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, у них наблюдается импульсивное поведение. Уровень произвольной регуляции поведения зависит у них от сложности деятельности, особенно от сложности звена программирования и наличия конфликтной ситуации (например, при необходимости действовать в соответствии с мысленным планом, вопреки внешним условиям деятельности).

3.4 Особенности коррекционно-воспитательной работы с детьми с ЗПР

С целью оказания специальной помощи детям с ЗПР была создана система коррекционно-развивающего образования и компенсирующего обучения. Это качественно новый уровень организации образовательного процесса, который позволяет удовлетворить интересы и образовательные потребности конкретного ребёнка, учесть его индивидуальные способности, обеспечить полноценное образование и сохранить здоровье.

Главными при определении стратегии и технологии обучения и воспитания детей с ЗПР являются профилактика и ранняя коррекция отставания в развитии у детей дошкольного возраста.

Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками ведется специалистами-дефектологами, воспитателями при участии семьи ребёнка. Адаптивная программа учитывает

состояние и уровень развития ребёнка и предполагает обучение по разным направлениям: ознакомление с окружающим миром и развитие речи, обучение игровой деятельности, формирование элементарных математических представлений, подготовка к обучению грамоте, трудовое, физическое воспитание и т.д. [6, С.41-51].

Основная масса детей с ЗПР обучается в классах коррекционно-развивающего обучения (классах выравнивания, классы для детей с задержкой психического развития) при общеобразовательных массовых школах.

Основные принципы коррекционно-развивающей работы:

- индивидуальный подход к каждому ребёнку, как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий;

- профилактика утомления различными методами и способами, например, чередование умственной и практической деятельности, использование интересного и красочного дидактического материала, различных средств наглядности и т.п.;

- использование методов максимально активизирующих познавательную деятельность детей, развивающую их речь и формирующих необходимые навыки учебной деятельности;

- проведение подготовительных к усвоению того или иного раздела программы занятий и обеспечение обогащения детей знаниями об окружающем мире;

- на уроках и вне уроков постоянно уделять внимание коррекции всех видов деятельности детей.

Организация учебно-воспитательного процесса в системе коррекционно-развивающего обучения должна предполагать со стороны специалистов глубокое понимание основных причин и особенностей отклонений в психической деятельности ребёнка и обеспечить создание личностно-развивающей среды, позволяющей реализовать познавательные резервы обучающихся.

В условиях специально организованного обучения детей с задержкой психического развития способны дать значительную динамику в развитии и усвоить многие знания, умения и навыки, которые нормально развивающие сверстники набирают самостоятельно.

Вопросы:

1. Дайте общую характеристику детей с задержкой психического развития.
2. Какова этиология задержки психического развития?
3. Охарактеризуйте классификацию ЗПР.
4. Дайте психологическую характеристику детей с ЗПР.
5. Выделите особенности коррекционно-воспитательной работы с детьми с ЗПР.

Задания:

1. Составьте таблицу отражающую основные условия обучения, необходимые при коррекционно – развивающей работе детьми с ЗПР.
2. Подготовьте сообщения на темы «Проблема школьной неуспеваемости» и «Причины школьной дезадаптации у детей».
3. Решите данную задачу.

Девочке С. 8 лет, посещает школу, но учиться она не любит и не хочет. Снижена работоспособность, повышено утомляема. Знания усваивает фрагментарно, быстро забывает материал. Проявляет творчество в игре, эта деятельность для нее наиболее привлекательна, в отличие от учебной. Непоседлива, болтлива, не может выполнять какое-либо задание не отвлекаясь. У девочки примитивность, поверхностность эмоциональных реакций, снижена мотивация достижения цели, некритична, повышено внушаема.

- 1. Какой тип нарушения психического развития имеет место?*
- 2. Каков прогноз дальнейшего развития ребенка?*

ГЛАВА 4.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Содержание темы. Нарушение слуха у детей, причины и классификация. Психологическая характеристика детей с нарушениями слуха. Образование лиц с нарушением слуха.

4.1 Нарушение слуха у детей, причины и классификация.

Слух – это способность организма воспринимать и различать слуховые сигналы (колебания) посредством слухового анализатора. Этот анализатор состоит из 3-х отделов: звуковоспринимающего рецептора (наружное, среднее и внутреннее ухо), проводящих нервных путей и центрального отдела (мозговых клеток, расположенных в височной области коры больших полушарий головного мозга).

Сохранность слуха очень важна для развития ребенка, поскольку огромное количество информации об окружающем мире он получает через слуховой анализатор.

Глубоким и стойким считается такое поражение слуховой функции, при котором процесс развития протекает на дефектной

основе и не обнаруживает признаков улучшения пораженной функции, а лечебные средства оказываются неэффективными.

Причины нарушений слуха: врожденные и приобретенные. Врожденные (анатомические дефекты, нарушения функции слухового анализатора, генетическая обусловленность) встречаются значительно реже, чем приобретенные и составляют примерно четверть детей с недостаточностью слуха. Приобретенные нарушения слуха встречаются чаще и являются следствием острых инфекционных воспалительных процессов, травм, операции и т.д.

Характер последствий зависит от:

- степени выраженности дефекта слуховой функции;
- времени возникновения патологического процесса;
- в какой период развития был нарушен слух.

Классификация. В зависимости от того, в каком возрасте у ребенка возникли нарушения слуха, а также от степени выраженности этого дефекта, детей со сниженным слухом разделяют на:

- неслышащих (тотально глухих);
- слабослышащих (или тугоухих).

Глухие дети с тотальными нарушениями слуха делятся на две группы:

Ранооглохшие или глухие без речи – это дети родившиеся глухими, или потерявшие слух до начала развития речи, а также потерявшие слух в 2-3 года, когда ребенок полностью теряет речевые навыки.

Позднооглохшие или глухие, сохранившие в той или иной мере речь – это дети, уже овладевшие речью до наступления глухоты и ее сохранившие.

По глубине нарушения слуха при *тугоухости* можно выделить 4 степени – легкую, умеренную, значительную, тяжелую.

Речевое развитие тугоухих во многом зависит от индивидуальных особенностей (активности, сообразительности, самостоятельности). В основном такие дети обучаются в специальной школе, хотя дети с легкой степенью тугоухости, обладающие развитой речью, могут обучаться в массовой школе¹.

4.2 Психологическая характеристика детей с нарушениями слуха

Особенности познавательной деятельности. Большое значение для компенсации нарушений слуха имеет развитие зрительного восприятия. Как уже отмечалось выше, у детей с нарушениями слуха наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов.

Специфические особенности восприятия изображений: глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между предметами; не всегда понимают изображенное движение предметов; у них возникают трудности с восприятием предметов в необычном ракурсе, при восприятии контурных изображений предметов; дети могут не узнать предмет, если он частично закрыт другим.

Многие дети, имеющие нарушения слуха, отстают от нормально слышащих детей по развитию движений. Они позже срока начинают держать голову, позднее, чем положено, начинают сидеть, стоять и ходить. Для таких детей характерно более медленное овладение двигательными навыками.

Потеря слуха создает более сложные условия для развития двигательной чувствительности. Слуховой контроль помогает выработке четких, плавных и размеренных движений, его отсут-

стве приводит к трудностям их формирования. У детей с нарушениями слуха компенсация отсутствующего слухового контроля может совершаться за счет увеличения роли зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятий, для чего нужно заботиться о развитии у таких детей двигательного контроля за качеством своих движений [14, С.56-58; 13].

Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные ощущения.

Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной среде, твердом теле и жидкости. В том случае, когда человек не прикасается непосредственно к источнику вибраций, а воспринимает их через передающую среду, вибрационные ощущения дают возможность судить о явлениях, удаленных от человека. Вибрационная чувствительность может оказать заметную помощь людям, имеющим остаток слуха: в этом случае достаточны воздействия меньшей интенсивности, чем те, которые необходимы для возникновения слуховых ощущений при пораженном слухе. Для того чтобы глухой человек мог использовать вибрационную чувствительность как средство познания, требуется специальная работа. Маленьким детям трудно выделить ощущения вибрации в общем комплексе ощущений, трудно понять, что является причиной их появления. Эти ощущения приобретают предметно-познавательное значение для ребенка, когда взрослый обращает его внимание на вибрирующие предметы, показывает разницу с невибрирующими. Детей знакомят с различными вибрирующими предметами, учат локализовать источник вибрации в пространстве.

В дошкольном возрасте у детей с нарушениями слуха, так же как у их слышащих сверстников, ведущим видом внимания является внимание произвольное. Оно вызывается интересными, новыми и необычными для ребенка предметами и явлениями. Устойчивость внимания с возрастом меняется. В школь-

ном возрасте происходит становление произвольного внимания, оно становится сознательным и контролируемым, вырабатываются такие его свойства, как устойчивость, распределение, переключаемость [10, С.61-65; 12,13].

У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, больше времени им требуется на «вработывание». Это приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению количества ошибок.

Продуктивность внимания у глухих школьников в большой степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала. Чем они выразительнее, тем легче дети выделяют информативные признаки объектов, делают меньше ошибок. В связи с этим при обучении детей с нарушенным слухом широко используются средства наглядности разной степени абстрактности: одни из них рассчитаны на привлечение непроизвольного внимания (яркая картина, например), другие — на развитие внимания произвольного (схемы, таблицы).

Процесс запоминания у глухих детей так же, как у слышащих, опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению вновь воспринятого с удержанным ранее. В то же время специфические особенности зрительного восприятия глухих влияют на эффективность их образной памяти, в окружающих предметах и явлениях они отмечают часто несущественные признаки.

Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. В развитии словесного вида памяти у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Трудности, испытываемые глухими детьми в запоминании слов, связаны с особенностями овладения ими словесной речью.

Для глухих детей предложения и тексты не всегда выступают как целостные, иерархически организованные системы, как единые смысловые единицы. Причина этого в недостаточно высоком уровне понимания предложений и текстов. Часто глухие дети воспроизводят предложение только частично, пропуская слова, что нарушает его смысл или делает егоagramматичным.

Глухие школьники не могут передать содержание текста своими словами и стремятся к дословному его воспроизведению.

У глухих детей, которые овладевают словесной речью гораздо позже слышащих и на иной сенсорной основе, в развитии мышления наблюдается значительно больше специфических особенностей, чем в развитии других познавательных процессов. Проблема развития мышления у ранооглохших детей привлекает внимание философов и психологов давно, так как анализ своеобразной ситуации развития глухого ребенка может позволить лучше понять роль речи в процессе развития и функционирования мышления.

Наглядно-действенное мышление обязательно включает в себя внешнее действие с предметом, при этом ребенок использует различные предметы в качестве средств для достижения цели. Роль речи в данном виде мышления мала. У глухого ребенка, так же как у слышащего, при решении практических задач возникает необходимость перенести принцип решения из одной ситуации в другую, что приводит к формированию соответствующих наглядно-действенных обобщений.

В переходе к следующей стадии — наглядно-образному мышлению — важная роль принадлежит речи. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность осуществлять мысленные действия с образами этих предметов.

Глухие дети, особенно до усвоения словесной речи и даже в процессе овладения ею, длительное время продолжают оста-

ваться на стадии наглядно-образного мышления. В этом проявляется одна из диспропорций их психического развития — превалирование наглядных форм мышления над понятийными. У глухих детей старшего школьного возраста своеобразие в развитии наглядно-образного мышления обнаруживается лишь при решении сложных задач. Это объясняется тем, что у них страдает точность и полнота отражения существенных признаков и их отношений, лежащих в основе условия задачи.

Полноценное наглядно-образное мышление служит фундаментом для формирования словесно-логического мышления. Развитое наглядно-образное мышление подводит детей к порогу логики, позволяет создавать обобщенные модельные представления, на которых будет строиться формирование понятий. В связи с более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления, с замедленным развитием словесной речи у глухих детей переход на стадию словесно-логического мышления происходит в течение более длительного времени, завершается к семнадцати годам и даже позднее.

Нужно отметить, что среди глухих детей можно выделить тех, которые по результатам развития мышления не отличаются от слышащих. Этот факт свидетельствует о том, что нарушение слуха не является непреодолимым препятствием на пути овладения словесной речью и формирования словесно-логического мышления.

Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью только обходными путями, в условиях специального обучения. При этом они опираются на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Они не имеют возможности воспринимать на слух интонацию и образцы речи, подражание которым, контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка. Умение выделить слово из речевого потока у слышащего ребенка появляется гораздо позднее, чем умение говорить.

Важной особенностью психического развития глухих детей является то обстоятельство, что они почти одновременно овладевают несколькими различными видами речи — словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой.

Дактильная речь — это своеобразная кинетическая форма словесной речи. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например русского. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной формы речи. Дактилизация обязательно сопровождается устной речью. В современной отечественной системе обучения глухих детей дактильная речь используется начиная с дошкольного возраста и служит существенным вспомогательным средством при формировании словесной речи. При этом дети лучше усваивают звукобуквенный состав слова (в тех случаях, когда написание слова соответствует его произношению). Дактилизация облегчает слухозрительное восприятие речи, в частности тех звуков, которые плохо считываются с губ.

Жестовая речь глухих возникает из потребности в общении. Жесты являются эквивалентами слов, а порядок их следования — такой же, как в предложении, т.е. этот вид речи калькирует лингвистическую структуру словесного языка. Жесты сопровождают устную речь говорящего. Большинство глухих владеют разными видами речи — и русской жестовой речью, и калькирующей жестовой речью, и словесной речью (во всех ее формах). То есть у них наблюдается, своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и отдельные его стороны — развитие памяти, мышления, личности.

Особенности формирования личности. Личность ребенка формируется в процессе общения со взрослыми и сверстниками, в ходе усвоения социального опыта. Сама социальная ситуация, в которой пребывает глухой ребенок, играет важную роль в возникновении и формировании у него определенных черт личности. Ребенок, потерявший слух в младенчестве, оказывается в ином положении по отношению к окружающим его людям, чем нормально слышащий.

Благоприятно влияет на личностную и эмоциональную сферу глухих детей развитие внимания к средствам, с помощью которых могут быть выражены эмоции, к использованию мимики, выразительных движений в жестовой речи [10, С.52-53].

Значительное влияние на формирование эмоционально-волевой сферы, развитие личности глухих детей, становление межличностных отношений на начальных этапах оказывают условия семейного воспитания. Важным фактором, влияющим на развитие личности, является наличие или отсутствие нарушения слуха у родителей. Так, глухие дошкольники, имеющие глухих родителей, не отличаются от слышащих сверстников по эмоциональным проявлениям, по числу интеллектуальных эмоций, тогда как в поведении глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность эмоциональных проявлений — меньшее их количество и разнообразие. В младшем школьном возрасте глухие дети глухих родителей более общительны со сверстниками, более любознательны, у них наблюдается стремление доминировать в группе сверстников, быть лидерами. Глухие дети слышащих родителей более стеснительны, менее общительны, стремятся к уединению.

В подростковом возрасте, у глухих детей глухих родителей наблюдается более точное представление о самих себе, своих возможностях и способностях, более адекватная самооценка по сравнению с глухими детьми слышащих родителей. Эти особенности могут объясняться тем, что на начальных этапах раз-

вития слышащие родители не могут вызвать своих глухих детей на эмоциональное общение, хуже понимают их желания и потребности, часто опекают своего ребенка, неохотно предоставляя ему свободу и самостоятельность. Все это усиливает зависимость глухих детей от взрослых, формирует такие личностные черты, как ригидность, импульсивность, эгоцентричность, внушаемость. У глухих детей возникают трудности с развитием внутреннего контроля за своими эмоциями и поведением, у них замедлено формирование социальной зрелости.

4.3 Образование лиц с нарушениями слуха

На основе педагогической классификации осуществляется дифференцированное специальное образование для детей с сенсорными нарушениями.

Специальные коррекционные школы для детей с нарушениями сенсорной сферы обеспечивают своим воспитанникам общеобразовательную подготовку на ценовом уровне, отвечающем нормативным требованиям Государственного образовательного стандарта. Соответствие ценовому уровню достигается при соблюдении особой содержательной и методической направленности учебного процесса, в основе которого заложен коррекционно-развивающий принцип обучения. Ориентация на ценовое образование не означает, что педагогический процесс в школах для детей с нарушениями сенсорной сферы может быть лишь частично изменён по сравнению с процессом обучения в общеобразовательной школе (например, за счёт увеличения срока обучения).

Педагогический процесс отличается иным содержанием, направленным на восполнение пробелов развития, сказывающихся на усвоении основ наук, он специфичен по

используемым средствам и методам, ориентирующимся на наличие у ребёнка возможности компенсации.

Рекомендации для ребёнка с нарушением слуха того или иного вида специальной школы учитывает не только характер и степень нарушения слуха, но и состояние речевого развития.

В специальной школе для глухих детей обучение ведётся в течение 12 лет. За период обучения учащиеся получают полное среднее образование. Вся учебная деятельность пронизана работой по формированию и развитию словесной устной и письменной речи, общения, умения воспринимать и понимать речь окружающих на слухозрительной основе. Дети учатся использовать остатки слуха для восприятия речи на слух и слухозрительно с использованием звукоусиливающей аппаратуры. Количество детей в классе не более 6 человек

Специальная школа, где обучаются слабослышащие и позднооглохшие дети, имеет два отделения:

Первое отделение – для детей с лёгким недоразвитием речи, связанным с нарушением слуха; наполняемость класса до 10 человек.

Второе отделение – для детей с глубоким недоразвитием речи, причиной которого является нарушение слуха; наполняемость класса до 8 человек.

Развитие слухового и слухозрительного восприятия, формирование и коррекция произносительной стороны речи проводятся на специально организованных индивидуальных и групповых занятиях с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов.

Вопросы:

1. В чем заключается роль слуха в жизни человека?
2. Какие могут быть причины нарушений слуха?

3. Дайте психологическую характеристику детям с нарушениями слуха.

4. Раскройте вопросы обучения детей с нарушением слуха.

Задания:

1. Составьте психолого-педагогические характеристики ребенка в норме и ребенка с нарушением слуха.

2. Решите проблемную ситуацию.

В нашей школе девочка обучается с I класса. Сейчас учится во втором классе. Испытывает значительные затруднения в учебе. Интерес к занятиям слабый, действия вялые и нерешительные. Внимание трудно переключаемое, моторика слабо развита, процесс припоминания затруднен, вспоминает лишь то, что привлекло ее внимание. Страдает развитие даже наглядного мышления. При выполнении различных заданий действует ошибочно, так как не может вспомнить показанный ей образец решения. Речь плохо развита, предпочитает общаться жестами. С трудом усвоила буквы, сливает их в слоги и читает короткие тексты из 3-4 предложений. Осмысление прочитанного текста недоступно.

1. Определите первичный и вторичный дефекты?

2. В какой школе ребенок может продолжать учиться?

ГЛАВА 5.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Содержание темы. Нарушения зрительного анализатора, причины и классификация нарушений. Психологическая характеристика детей с нарушениями зрения. Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения.

5.1 Нарушения зрительного анализатора, причины и классификация нарушений

Зрение – это оптическое восприятие, осуществляемое с помощью зрительного анализатора, представляющего собой сложную нервно-рецепторную систему человека и животных. Благодаря зрению человек получает огромное количество информации об окружающем мире. О цвете, форме, величине предметов, их взаиморасположении и расстоянии между ними человек узнает прежде всего с помощью зрения. Зрительный анализатор, как и любой другой анализатор состоит из трех основных отделов: периферического (глаз), проводникового (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального (мозговые клетки в затылочных

долях коры головного мозга). Деятельность данного анализатора обеспечивает восприятие и анализ зрительных раздражений.

Основные проявления нарушения зрения, это- неспособность глаз сфокусировать с четкостью изображение на сетчатке; повреждение частей глаз или структурные нарушения; некорректная работа той части мозга, отвечающей визуальную интерпретацию.

К наиболее распространенным относятся близорукость, дальновзоркость, астигматизм и амблиопия.

Причины нарушения зрения принято разделять на три разновидности в зависимости от времени их возникновения: приобретенные, наследственные и врожденные.

Приобретенные нарушения возникают после момента рождения вследствие заболеваний внутренних систем и органов, травмы, болезни глаз; наследственные – передаются от родителей или через поколение, а врожденные появляются в период внутриутробного развития.

В качестве генетических факторов нарушения зрительной функции могут быть: нарушение обмена веществ, проявляющееся в виде альбинизма, наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока, наследственная патология сосудистой оболочки, заболевания роговой оболочки глаза, врожденные катаракты, отдельные формы патологии сетчатки.

Аномалии зрения также могут возникнуть в результате внешних и внутренних отрицательных воздействий, имевших место в период беременности. На развитии плода могут сказаться патологическое течение беременности, перенесенные матерью вирусные заболевания, токсоплазмоз, краснуха и др.

Классификация. Детей, у которых наблюдаются стойкие нарушения зрения, принято разделять на слепых (незрячих) и слабовидящих.

Слепые, незрячие дети – дети с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04 на лучшем видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков).

Слабовидящие дети составляют большую по сравнению со слепыми группу детей – это дети с остротой зрения на лучшем видящем глазу при использовании обычных средств коррекции (очков) от 0,05 до 0,4. Остаточное зрение слабовидящего ребенка имеет очень большое значение для его развития, трудовой и социальной адаптации. Поэтому оно должно оберегаться. С целью компенсации зрительного дефекта широкое применение находят тифлотехнические и аудиовизуальные средства обучения. Обучение и воспитание слепых и, как правило, слабовидящих детей осуществляется в условиях соответствующих специальных школ и дошкольных учреждений. Особую значительную группу детей составляют дети с нарушениями зрения, которые при условии обеспечения им индивидуального подхода могут обучаться в массовой школе [6, С.59-64; 3,4,8].

Слепота – это двусторонняя неизлечимая потеря зрения. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения в психическом и физическом развитии ребенка. В зависимости от времени наступления нарушения функции зрительного анализатора выделяют слепорожденных и ослепших, то есть лишившихся зрения после рождения.

Слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. У них нет зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы.

Ослепшие дети. Для них характерна сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Процессы

компенсации во многом зависят от сохранности остаточного зрения. Большое значение для развития компенсаторных возможностей имеет слух.

5.2 Психологическая характеристика детей с нарушениями зрения

Особенности познавательной деятельности. У детей с глубокими нарушениями зрения в отличие от нормы отмечается: снижение уровня обобщенности, фрагментарности и четкости зрительных представлений. Причина: несоответствие образу оригинала явлений, недостаточность полного чувственного опыта о предмете в результате слепоты или слабовидения.

Схематизм, фрагментарность и другие неадекватные признаки, отраженные в представлениях, преодолеваются путем четкой организации процесса восприятия, развития наблюдательности и навыков обследования.

Дети имеют неточные представления о форме, размерах, цвете предметов, растений, животных. У слабовидящих младших школьников с низкой остротой зрения наблюдаются трудности формирования и сохранения представлений о форме, величине, пропорциях предмета и изображений. Темп формирования представлений при зрительном восприятии изображений замедлен. Сформированные представления неполные, недостаточно четкие, расплывчатые, недифференцированные, ошибочные, нестойкие. Иногда отмечается схематизм и вербализм представлений - словесное описание предметов и изображений без опоры на наглядные образы.

В процессе восприятия предметов на основе осязания и тактильной чувствительности у детей формируются представления о форме, объеме, размере и качестве предметов.

Ослабление внимания обычно наблюдается при астенических состояниях, проявляющихся в общей слабости, вялости, повышенной утомляемости, которая обусловлена истощением нервной в результате перенапряжения, длительными переживаниями либо чрезмерной умственной нагрузкой.

В процессе игры и учебной деятельности происходит развитие внимания ребенка. Следовательно, необходимо учить детей всматриваться, вслушиваться и осязать различные качества и свойства предмета. Важную роль, в дошкольном и младшем школьном возрасте в игре и учебной деятельности играет произвольное внимание, т.к. у детей этого возраста слабо развита способность к произвольному вниманию. Незрячие дети в дошкольном и младшем школьном возрасте пользуются произвольным вниманием с опорой на остаточное зрение. Как для зрячих, так и для незрячих, слабовидящих детей нецелесообразно строить учебно-воспитательный процесс только на основе произвольного внимания. Поэтому с детского сада следует воспитывать волевое внимание, опираясь на произвольное. Когда дошкольник достигает творческого интереса в игровой или учебной деятельности, то это означает, что у него формируется произвольное внимание. В дошкольной практике этому способствуют проблемные или целевые игры, а в школьном процессе - проблемность обучения и использование творческих заданий.

Основные функции всех трех видов внимания остаются сохранными. Качественные различия могут проявляться у слабовидящих и частично видящих за счет зрительного восприятия. Однако у детей с нарушениями зрения внимание компенсируется за счет широких возможностей других анализаторов [10, С.68-70; 12].

При дефектах зрения главным условием развития внимания является активное участие детей в любом виде деятельности.

Именно в деятельности слепой и слабовидящий формируют адекватное отражение действительности, произвольно или непроизвольно сосредоточивая и направляя внимание на осознание объекта действительности и формирование своего сознания.

Формирование мышления у слабовидящих и слепых имеет ряд особенностей. Отмечаются трудности установления смысловых связей между объектами, изображенными на картинках, затруднения при классификации предметов. У детей первого класса операции анализа, сравнения, обобщения сформированы в разной степени, свидетельствующей в большинстве случаев об отставании в развитии мышления. Для слепых, и слабовидящих младших школьников характерно недостаточное развитие наглядно-образного и наглядно-действенного уровней мыслительной деятельности, что определяет своеобразие конкретно-понятийного мышления и трудности в решении математических задач. Причины этого - нарушения зрительного восприятия и ограниченный наглядно-действенный опыт слепых и слабовидящих. У некоторых слабовидящих и слепых нарушения предметных обобщений оказывают влияние на формирование речи, развитие высших корковых функций.

Становление речи у зрячих и лиц с нарушениями зрения осуществляется принципиально одинаково, однако отсутствие зрения или его глубокое нарушение изменяет взаимодействие анализаторов, в силу чего происходит перестройка связей, и при формировании речи она включается в иную систему связей, чем у зрячих.

Речь слепого и слабовидящего развивается в ходе специфически человеческой деятельности общения, но имеет

свои особенности формирования — изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием [15, С.23; 3,4].

Опора на активное речевое общение и есть тот обходной путь, обуславливающий продвижение слепого ребенка в психическом развитии, который обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка.

Речь слепого выполняет также компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессы становления личности.

Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения — мимики, пантомимики, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании речи зрячего и на выразительности речи слепого и слабовидящего.

Особенности формирования личности. Глубокие нарушения зрения, как слепота и слабовидение, оказывают влияние на формирование всей психологической системы человека, включая и личность.

Эмоции и чувства человека, являясь отражением его реальных отношений к значимым для него объектам и субъектам, не могут не изменяться под влиянием нарушений зрения, при которых сужаются сферы чувственного познания, изменяются потребности и интересы. Слепые и слабовидящие имеют те же эмоций и чувства, что и зрячие, и проявляют те же эмоции и чувства, хотя степень и уровень их развития могут быть отличны от таковых у зрячих. Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников,

возникающее в возрасте 4 —5 лет, понимавшие и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте. Наконец, глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны также сниженная, самооценка, низкий уровень притязаний и выраженные депрессивные компоненты поведения.

Распространено мнение о том, что слепые менее эмоциональны, более спокойны и уравновешенны, чем люди, не имеющие дефектов зрения. Это впечатление объясняется отсутствием отражения их переживаний в мимике, жестах, позах. Однако речь их достаточно интонационно выразительна. Исследования понимания слепыми эмоциональных состояний человека по голосу, интонации, темпу, громкости и другим экспрессивным признакам речи свидетельствуют о том, что слепые обнаруживают большую точность в распознавании эмоциональных состояний говорящего. Оценивая эмоциональные состояния, они выделяют и адекватно оценивают такие качества личности говорящего, как активность, доминантность, тревожность. Отмечаются исключительные способности слепых понимать эмоциональные состояния, улавливать самые «тонкие изменения голоса собеседника».

Установка лиц с нарушением зрения по отношению к себе имеет свои особенности. В первую очередь это связано с оценкой своей внешности. При этом самооценка незрячими именно этого фактора зависит от критерия, который они используют: либо за точку отсчета берется свое собственное представление о себе, построенное исходя из оценки своего положения, либо происходит ориентация на внешние оценки, идущие от зрячих.

Изменение в самооценке связано с адаптацией к своему состоянию, а также с тем, что в процессе своего развития дети с

врожденной слепотой переживают несколько психологических кризисов, связанных с осознанием того, что они не такие, как многие их сверстники. Особенно остро этот кризис переживается в подростковом возрасте. В подростковом возрасте происходит обострение нарушений социальных отношений в связи с тем, что дети начинают осознавать свой зрительный дефект.

Существенную психолого-педагогическую проблему представляет воспитание слепого ребенка в атмосфере чрезмерной заботы. Взрослые члены семьи ни к чему не приучают ребенка, предохраняют от малейшего усилия, предупреждая любое его желание. Излишняя опека сопровождается часто и чрезмерным проявлением любви к слепому, его захваливанием, переоценкой его способностей. Ребенок превращается в избалованное, эгоистическое существо, совершенно не готовое к будущей самостоятельной жизни.

У него формируется чисто потребительская психология, тормозится образование необходимых качеств личности, таких, как трудолюбие, самостоятельность, чувство личной ответственности и инициативы, что, в свою очередь, препятствует формированию важнейших личностных образований: воли и эмоциональной сопротивляемости к различным жизненным препятствиям.

Второй вариант внутрисемейного общения, приводящий к формированию негативных качеств личности слепого, определяется деспотическим, подавляющим волю поведением родителей в отношениях со своим ребенком. На первое место взрослые ставят строгость, твердость и жесткость. При этом они, как правило, игнорируют трудности детей, вызванные нарушениями зрения. Вынужденный покоряться воле взрослого, ребенок испытывает чувство скрытой или открытой неприязни и в какой-то момент переходит к открытому неповиновению.

Некоторые дети в этой ситуации уходят в себя, замыкаются, предаются мечтаниям и фантазиям.

Ребенок либо растет несамостоятельным, подавленным, часто задержанным и малоинициативным, либо вступает на путь непрерывного хронического конфликта, постоянно находясь в состоянии открытой или скрытой агрессивности.

Третий вариант неблагоприятного внутрисемейного общения характеризуется эмоциональным отчуждением взрослых членов семьи и ребенка с нарушениями зрения, что приводит к отсутствию взаимопонимания между ними, к разрыву духовной близости. Слепой ребенок в такой семье живет своими интересами, замкнувшись во внутреннем мире, куда он не допускает родителей. У него не формируется потребности в общении как с членами семьи, так и с более широким окружением.

Обстановка эмоционального отчуждения ранит слепого ребенка не меньше, а может быть, и больше, чем явная открытая неприязнь к нему из-за его слепоты. Такой тип общения со взрослыми создает и обостряет у ребенка чувство неполноценности и ненужности, рано рождает у него состояние глубокой тревожности, и такой ребенок в конце концов не сможет развить в себе адекватное чувство собственного достоинства. Его самооценка неадекватно занижена.

Психолого-педагогические условия, в которых оказывается ребенок, имеющий глубокие нарушения зрения, непременно повлияют на процесс формирования его личности.

5.3 Обучение и воспитание детей с нарушением зрения

Для образования незрячих, слабовидящих и поздноослепших детей существуют специальные коррекционные школы двух видов. Вследствие незначительного числа таких школ при

необходимости может быть организовано совместное (в одном учреждении) обучение незрячих и слабовидящих детей, а также детей с косоглазием и амблиопией. Обучение в данных типах школ длится 12 лет, за период обучения учащиеся получают средне (полное) общее образование. Наполняемость классов для незрячих должна быть не более 8 человек, для слабовидящих – 12 человек [10, С.70; 12].

В школах для детей с нарушением зрения учтена необходимость коррекционно-компенсаторной работы, направленной на развитие восприятия, конкретизацию представлений, совершенствование наглядно-образного мышления, формирование приёмов и способов самоконтроля и регуляции движений с использованием специальных форм, приёмов и способов. Программами школ предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и компенсации отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий для слепых, плоскочечатных для слабовидящих.

Особую и значительную группу детей составляют дети с нарушениями зрения, слуха, которые при условии обеспечения им индивидуального подхода, могут обучаться в массовой школе. Это дети с относительно легким нарушением зрения, аномалией рефракции. Ребенок в таком состоянии нуждается в щадящем режиме, исключающем продолжительные умственные и физические нагрузки, резкие движения и прыжки, наклоны головы и т.п. Обучение детей с сенсорными нарушениями в массовой школе вне контроля со стороны специалиста-врача может привести к хронической неуспеваемости, педагогической запущенности и дальнейшему ухудшению состояния сенсорной сферы.

Вопросы:

1. Дайте общую характеристику зрительной функции.
2. Какова психологическая характеристика детей с нарушением зрения?
3. Охарактеризуйте особенности обучения и воспитания детей с нарушением зрения.

Задания:

1. Подготовьте сообщение на тему «Профилактика нарушений зрения у детей».
2. Составьте список специальностей (профессий), которыми могут овладеть лица с нарушениями зрения, с описаниями их функциональных способностей и условий труда.

ГЛАВА 6.

ДЕТИ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Содержание темы. Речь. Причины и классификация речевых нарушений. Психологическая характеристика детей с нарушением речи. Логопедическая помощь детям с нарушением речи.

6.1 Речь. Причины и классификация речевых нарушений

Дети с тяжелыми нарушениями речи – это особая категория детей с отклонениями в развитии, у которых сохранен слух, первично не нарушен интеллект, но есть значительные речевые дефекты, влияющие на становление психики.

Речь – важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Речь является основой коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка. На основе речи и ее смысловой единицы – слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. Развитие речи ребенка связано с постепенным овладением родным языком: с развитием фонематического слуха и формированием навыков произнесения фонем родного языка, с овладением словарным запасом, правилами синтаксиса и смысла речи. Активное усвоение лексических и

грамматических закономерностей начинается у детей в 1,5-3 года и заканчивается к 7 годам. В школьном возрасте происходит совершенствование приобретенных навыков на основе письменной речи. Овладение смысловой стороны речи наиболее интенсивно осуществляется в период школьного обучения. Речь ребенка происходит под непосредственным влиянием речи окружающих его взрослых и в большей степени зависит от достаточной речевой практики, культуры речевого окружения, от воспитания и обучения.

Причины речевых нарушений

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние). Внутриутробная патология приводит к нарушению развития плода, в частности, к речевой патологии: внутриутробная гипоксия плода (кислородное голодание), токсикоз, вирусные и эндокринные заболевания матери, травмы плода, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, чрезмерный прием лекарств матерью, алкоголизм, курение, наркомания во время беременности, влияние ионизирующей радиации, постоянная вибрация и т.п. Различные заболевания в первые годы жизни ребенка (особенно инфекционно-вирусные, менинго-энцефалитные и др.), травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга, скверные социально-бытовые условия, неблагоприятное речевое окружение – все это способствует нарушению речи ребенка [2, С.227-244].

Классификация речевых нарушений

Речевая функция имеет сложную структуру и включает:

- 1) *фонетическую* (звуковую), произносительную сторону речи;
- 2) *фонематические* (смыслоразличительные) процессы;

3) лексико-грамматическую сторону речи.

Речевые нарушения могут затрагивать различные компоненты речи. Одни нарушения касаются только произносительных процессов и выражаются в нарушениях внятности речи без каких-либо сопутствующих проявлений. Другие затрагивают фонематическую систему языка и выражаются не только в дефектах произношения, но и в недостаточности овладении звуковым составом слова, влекущем за собой нарушения чтения и письма.

Все виды речевых нарушений в *клинико-педагогической* классификации делят на 2 группы.

1. Нарушения устной речи.

а) нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:

- афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса;
- брадилалия – патологически замедленный темп речи;
- тахилалия – патологически ускоренный темп речи;
- заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;

- дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

- ринопалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;

- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата;

б) нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;

- афазия – полная или частичная утрата речи, связанная с локальными поражениями головного мозга.

2. Нарушения письменной речи:

а) дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения;

б) дисграфия (аграфия) – частичное (полное) нарушение письма.

Психолого-педагогическая классификация группирует нарушения от частного к общему и строится на основе лингвистических и психологических критериев (в которых учитываются структурные компоненты речевой системы – звукопроизношение, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной или письменной). Здесь выделяются общие проявления дефекта при разных формах патологического развития речи у детей (уровни сформированности компонентов речевой системы).

Нарушения речи в данной классификации делятся на 2 группы:

1. Нарушение средств общения:

ФФНР (фонетико-фонематическое недоразвитие речи) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. При частичной компенсации ФФНР переходит в ФНР (фонетическое недоразвитие речи). ФФНР бывает на фоне дислалии, стертой дизартрии, ринолалии.

ОНР (общее недоразвитие речи) у детей с сохранным интеллектом и слухом, СНР (системное недоразвитие речи) у детей с умственной отсталостью – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Выделяются три уровня ОНР (в зависимости от степени сформированности речевых средств). ОНР ставят детям с алалиями, дизартриями, стертой дизартрией, ринолалией, сложной дислалией.

2) *Нарушение в применении средств общения:*

Заикание – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с ОНР.

Проявление речевого негативизма, мутизм и др.

Нарушения письма и чтения в данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи, а рассматриваются в составе ФФНР и ОНР как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков [3,4].

6.2 Психологическая характеристика детей с нарушениями речи

Особенности познавательной деятельности. 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 (зрительной или слуховой): детям с патологией речи гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

Стабильность темпа деятельности у дошкольников с общими нарушениями речи имеет тенденцию к снижению в процессе работы [10, С. 78-79].

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, выполняемому в данный момент.

Исследование мнестической функции (памяти) у детей с нарушениями речи обнаруживает, что объем их зрительной памяти практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Низкие результаты в данных пробах у этих детей связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений.

Исследования памяти позволяют заключить, что у данной категории детей заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий.

Однако при имеющихся трудностях у детей данной категории остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

Тесная связь между нарушениями речи и другими сторонами психического развития детей обуславливает некоторые специфические особенности их мышления.

При изучении особенностей наглядно-образного мышления было обнаружено, что только у некоторых учеников речевой

школы особенности познавательной деятельности приближаются к показателям, присущим нормально развивающимся сверстникам.

У детей с недоразвитием речи на процесс и результаты мышления влияют недостатки в знаниях и наиболее часто нарушения самоорганизации. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей явлений. Нарушения самоорганизации обуславливаются недостатками 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 предложенную им 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.

Овладевая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными 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, в этом случае они обусловлены недостаточностью теменно-затылочных

областей коры головного мозга. Несформированность наглядно-образного мышления при недоразвитии речи в большинстве случаев по степени выраженности связана с тяжестью речевого дефекта. Для многих детей с общим недоразвитием речи характерна также ригидность мышления.

Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окружающими 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, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения, следствием этих трудностей являются снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации (диалогическая и монологическая речь), особенности поведения: незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм.

В целом коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам значительно ниже нормы.

6.3 Логопедическая помощь детям с нарушениями речи

Помощь детям с речевыми нарушениями в настоящее время оказывается в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

В системе *образования* установлено типовое положение о дошкольных учреждениях и группах детей с нарушениями речи. Определены три профиля специальных групп:

1. Группа для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием.

2. Группа для детей с общим недоразвитием речи.

3. Группа для детей с заиканием.

Помимо этого существуют специальные (логопедические) группы в детских садах общего типа, а также логопедические пункты в детских садах общего типа.

В системе оказания помощи детям с нарушениями речи существует специальная школа для образования детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР). Данный тип школы в своём составе имеет 1-2 отделения.

В первом отделении обучаются дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжёлой степени (алалия, дизартрия, ринолалия, афазия), а также дети, имеющие общее недоразвитие речи, сопровождающееся заиканием.

Во втором отделении учатся дети с тяжёлой формой заикания при нормально развитой речи.

Внутри первого и второго отделения с учётом уровня речевого развития детей могут создаваться классы (группы), включающие воспитанников с однородными нарушениями речи.

За 10-11 лет обучения в данном типе школ ребёнок может получить основное общее образование.

При общеобразовательных школах существуют логопедические пункты, где логопед оказывает помощь детям, имеющим нарушения речи и трудности в обучении.

Оказание логопедической помощи осуществляется и в системе *здравоохранения*. При поликлиниках и психоневрологических диспансерах имеются логопедические кабинеты, где оказывается логопедическая помощь лицам разного возраста, имеющим речевые расстройства.

В системе *социальной защиты* имеются специализированные дома ребёнка, в основную задачу которых входит своевременная диагностика и исправление речи детей.

Независимо от типа учреждения логопедическая помощь, которую получают лица с речевыми нарушениями, осуществляется только в условиях комплексного медико-психолого-педагогического воздействия.

Вопросы:

1. Дайте характеристику классификациям речевых нарушений.
2. Раскройте причины речевых нарушений.
3. Каковы познавательные особенности у детей с нарушениями речи?
4. Охарактеризуйте систему логопедической помощи в различных структурах (образование, здравоохранение).

Задания:

1. Подготовьте сообщение на тему «Взаимосвязь мышления и речи».
2. Нарисуйте или отразите в виде схемы строение речевого аппарата (центральный и периферический отделы).

ГЛАВА 7.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Содержание темы. Причины и виды нарушений опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич. Психологическая характеристика детей с ДЦП. Образование лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата.

7.1 Причины и виды нарушений опорно-двигательного аппарата

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей. Нарушения опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

А) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит;

Б) врожденная патология 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);

В) Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения

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

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%) [16]. У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другие категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второй способ адаптации ребенка с двигательным дефектом – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

Детский церебральный паралич, общая характеристика

Детский церебральный паралич (ДЦП) за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах стран СНГ) [16].

Термин «церебральные параличи» объединяет группу синдромов, возникших в результате недоразвития или

повреждения мозга в пренатальный, интранатальный и ранний постнатальный периоды. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

Причиной ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном периоде, в момент родов или на первом году жизни. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 – в момент родов, 10 – после рождения.

Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. ДЦП может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингитов, энцефалитов), тяжелых ушибов головы [3,4].

Структура двигательного дефекта при ДЦП.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Для ДЦП характерно нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии); ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи); наличие насильственных движений (для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора); нарушения равновесия и координации движений (атаксия); нарушение ощущений движений (кинестезий); недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (стато-кинетических рефлексов); синкинезии – это произвольные содружественные движения, сопровождающие

выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются); наличие патологических тонических рефлексов, при ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым относятся позотонические рефлексы. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет и более, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5-8 месячного здорового младенца.

7.2 Психологическая характеристика детей с детским церебральным параличом

Структура психики при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта [7, С.208-222].

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура *интеллектуального дефекта* при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

По состоянию интеллекта дети с ДЦП представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения.

Для детей с ДЦП характерны *расстройства эмоционально-волевой сферы*. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

В структуре дефекта у детей с ДЦП значительное место занимают *нарушения речи*, частота которых составляет 80%. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависит в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология.

Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи.

Особенности познавательной деятельности. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка возникает притормаживание общих движений на оптический и звуковой раздражитель. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, т. е. поворот головы в сторону источника звука или света. У некоторых детей вместо ориентировочных реакций возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг.

У детей нарушениями опорно-двигательного аппарата, в частности у детей с детским церебральным параличом нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание усложненных вариантов предметных изображений (перечеркнутых, наложенных друг на друга, «зашумленных») и

др.). Существенные трудности наблюдаются в восприятии конфликтных составных фигур (например, утки и зайца). У некоторых детей часто долго сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что мешает дальнейшему восприятию. Наблюдается нечеткость восприятия картинок: одну и ту же картинку со знакомым предметом дети могут «узнавать» по-разному. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти нужную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и букв: изображения могут быть зеркальными либо перевернутыми, ребенок плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности графического воспроизводства букв могут быть связаны не только с нарушением оптико-пространственных представлений, но и с неврологическими проявлениями (атаксия, парез, гиперкинезы и др.). Нарушения счета могут основываться на трудностях в восприятии количества, что выражается в невозможности узнать графическое изображение цифр, сосчитать предметы и т.д.

У некоторых детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического. Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического, восприятия, ярче всего проявляются на письме.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза).

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии - ориентация в направлении спереди назад

(сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушения внимания могут быть связаны не только с церебро-астеническими явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.

Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности.

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта — сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации [17, С.62-69].

При всех формах ДЦП особенно страдает переключение внимания (для этого в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция).

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП отражаются на всех последующих стадиях познавательного процесса, на функционировании всей познавательной системы в целом.

Все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти. Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти.

Например, нистагм не дает возможности ребенку создать целостное оптическое представление о предмете. Образ восприятия оказывается нечетким, «рваным», фрагментарным и искаженным. Таким же он и «закладывается» в память.

Часто слуховое восприятие у детей с ДЦП нарушено, это приводит к неверному запоминанию.

Невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия игрушки приводит к тому, что образ памяти отличается фрагментарностью, нечеткостью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру, другие особенности.

Все эти примеры доказывают, что нарушения в формировании образной памяти большей частью являются следствием нарушений восприятия.

Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать её, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, 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.

Значительную трудность, а порой невозможность узнавания и запоминания представляют бесцветные изображения. Эта трудность остается даже после обучения и у более старших детей, в возрасте 3-5 лет. Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие памяти и своеобразие в формировании мнемических процессов.

Все наглядно-действенные, задачи предусматривают произвольные целенаправленные действия с предметами. Именно эти действия у детей раннего возраста стимулируют познавательную деятельность, активизируют внимание, восприятие, память, мышление, речь, общение и взаимодействие со взрослыми. Однако двигательные нарушения у ребенка с ДЦП не дают ему возможности полноценно освоить все многообразие наглядно-действенных задач, которые нормально двигающийся малыш решает почти ежедневно в повседневной жизни. Ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться, либо такая возможность ограничена. Следовательно, наглядно-действенное мышление будет формироваться с большим опозданием и весьма своеобразно. Таким образом, познание окружающего мира в активной деятельности нарушается. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и при опоре на менее нарушенные функции (например, речь). Поэтому в психическом развитии

ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнял и выполнить не может. Недостаточность наглядно-действенного мышления приводит к недостаточности в формировании других, более сложных форм мыслительной деятельности.

Наглядно-образное мышление обычно формируется на основе наглядно-действенного мышления и чувственного опыта (ощущения и восприятие). При ДЦП оба этих компонента значительно нарушены в своем развитии, поэтому данный вид мышления формируется позже нормативных сроков и имеет ряд специфических особенностей.

Развитие словесно-логического мышления начинается с формирования обобщенного значения слов и развития словесного обобщения. Этот этап в развитии мышления у детей с ДЦП существенно страдает. Это зависит как от тяжести речевого поражения, отсутствия практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении, так и от ограниченности грамотного раннего коррекционно-развивающего воздействия. Основной связью с предметом у многих детей долгое время остается зрительная, что приводит к преобладанию чувственного обобщения над словесным и к задержке развития понятийного мышления. Наглядная ситуация, внешние, несущественные признаки предметов для этих детей имеют большее значение, чем для здоровых детей того же возраста. Поэтому становление и целенаправленное развитие речи на этом этапе способствует перестройке сенсорного типа восприятия на предметно-обобщенный, что в свою очередь приводит к развитию понятийного, словесно-логического мышления. При некоторых клинических формах ДЦП процесс становления речи и мышления имеет свои

особенности. Так, при гиперкинетической форме чувственное обобщение достигает своего наибольшего развития. Для многих детей с церебральными параличами даже до становления активной речи характерен обобщенный тип восприятия. С развитием речи происходит дальнейшее развитие словесного обобщения, понятийного мышления. Большая эмоциональность этих детей, стремление к контакту способствуют тому, что речь уже на самых ранних этапах своего формирования становится средством связи и познания окружающего мира, в силу этого наиболее полное развитие абстрактного мышления происходит чаще при этой клинической форме ДЦП. При двойной гемиплегии и спастической диплегии чаще отмечается нарушение гностических зрительных функций, таких, как нарушение восприятия объемных величин и пространственных взаимоотношений, что приводит к недостаточному развитию чувственного обобщения. Психические особенности этих детей, такие, как повышенная пугливость, инертность, тормозят речевое обобщение, и речь не становится достаточно развитым средством познания, что приводит к задержке развития понятийного и абстрактного мышления. Своеобразно становление речи и мышления при атонически-астатической форме ДЦП. У этих детей речь остается отражением конкретной связи слова с предметом, обобщенный тип восприятия не развивается. Речь не становится средством связи и познания окружающего мира, что отражается в мышлении и поведении таких детей. Эти дети остаются часто вне ситуации, вне коллектива, не устанавливают связей с окружающими. Внимание их крайне неустойчиво, деятельность неорганизована, мышление сугубо конкретное. Исследование Е. М. Мастюковой указывает на особенности становления речи и мышления у детей с ДЦП, а также на тесную связь и взаимовлияние речи и мышления в процессе развития как нормального, так и аномального ребенка.

Задержка в развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что дети с трудом устанавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий и форм (классификация предметов, выделение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа и др.). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется, прежде всего, в усвоении счета.

На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебрастенические явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Исследования детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период. У детей малая активность звуковых проявлений, их лепет беден звуками, фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей. Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает форми-

рование грубых нарушений звукопроизносительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП. Отмечается дизартрия, т.е. нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Нарушение звукопроизношения при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. Меняющийся мышечный тонус при гиперкинетической форме ДЦП определяет непостоянство нарушений звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезии при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые речевые расстройства возникают при нарушениях слуха, которые чаще наблюдаются у детей с гиперкинезами. Нарушения звукопроизносительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появились только к 1,5 годам, фразовая речь — к 3 - 3,5 годам. Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи. Зачастую словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме.

Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

Мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, смодулированный, интонации невыразительны.

Особенности формирования личности. Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Среди детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками психического развития по типу психического инфантилизма.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем.

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты

слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности, связанное с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они

обычно чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

При невротическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами {избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержание мочи), энкопреза (недержание кала)

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье — отказ от выполнения требований родителей.

В основе органического инфантилизма — сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, туго подвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают

двигательно расторможены, благодущны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемое внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности [6, С.89-90; 8,12].

Проявление органического инфантилизма чаще наблюдалось при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т.е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности. Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности. Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на успех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражи-

тельными, импульсивными, неспособными адекватно учитывать ситуацию, были не критичны к себе и своему поведению.

Специфические особенности в развитии и формировании эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). Степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой и других сфер личности у детей с ДЦП.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ДЦП в одном случае проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Для этих детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Волевая активность детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеет свои особенности. По уровню волевого развития среди испытуемых обнаружено три основных группы.

Для первой группы характерно общее снижение эмоционально-волевого тонуса, астенизация поведения, волевой инфантилизм. Это проявляется в неумении, а порой и нежелании подростка регулировать свое поведение, в общей вялости, доходящей до апатии у одних, и в крайней несдержанности у других, в отсутствии достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной работе. Свыкаясь с ролью больных, подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляют иждивенческие настроения.

Вторую группу составляют подростки, уровень волевого развития которых достаточно высок. Обладая адекватной

самооценкой, правильно определяя свои возможности, подростки данной группы способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Они активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием.

Уровень волевого развития подростков, входящих в третью группу, можно определить как средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, многих других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевою активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, в медицинских мероприятиях — с лечебной перспективой и т.д. Периоды волевого подъема сменяются у них снижением уровня волевой активности.

В указанные выше группы входят подростки, имеющие различные по степени тяжести поражения опорно-двигательного аппарата.

Отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут возникнуть и при другом стиле воспитания в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с ДЦП. Эти родители требуют от ребенка выполнения всех требований и заданий, но при этом не учитывают специфику двигательного развития ребенка. Нередко такие родители, если ребенок не выполняет их требований, прибегают к наказаниям. Все это приводит к негативным последствиям в развитии ребенка и усугублению его физического и психического состояния.

В условиях гиперопеки или гипоопеки ребенка возникает наиболее неблагоприятная ситуация для формирования у него адекватной оценки своих двигательных и иных возможностей.

Изучение реакции ребенка на свой физический дефект является необходимым условием изучения личности, самосознания, самооценки, а также условием проведения правильной работы по воспитанию личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Переживание физической недостаточности наблюдается среди детей различного возраста. Наиболее остро они выделяются в подростковый и юношеский период. Данные периоды характеризуются многосторонними процессами, затрагивающими интеллектуальную, эмоциональную и волевую сферы. В подростковом возрасте активно формируются черты взрослого человека. Подросток сам начинает осознавать свое приближение ко взрослому возрасту и стремится к самостоятельности. Для детей с нарушениями движений возрастные трудности дополняются острой психической травмой, связанной с физической недостаточностью.

Разница в реакциях подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата на физический дефект, как показывают исследования, определяется направленностью личности ребенка: у одних переживания связаны с повышенным вниманием к своему внешнему виду, т.е. к косметической стороне дефекта, у других наблюдается интерес к внутреннему содержанию, к интеллектуальным и нравственным сторонам личности. В целях правильного развития личности очень важно преодолеть переживания, направленные лишь на косметическую сторону дефекта. Это достигается не столько лечением физического недуга, сколько грамотной психологической работой с ребенком.

Таким образом, развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и

факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

7.3 Образование детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Основными задачами коррекционной работы при ДЦП являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя.

В комплексное восстановительное лечение ДЦП включаются медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Существует несколько *основных принципов* коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими ДЦП:

- комплексный характер коррекционно-педагогической работы;
- раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции;
- организация работы в рамках ведущей деятельности;

- наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития;
- тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);
- формирование математических представлений;
- развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;
- воспитание навыков самообслуживания.

Система помощи предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежат раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи. В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерств здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстано-

вительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи.

Дети, проживающие в маленьких городах или сельской местности, лишены в настоящее время возможности обучения в специализированных учреждениях. Они учатся либо в обычных массовых школах, либо на дому, что значительно снижает качество усвоения знаний, лишает возможности приобретения необходимых трудовых навыков.

Специальная (коррекционная) школа для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата предназначена для образования детей с различными двигательными нарушениями, имеющие разные причины и разную степень выраженности, с ДЦП, врождёнными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей. В школе осуществляется обучение по программам массовых общеобразовательных школ, и за период обучения дети с НОДА получают среднее общее образование. В школах устанавливается специальный двигательный режим. Образование осуществляется в единстве с комплексной коррекционной работой, охватывающей двигательную сферу ребёнка, его речь и познавательную деятельность в целом.

Вопросы:

1. Дайте клинико-психологическую характеристику детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Раскройте причины двигательных нарушений.
3. Каковы виды двигательных нарушений?
4. Как строится коррекционная помощь детям с нарушением ОДА?

Задания:

1. Подготовьте сообщения на темы «Детский церебральный паралич» и «Полиомиелит».

2. Решите данную задачу.

У ребенка проблемы с письмом и речью (речь смазанная нечеткая). Затрудненное глотание, не способен контролировать слюноотделение. Наблюдается укорочение одной нижней конечности, сколиоз и искривление тазовых костей, а также косоглазие и близорукость. Все движения ребенка неуклюжие, неловкие, разболтанные, выполняются толчкообразно и дискоординированно. Трудности при ходьбе и стоянии. Быстро утомляется.

Запас знаний и представлений об окружающем мире снижен. Не знает многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, имеет представления лишь о том, что было в его практике.

Раним, впечатлителен, привязан к родителям.

Вопрос:

1. Какие могут быть направления коррекционно-развивающей работы с данным ребенком?

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

Содержание темы. Нарушения поведения в подростковом возрасте. Психическая декомпенсация невротического типа.

8.1 Нарушения поведения в подростковом возрасте

Подростковый возраст, особенно в период полового созревания с его сложной перестройкой всего организма, является наиболее уязвимым как в биологическом, так и в социальном плане для различных неблагоприятных воздействий.

Подростковому возрасту свойственны специфические особенности реагирования на различные внешние воздействия и нарушения поведения, которые могут быть и проявлением имеющегося психического заболевания, но бывают и у подростков, не страдающих тяжелыми психическими болезнями. Чаще всего такие нарушения называются *акцентуация характера* и свойственны подросткам - это индивидуальные особенности, не являющиеся патологией, когда в характере доминируют те или иные черты. Варианты акцентуаций характера в целом те же, что и психопатий (возбудимая, истерическая, психастеническая, астеническая и прочие), но все они выражены не столь резко, а главное при акцентуации нет такой социальной дезадаптации, как при психопатиях.

Значительная роль в нарушениях поведения подростков-олигофренов принадлежит психотравмирующим факторам, в частности переживаниям, связанным с безуспешным

пребыванием в массовой школе, пренебрежительным отношением сверстников и взрослых, обидным прозвищем и т.д.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением человека. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В зависимости от степени выраженности выделяют две группы акцентуации характера: явную и скрытую.

Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается довольно постоянными чертами определенного типа характера. Выраженность черт определенного типа не препятствует удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение обычно соответствует способностям и возможностям. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При повзрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.

Скрытая акцентуация. Эта степень, видимо, должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно обнаружиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Существует две классификации типов

акцентуаций – первая предложена К. Леонгардом , а вторая – А.Е. Личко.

Типы акцентуаций характера подростков (по А.Е. Личко)

Несмотря на редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, различают следующие основные типы акцентуаций характеров:

лабильный – резкая смена настроения в зависимости от ситуации;

циклоидный – склонность к резкой смене настроения в зависимости от внешней ситуации;

астенический – тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии;

боязливый (сензитивный) тип – робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, тенденция испытывать чувство неполноценности;

психастенический – высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждательству, тенденция к образованию ритуальных действий;

шизоидный – отгороженность, замкнутость, трудности в установлении контактов, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сострадания, недостаток интуиции в процессе общения;

застывающий (параноидный) – повышенная раздражительность, стойкость отрицательных аффектов, болезненная обидчивость, подозрительность, повышенное честолюбие;

эпилептоидный – недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность;

демонстративный (истероидный) – выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемым для привлечения к себе внимания, характеризуемая отсутствием угрызений совести, авантюристичностью, тщеславием, «бегством в болезнь» при неудовлетворенной потребности в признании;

гипертимный – постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности с тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца, повышенная словоохотливость (скачка мыслей);

дистимный – преобладание пониженного настроения, чрезвычайная серьезность, ответственность, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни, склонность к депрессии, недостаточная активность;

неустойчивый (экстравертированный) – склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;

конформный – чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму [11, С.70-71; 4, 8].

Развитие и трансформация акцентуаций характера встречаются как наиболее частые нарушения поведения в подростковом возрасте следующие:

Реакция отказа. Реакция отказа от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или школьных уроков бывает у подростков, когда родители противодействуют им в общении с привычной компанией сверстников, оказывающих на них нежелательное воздействие.

Реакция протеста (оппозиции). Это непостоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Протестные формы поведения возникают у

подростков в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство требованиями или отношениями близких.

Реакции протеса бывают активными и пассивными.

Реакция имитации. Имитация – это стремление подражать во всем кому-либо. Когда они в качестве кумира избирают «положительного» героя и в своем стремлении к подражанию не доходят до крайности, то в этом никакой патологии нет, как правило, с возрастом это проходит.

И самые большие неприятности ждут родителей, когда подросток избирает объектом для подражания реального человека – взрослого или своего сверстника, злоупотребляющего алкоголем, а особенно лиц с криминальным прошлым. Вот это уже чревато не только ранним злоупотреблением алкоголем, но и различными криминальными действиями.

Реакция группирования со сверстниками. Реакция группирования со сверстниками по своим проявлениям при крайних выражениях близка к вышеописанной реакции, за исключением того, что здесь нет взрослого отрицательного лидера. Таким лидером становится кто-то из членов самой группы, особенно если он старше других, имеет «опыт» употребления спиртного и физически сильнее остальных. «Лидер» становится для них непререкаемым авторитетом, обычно он бесстрашен.

Эти подростки могут совершать и криминальные действия – изнасилование, воровство, грабеж, драки и прочее. Реакция группирования может объединять подростков и по интересам – занятия спортом, какими-либо хобби.

Делинквентное поведение. Термином «делинквентное» поведение обозначают различные проступки, провинности, систематические прогулы школьных занятий, нарушения общественных норм поведения, мелкое хулиганство и мелкое воровство.

От криминальных действий делинквентное поведение отличается незначительностью правонарушений и обычно не влечет за собой уголовного наказания. Причинами такого поведения подростков обычно бывают недостатки воспитания.

Реакция эмансипации. Реакция эмансипации – это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от контроля и опеки взрослых любыми способами.

Дромомания. Дромомания – это склонность к бродяжничеству. Она рассматривается психиатрами как один из вариантов расстройства контроля над импульсивными побуждениями, обычно это неудержимое влечение к дальним странствиям. Дромомания – это импульсивное влечение и обусловленное самим психическим заболеванием.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации. Реакции компенсации и гиперкомпенсации – это возникновение личностных проявления и таких форм поведения, с помощью которых подросток старается скрыть, замаскировать свои слабые стороны. Реакция компенсации и гиперкомпенсации чаще всего свойственны подросткам как средство психологической защиты, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Сюда относятся различные виды онанизма (мастурбации) у подростков, включая групповую и совместную мастурбацию, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, например, в подростковой группе. Вовлечение подростка в группу может быть вызвано ранним пробудившимся сексуальным влечением, реализовать которое в иных условиях подросток не может. Формирующееся сексуальное влечение еще не дифференцировано, поэтому для его удовлетворения могут использоваться и сексуальные извращения.

8.2 Психическая декомпенсация невротического типа

Среди типов нарушений поведения, наблюдаемых у подростков, наибольшее значение имеют *психопатоподобные* расстройства, препятствующие успешной социальной адаптации, а нередко способствующие формированию асоциального поведения вплоть до правонарушений и преступлений.

Психопатия – стойкий дисгармонический склад психики. Психопатические личностные свойства не имеют тенденции к прогрессированию, могут видоизменяться под влиянием биологических и социальных факторов. Систематика психопатий сложна, это связано с многообразием вариантов их промежуточных положений и нечеткостью границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями, в этом заключается проблематика дифференциальной диагностики.

Клинико-психологическая структура нарушений поведения у подростков может быть разделена на два психопатологических варианта.

Психическая декомпенсация психопатоподобного типа проявляется в различных вариантах: эмоционально-волевой неустойчивости, аффективной возбудимости, двигательной расторможенности, патологии влечений. Помимо нарушений школьной дисциплины у этой части подростков наблюдается асоциальное поведение [6, С.91-101; 12]. Как правило, это именно та часть подростков, которая состоит на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Преобладание аффективной возбудимости и двигательной расторможенности проявляется у большинства этих подростков в чрезвычайной раздражительности, склонности к агрессивным разрядам. По незначительному поводу они могут бросить в учителя книгу или тетрадь, разорвать учебник, начать драку, нецензурно

браниться. Характерно, что аффективная реакция этой группы подростков далеко неадекватна причине, ее вызвавшей.

У подростков этой группы могут наблюдаться и немотивированные колебания настроения в виде дисфории со злобностью, угрюмостью, подозрительностью. Для этой группы подростков характерен резкий контраст, «неузнаваемость» поведения в данный момент с прежним психическим обликом. Все это говорит о тесной патогенетической связи между аффективной возбудимостью и дисгармоничным, бурно протекающим половым диморфозом.

Патология влечений у умственно отсталых подростков, в отличие от рассмотренных выше видов отклоняющегося поведения, носит неодолимый характер, что определяет весь образ их жизни и нередко препятствует самому пребыванию в школе (интернате). У девочек этой категории подростков основное место занимает повышенная сексуальность. Некоторые из них сами расценивают это влечение как вредное, болезненное, считают себя «несчастливыми». Многие примыкают к асоциальным компаниям, быстро усваивая нравы и обычаи этой среды.

С повышенной сексуальностью тесно связана и склонность к бродяжничеству (дромомания).

Во вспомогательной школе (интернате) эти подростки нуждаются в повышенном внимании со стороны педагогов и воспитателей, а в периоды обострения – в госпитализации, в психоневрологических стационарах или детских отделениях при психоневрологических больницах.

Вопросы:

1. Дайте определение понятий «характер» и «акцентуация характера» в психологии.
2. Рассмотрите классификацию акцентуаций характера.

3. Какие психологические травмы вызывают отклонения в развитии личности и поведении подростков?

4. Раскройте характерные особенности каждого типа акцентуации.

5. В чем причины трансформации акцентуаций характера?

6. Сравните классификации, предложенные К. Леонгардом и А.Е. Личко.

Задания:

1. Подготовьте сообщение на тему «Тип акцентуированной личности (по К. Леонгарду)» и «Типы акцентуаций характера (по А.Е. Личко)».

2. Найдите диагностическую методику для определения акцентуаций характера.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Содержание темы. Понятие о синдроме аутизм и аутистических чертах личности, причины. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с аутизмом. Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме.

9.1 Понятие о синдроме расстройства аутистического спектра (РАС) и аутистических чертах личности, причины

Аутизм (от греч. autos - сам) – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности или затруднениями в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам окружающих. Это «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой» (К.С.Лебединская). Термин «аутизм» был введен в 1912 году швейцарским психиатром Э.Блейлером для обозначения особого вида аффективной сферы и мышления, которое характеризуется внутренними эмоциональными потребностями и мало зависит от реальной действительности. Аутизм как симптом встречается при многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка), занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на все психическое развитие ребенка.

О.С. Никольской предложена классификация, основанная на анализе нарастания общемозговой симптоматики.

1. Дети-катотоники – речи нет совсем, вокализация сводится к отдельным звукам и сочетаниям. Нет контакта. Поведение представляет бесцельную ходьбу и стереотипию движений. Интеллектуальное развитие находится на уровне тяжелой олигофрении.

2. Легкая степень катотонии – способны избирательно использовать слова, формируется избирательная привязанность. Поведение сводится к стереотипным действиям.

3. Психопатоподобная симптоматика – развитие речи с аутистическими особенностями, отмечается патология влечений, высокий уровень агрессивности, фантазии.

4. Неврозоподобная симптоматика – повышенная ранимость, неуверенность в себе, страхи, сильная симбиотическая связь с матерью.

Ранний детский аутизм (РДА) в соответствии с международными стандартами характеризуется как общее расстройство развития или как обширное нарушение развития человека. Парциальность (от лат. *parties* - часть) – главная особенность интеллектуального развития детей с аутизмом. При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно. По различным данным зарубежных и отечественных специалистов, от $\frac{2}{3}$ до $\frac{3}{4}$ людей, страдающих аутизмом, имеют снижение интеллектуальных возможностей от умеренных до тяжелых и глубоких степеней умственной отсталости. Формируется этот синдром к 2,5-3 летнему возрасту. Иногда наблюдаются случаи, когда наблюдаются не все требуемые для установления диагноза РДА клинические характеристики, тем не менее коррекция должна опираться на методы, принятые в работе с аутичными детьми, в такой ситуации нередко говорят *об*

аутистических чертах личности или расстройствах аутистического спектра.

По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутистическом расстройстве личности отмечаются:

-качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;

-качественные нарушения способности к общению;

-ограниченно повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Таким образом, основным симптомом РДА является нарушение общения, контакта ребенка с окружающими. Аутичный ребенок погружается в мир своих фантазий, собственных переживаний. Он замкнут, отказывается от общения, не смотрит в глаза окружающим, избегает телесного контакта, ласки близких. Для страдающих аутизмом характерна однообразная нецеленаправленная двигательная активность.

Причины аутизма. В настоящее время причины аутизма недостаточно ясны. Тем не менее исследователи признают большую роль генетических факторов в этиологии РДА, т.е. генный комплекс передает предрасположенность к развитию патологии при наличии провоцирующего фактора: экзогенного (внешнего-травма, инфекция, интоксикация, психотравма и т.д.) или эндогенного (внутреннего-возрастной криз, конституциональные особенности и др.). Генетические механизмы наследования раннего детского аутизма требуют дальнейшего научного исследования.

Специалисты отмечают признаки органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) у большинства детей, страдающих аутизмом. Происхождение и квалификацию этих поражений установить довольно сложно.

Психогенный фактор рассматривается на Западе с психоаналитической точки зрения. По мнению российского исследователя С.А.Морозова, психогенный фактор может:

- быть манифестным для любых форм РДА;
- вносить вклад в формирование третичных образований РДА (невротические расстройства в связи с переживанием своей несостоятельности) при достаточном уровне интеллекта и самосознания;

- служить причиной вторичной аутизации при сенсорных дефектах и других вариантах депривационного психического развития.

9.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с аутизмом

Согласно Л.Каннеру (1943) основными признаками синдрома РДА являются:

- аутизм с аутистическими переживаниями;
- стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;
- своеобразные нарушения речевого развития.

Аутизм проявляется наиболее ярко в возрасте 3-5 лет, характерные проявления в раннем возрасте:

- не фиксирует взгляд, особенно на лице, деталях лица другого человека, не выносит прямого зрительного контакта «глаза в глаза».

- первая улыбка появляется вовремя, но не адресуется кому-то конкретно, не провоцируется смехом, радостью, иными аффективными реакциями других людей;

- индифферентное (безразличное, безучастное) отношение к окружающим;

-своих близких аутичный ребенок узнает, но продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;

-иногда равнодушное или неприязненное отношение к ласкам ласке, если даже ребенок испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;

-реакции на дискомфорт – либо негативная, либо нейтральная;

-потребность в контактах с другими людьми или отсутствует, или наблюдается быстрое пресыщение, избегание контакта, вялость и безразличие.

Феномен тождества проявляется в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем [2, С.300-316; 12,13].

Формы проявления:

-беспокойство;

-страхи;

-агрессия и самоагрессия;

-гиперактивность;

-расстройство внимания;

-рассредоточение.

Стереотипность в поведении - также проявление феномена тождества. К ней относятся:

-наличие многократных повторений однообразных движений и действий- моторных и речевых;

-стереотипные манипуляции каким-либо предметом;

-однообразные игры, пристрастия к одним и тем же играм;

-стереотипные интересы.

Особенности моторики:

-движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде;

-нередко сложные движения ребенок может выполнять лучше, чем более легкие;

-иногда тонкая моторика развивается раньше, чем общая моторика.

Страхи могут быть:

-диффузными, неконкретными (на уровне общей тревоги и беспокойства);

-дифференцированными (боязнь определенных предметов, звуков).

Общей особенностью страхов при РДА вне зависимости от их содержания и происхождения являются их сила, стойкость, труднопреодолимость. Повторные взаимодействия с пугающим объектом усиливают страх.

Аутистические фантазии – результат осознания ребенком в той или иной мере своей несостоятельности, иногда следствие нарушения сферы влечений и интересов. Основные черты аутистических фантазий: оторванность от реальности, слабая, неполная и искаженная связь с окружающим, стойкость. Фантазии отражают страхи ребенка, его сверхпристрастия и сверценные интересы.

Особенности речевого развития:

-мутизм (отсутствие речи);

-эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), нередко отставленные (по времени воспроизведения);

-речевые штампы (слов, фраз, фонографичность «попугайность» в большом количестве);

-отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге;

-автономность речи (ребенок разговаривает сам с собой);

-позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе–«он», «ты», о других иногда «я»);

-нарушение семантики (значения);

-нарушения грамматического строя речи;

-нарушения звукопроизношения;

-нарушения просодических компонентов речи (просодия-система произношения ударных и безударных слогов в речи).

Указанные выше особенности обусловлены недоразвитием коммуникативных функций речи.

Особенности познавательной деятельности. Для детей с ранним детским аутизмом характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

К первым признакам «необычности» поведения детей с РДА, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярность. У части детей реакция на «новизну», например, изменение освещения, необычайно сильная. Она выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышено чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие от разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений [10, С. 199-202; 8].

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания: отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции (с самого раннего возраста) при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности; наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п. Характерной чертой является

сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: 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. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. 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.

Развитие мышления у этих детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать

игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности, с тем, чтобы приспособляться к меняющимся окружению, среде, обстановке.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

При выполнении интеллектуальных тестов, таких, как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий, связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно — своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи

При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. Игнорируя простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую, шепотную речь.

Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. То же самое относится и к лепету. У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся

характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой 1-й группы, по классификации К.С.Лебединской и О.С.Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-й группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолалии, отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице — «он», «она»).

Стремление избегать общения, особенно с использованием речи, негативно сказывается на перспективах речевого развития детей данной категории.

Особенности формирования личности. Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. При аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми — комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание

понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносимость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О.С.Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью.

Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация — они остаются актуальными на протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревают не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализованная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего

мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

9.3 Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х годов. Первая в Европе и мире школа для аутичных детей начала функционировать в Дании в 1920 г.

В западных странах сегодня реализуются различные программы обучения детей, страдающих аутизмом. Наиболее известные:

Методика оперантного обучения (поведенческая терапия), предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится в основном индивидуально. Формально эффективность метода достаточно высока: до 50-60% воспитанников становятся способными овладеть программой массовой школы, получают возможность работать, иногда даже поступают в колледжи и университеты. Тем не менее желаемый уровень гибкой адаптации к жизни и обществу, как правило, не достигается.

TEACCH - программа (аббревиатура от Treatment Education of Autistic Children and Children with relative Handicap) начала разрабатываться Э.Шоплером, Р.Райхлером и Г.Месибовым в начале 70-х гг. в университете штата Северная

Каролина и является государственной в ряде американских штатов, направлена на создание соответствующих особенностям аутичного ребенка условий существования. Усилия направляются на развитие невербальных (неречевых) форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков, четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию, обучение речи только при коэффициенте умственного развития, превышающим $IQ > 50\%$ и не расценивается как обязательное как и воспитание учебных и профессиональных навыков. TEACCH-программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений в работе даже с очень тяжелыми случаями аутизма. Цель-добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях. Организационно идеальными считаются развитие и жизнь в домашних условиях, так как именно семья – «естественная среда существования» для аутичного ребенка.

Одним из вариантов обучения аутичных детей и подростков в государственных учреждениях образования является создание специальных классов для аутичных детей в массовых и специальных школах других типов, или же дети находятся в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения. При потенциально сохранным интеллекте и даже определенных способностях, обучение аутичных детей в массовой школе требует специальной психолого-педагогической поддержки.

Обучение аутичных детей не только возможен, но и необходим, но его осуществление требует ряда условий:

- опережающей готовности ребенка к школьному обучению в плане академических навыков;

- определенного уровня социальной адаптации, способности к жизни в коллективе;
- психолого-педагогической поддержки специалистов по коррекции РДА;
- достаточной дефектологической подготовленности учителя массовой школы;
- юридической защищенности аутичного ребенка, обучающегося в массовой (или иной) школе, т.е. учитывать особенности такого ребенка должно быть вменено в обязанность учителя и администрации.

Если у воспитанника, обучающегося в массовой школе предполагается синдром РДА учитель должен осуществлять индивидуальный подход в обучении и воспитании данного ребенка с учетом его особенностей. Не следует торопиться с выводами и организационными решениями, надо попытаться понять причины нарушений поведения ребенка и неудач в учебе, повнимательнее расспросить о нем родителей и при малейшем подозрении, что у ребенка аутизм, обратиться за консультацией к специалисту (педагогу, психологу, детскому психиатру) соответствующего профиля.

Вопросы:

- 1.Что такое синдром раннего детского аутизма (РДА) или расстройства аутистического спектра?
- 2.Каковы основные характеристики этого синдрома?
- 3.Каковы причины возникновения РДА?
- 4.Определите место эмоциональных нарушений в психическом развитии ребенка
- 5.Дайте клинико – психолого - педагогическую характеристику аутизма.
- 6.Охарактеризуйте коррекционно-педагогическую помощь при аутизме.

Задания:

1. Подготовьте сообщение на тему «Аутичный ребенок: как его обучать и воспитывать?».

2. Подготовьте материал для диагностики эмоционального развития ребенка и его нарушений.

3. Решите данную задачу.

У ребенка наблюдается низкий уровень активного внимания, отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой - либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. Большое значение имеют для него тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела (раскачивается всем телом). У мальчика хорошая механическая память. Воображение причудливое, имеет характер патологического фантазирования. В содержании фантазий переплетаются услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и др.

При восприятии речи заметно снижена реакция на говорящего. Лучше ребенок реагирует на тихую, шепотную речь. Фразовая речь практически не используется для контактов с людьми. Редко задает вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. Игнорирует общение со сверстниками, стремится к территориальному уединению.

Вопросы:

1. Каков дальнейший прогноз развития?

2. В какой школе может обучаться ребенок?

ДЕТИ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Краткое содержание темы: Сложные нарушения развития и их причины. Классификация комплексных нарушений. Психологическая характеристика детей со сложными дефектами. Образование лиц со сложными нарушениями развития.

10.1. Сложные (комплексные) нарушения развития.

Сложными нарушениями развития называются наличие двух или более нарушений у одного ребенка, т.е. эти нарушения выражены и являются первичными дефектами. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных анализаторных систем. Это может быть нарушение зрения сочетанное с ДЦП; глухота и ДЦП; разные виды одновременного нарушения зрения и слуха или слепоглухота и т.д. Либо это принято называть комплексными нарушениями, так как они включают сразу несколько видов отклонений развития.

Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма как результат воздействия определенного неблагоприятного фактора можно назвать осложненным дефектом. Например, результатом родовой травмы может стать выраженное органическое поражение ЦНС, вобравшее в себя двигательные расстройства, нарушения поведения и развития речи.

Педагогика и психология детей со сложными нарушениями развития изучает особенности психического развития лица,

имеющего два или более нарушений, также пути дальнейшего его обучения и воспитания.

Предметом этой области является изучение психического развития детей со сложными нарушениями и определение путей психолого-педагогической помощи им и их семьям.

Задачи заключаются в описании общих и специфических закономерностей их развития; разработке методов их диагностического изучения; разработке методов их обучения и воспитания; изучении особенностей социально-психологической адаптации этой группы детей в обществе.

Любая группа детей с нарушениями развития неоднородна по составу. Внутри каждого вида нарушения развития принято выделять подгруппы детей в зависимости от выраженности нарушения и его характеристики. Часть детей имеет осложненный, часть сложный вид нарушений.

В настоящее время уже сложились и действуют определённые виды помощи детям со сложными нарушениями в развитии: слепоглухих, умственно отсталых глухих и слабослышащих, умственно отсталых слепых и слабовидящих, умственно отсталых с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Но было бы преждевременно говорить о наличии системы помощи детям со сложными нарушениями в развитии или полагать, что она находится в стадии становления.

Для ряда детей с сочетанными нарушениями какие-либо виды специализированной поддержки вообще отсутствуют. Например, для глухих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для аутичных детей с сенсорными нарушениями, для детей с соматическими нарушениями и нарушениями зрения и слуха. Для большинства детей со сложными нарушениями особенно неустроенной оказывается жизнь до школы и после неё.

Вместе с тем, для отдельных категорий детей со сложными дефектами образуются новые службы и виды поддержки,

которые могут рассматриваться как пробная модель, возможная для использования при развитии системы.

В системе специальных образовательных учреждений уже много лет действуют вспомогательные классы в школах для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Некоторую помощь дети со сложными нарушениями в развитии в настоящее время могут найти в негосударственных учреждениях.

В последние годы возникли небольшие воспитательные учреждения и группы детей с тяжёлыми формами инвалидности при общинах различных конфессий.

В действующей совокупности учреждений и служб для детей со сложными дефектами недостаёт звена ранней помощи. Для обслуживания детей в дошкольном возрасте ещё не созданы консультативные центры, которые могли бы оказывать консультативную помощь родителям, имеющим детей со сложными нарушениями в развитии, и осуществлять раннюю диагностику. Кроме того, в специальных детских садах для детей с различными отклонениями в развитии необходимо предусмотреть возможность образования специальных групп для детей со сложным дефектом [8,12,13].

Причины сложных нарушений развития. Диагностируя первичный дефект развития у ребенка, рассматривается вероятность либо наследственного, либо экзогенного происхождения. Сложное нарушение может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению.

Можно рассматривать несколько вариантов этиологически сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует

выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);

- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);

- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);

- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;

- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

В настоящее время описано более 250 наследственных синдромов, связанных с нарушением слуха. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами нарушений (заболеваниями внутренних органов: эндокринной системы, сердца, почек и т.д.; заболеваниями ЦНС; нарушениями скелетно-мышечной системы; зрения и т.д.). Наиболее изучен ряд наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к комплексному нарушению зрения и слуха. В ряде случаев симптомы такого наследственного заболевания проявляются одновременно.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и даже множественному нарушению развития, относятся различные пренатально (внутриутробно) и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее известными из таких внутриутробных заболеваний является краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.

Вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки

развития ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода возникает на ранних сроках беременности, когда органы зрения, слуха и кровообращения развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями.

Другим известным внутриутробным хроническим вирусным заболеванием, которое может привести к сложному дефекту, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Вирус этого заболевания передается при близком контакте и считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникать изолированные нарушения (врожденная косолопость, глухота, деформация нёба и микроцефалия) или комплексные (глухота и нарушения зрения в виде хориоретинита или атрофии зрительных нервов, ДЦП и глухота и т.д.). Поскольку в последние годы успешно проводится профилактика внутриутробной краснухи, ЦМВ остается наиболее опасной инфекцией, последствием которой могут быть врожденные сложные нарушения у детей.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр.

Такие постнатальные заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний.

В последние годы специалисты отмечают рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на

свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины.

Знание причин и особенностей заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению развития у ребенка, может существенно помочь в диагностике этих нарушений, в выделении новорожденных детей группы риска и внимательному наблюдению за их развитием.

10.2 Классификация детей с комплексными нарушениями

Первая классификация слепоглухих была сделана в 1940-е гг. А.В.Ярмоленко на основании анализа 220 историй жизни слепоглухих детей как в нашей стране, так и за рубежом. В основу классификации было положено время наступления дефекта и наличие сочетания сенсорных нарушений с интеллектуальными:

слепоглухонемые от рождения или потерявшие зрение и слух в раннем детстве, до овладения и закрепления словесной речи (врожденная слепоглухота);

слепоглухие, у которых потеря зрения и слуха наступила в дошкольном возрасте и позднее, когда у ребенка уже была сформирована речь (приобретенная слепоглухота);

слепоглухие умственно отсталые дети: все предыдущие варианты, осложненные умственной отсталостью [10, С.302].

По сочетанности нарушений можно выделить более 20 видов сложных или комплексных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений друг с другом (сложное сенсорное нарушение как сочетание нарушений зрения и слуха; нарушение зрения и системное нарушение речи; нарушения слуха и движений; нарушение зрения и движений), а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью разной

степени (глухота и умственная отсталость, слепота и умственная отсталость, двигательные нарушения и умственная отсталость; разные сочетания умственной отсталости и сложных сенсорных нарушений при множественном дефекте).

По выраженности сочетанных нарушений зрения и слуха детей с этим видом сложного нарушения можно разделить на: тотально или практически слепоглухих; слепых слабослышащих; слабовидящих глухих; слабовидящих слабослышащих.

Детей с сочетанными нарушениями зрения и речи можно разделить на: слепых с алалией; слабовидящих с алалией; слепых детей с ОНР; слабовидящих детей с ОНР.

Детей с нарушениями зрения и движений можно разделить на: неподвижных самостоятельно слепых; неподвижных самостоятельно слабовидящих; слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП); слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП.

Сочетание нарушений слуха и движений можно разделить на: тяжелые формы ДЦП и глухоты; тяжелые формы ДЦП и тугоухости; легкие формы ДЦП и глухоты; легкие формы ДЦП и тугоухости.

Возможно множество сочетаний, разных по выраженности сенсорных и двигательных нарушений, с разной по глубине умственной отсталостью.

Такая классификация позволяет достаточно адекватно подойти к решению вопроса о месте обучения ребенка в определенном типе школы. Но при этом необходимо учитывать условность подобного разделения и зависимость выраженности нарушений от применяемого лечения.

Таким образом, разделение детей со сложными нарушениями по выраженности каждого из имеющихся дефектов позволяет определить их основные трудности и построить программу их обучения и воспитания. При этом необходимо постоянно следить за изменением состояния

нарушенных функций и быть готовым не только к их будущему улучшению, но и к ухудшению или появлению новых проявлений других нарушений.

В случае сложного нарушения принято выделять детей с одновременно или разновременно наступившими нарушениями. Это могут быть врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка, одновременно наступившие после заболевания менингоэнцефалитом в определенном возрасте. Это могут быть различные случаи разновременной потери слуха и зрения (одно нарушение врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания в более позднем возрасте). В других случаях это может быть врожденная слепота и неподвижность после травмы позвоночника в подростковом возрасте.

Этот подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста также помогает нам понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в другую и т.д. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для оглохших детей является очень важным степень сформированное их речи ко времени заболевания; для ослепших — запас их зрительных впечатлений, на которые можно опереться при ориентировке в окружающем.

По времени наступления сложных нарушений можно разделить на такие группы:

- с врожденным или ранним сложным дефектом;
- со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;
- с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте;
- с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте;
- с нарушением, наступившим в старческом возрасте.

Врожденное или очень рано наступившее сложное нарушение чрезвычайно осложняет процесс развития ребенка и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей его жизни.

Описанные выше подходы к классификации сложных нарушений у детей показывают огромное многообразие и нестабильность вариантов таких нарушений в детстве. Это многообразие проявлений и их динамизм является главной особенностью категории детей со сложными нарушениями развития.

10.3 Психологическая характеристика детей со сложными дефектами

Особенности познавательной деятельности. Специалистами обсуждается вопрос о том, какую роль в развитии слепоглохого ребенка играет уровень психического развития, достигнутый им к моменту наступления дефекта. Считается, что дошкольник с более поздней потерей слуха и зрения имеет преимущества в развитии перед ребенком с врожденной слепоглухотой. С другой стороны, специалисты обращают внимание на чрезвычайно серьезные психологические проблемы людей, потерявших слух и зрение в подростковом и более старшем возрасте.

Главной особенностью детей, слепоглухота которых наступила в подростковом возрасте, оказывается противоречие между уже сложившимися планами на будущее, уровнем притязаний и теми препятствиями, которые ставит на пути их достижения наступивший дефект. Подросток очень болезненно переживает нарушение контактов со сверстниками, невозможность общения с ними. Наблюдения показывают, что у подростка в такой ситуации наиболее ярко в поведении

проявляется стремление к самоутверждению, порой неадекватное. Если в этот период окружающие взрослые не понимают причин его вызывающего поведения, его агрессивности и не оказывают необходимой помощи, то могут возникнуть очень тяжелые личностные изменения и даже психические срывы.

Психическое развитие детей со сложным сенсорным нарушением опирается на сохранные интеллектуальные и сенсорные (обоняние, вибрационная и кинестетическая чувствительность) возможности и их совершенствование. Наблюдения за развитием маленьких детей с врожденной слепоглухотой и сохранными возможностями познавательного развития показывают большие возможности осязания и обоняния. Если не препятствовать развитию сохранной активности такого ребенка и способствовать его своевременному хватанию, сидению, прямохождению и самостоятельности в бытовых действиях, можно добиться совершенно свободной ориентировки в помещении и развития полноценных предметных действий. Такой ребенок способен уже в раннем детстве совершенно свободно передвигаться по знакомому помещению, узнавать близких ему людей по запаху, характерным движениям и по ощупыванию ног и обуви, доставать понравившиеся ему предметы и игрушки и действовать с ним в соответствии с их назначением.

Ощущение и восприятие у детей со сложными сенсорными нарушениями имеет ряд особенностей.

Кожная чувствительность и двигательная память становятся у слепоглухих особым способом познания окружающего. И.А.Соколянский описывал, как легко слепоглухие дети находят окна и двери даже в незнакомом помещении благодаря восприятию кожей лица изменений воздушной волны и температуры, излучаемой окном.

Известно, что осязание складывается из тактильной и кинестетической чувствительности, которые включены в пространственную схему организованного движения всего тела человека. Будущая ориентировка человека в окружающем его пространстве постепенно складывается из ориентировки в движениях собственного тела, из его осознания. Слепой или слабовидящий с детства ребенок не может полноценно контролировать свои движения с помощью зрения. Нарушенный слух лишает такого ребенка возможности ориентироваться в движениях по направлению звуков. Слепоглухой должен опираться во всем на свой собственный двигательный и осязательный опыт. Поэтому от своевременного появления самостоятельной разнообразной двигательной активности — переворачивания, подтягивания, хватания, сидения, вставания, ползания и хождения во многом зависит будущая ориентировка в пространстве и восприятие слепоглухого человека. Развитию движений слепоглухого ребенка с раннего детства нужно придавать самое большое значение.

Тактильная чувствительность позволяет воспринимать предметы только касанием и действием с ними в непосредственном контакте. Однако человек, лишенный зрения и слуха, может получать информацию от окружающего и на расстоянии, дистантно. Ряд авторов отмечали необыкновенную тонкость обоняния у слепо-глухих людей. Описаны случаи, когда слепоглухой человек полностью ориентировался в помещении на основе запахов или мог отличить из груды перчаток не только две перчатки, составляющие пару, но отобрать две пары, принадлежащие двум сестрам. Обоняние позволяет почти всем слепоглухим отыскивать на расстоянии знакомого или незнакомого человека, узнавать погоду на улице по запахам из открытого окна, определять особенности помещений и отыскивать в них нужные предметы. Известны наблюдения О.И.Скороходовой, когда она из запаха букета

разных цветов сразу выделяла аромат белой лилии или на фоне запаха чернил вычленила запах ранее бывших в чернильной бутылочке духов.

Благодаря тактильно-вибрационной чувствительности к звукам, производимым при передвижении предметов и людей, ребенок может ощущать происходящее вокруг него также на определенном удалении. С возрастом слепоглухие способны определять на расстоянии приближающихся людей по походке, узнавать, что кто-то вошел в комнату, слушать рукой звуки музыки, определять ногами направление громких звуков, производимых в доме и на улице и т.д. Вибрационные ощущения могут стать основой для восприятия и формирования устной речи у слепоглохого ребенка. Например, в Петербургской школе слепоглохих детей учили воспринимать устную речь ладонью руки с горла говорящего и контролировать подобным образом свою собственную речь.

Наряду с этими полностью сохранными возможностями обонятельной, вкусовой, осязательной, тактильно-вибрационной чувствительности слепоглухие должны по возможности пользоваться остаточными зрением и слухом. Раннее аудио метрическое обследование и правильный подбор слуховых аппаратов (на оба уха) позволяет существенно расширить и развить слуховые возможности у ряда слепоглохих детей. Специальные занятия по развитию зрительного восприятия у слепоглохих детей с остаточным зрением (с потерей вплоть до светоощущения) могут научить их правильно пользоваться даже самыми минимальными остатками зрения для ориентировки в окружающем мире. Успехи современной медицины сделали возможным возвращение способности слышать некоторым слепоглохим благодаря кохлеарной имплантации [10, С. 364-368].

Особенности формирования личности. В случаях сложного сенсорного нарушения велика вероятность ущербного,

иждивенческого, эгоистического развития личности ребенка. Возможность такого развития личности объясняется рядом причин. Первое — это причины, обусловленные собственно сложным нарушением, которое приводит к разной степени изолированности ребенка от внешнего мира. Такая изоляция неизбежно ведет к вторичным нарушениям развития — слабости и искаженности эмоциональных и социальных связей с широким миром людей, к эгоцентризму. Кроме того, сказывается чрезвычайно большая зависимость ребенка от повседневной помощи других людей, невозможность своевременного формирования всех необходимых бытовых навыков (приготовления пищи, умения делать покупки, самостоятельно пользоваться транспортом и т.д.). Это может привести к развитию пассивной и даже иждивенческой жизненной позиции, создать почву для развития эгоизма, отторжения от интересов других людей, выделения собственных интересов и нужд как главных не только для самого слепоглухого, но и для его окружения.

Вторая группа причин связана с отношением к нему окружающих людей. Как правило, окружающие слепоглухого ребенка близкие люди, осознав его тяжелые нарушения, могут проявлять излишнюю тревогу и жалость. Очень часто родители достаточно долго ориентируются только на возможность излечения ребенка, не допуская даже мысли о том, что нужно приспособиться к новым условиям существования. Требования к ребенку могут резко снизиться, а оценка успешности его действий стать излишне высокой или даже неадекватной. Может создаться ситуация гиперопеки, когда ребенок становится центром существования семьи и интересы всех других ее членов отодвигаются на второй план, считаются незначительными. Возможным результатом в этом случае становится завышенная самооценка ребенка, стремление уйти от любых трудностей.

К третьей группе причин можно отнести проблемы, связанные с практикой обучения и воспитания, при которой сам ребенок на протяжении всего дошкольного и школьного обучения остается его объектом. Его учат и воспитывают, а не он сам учится и воспитывается. В особых условиях специального дошкольного и школьного учреждения, где наш ребенок постоянно находится среди таких же детей, как он сам, у него не возникает потребности осознать свои нарушения. Специальные исследования показали, что большинство глухих и слепоглухих детей старшего дошкольного и младшего школьного возрастов не осознают свою глухоту или зрительные нарушения. Без своевременной психолого-педагогической помощи осознание своего дефекта может наступить в подростковом возрасте и достаточно негативно сказаться на душевном состоянии человека.

Все вышесказанное относится прежде всего к случаям сложных нарушений без резкого снижения познавательных возможностей у таких детей. Но среди них достаточно часто встречаются дети со сниженными интеллектуальными возможностями. Например, дети, ставшие слепоглухими в результате внутриутробной инфекции, глубокой недоношенности или других причин, могут иметь серьезные поражения головного мозга, которые проявляются в их двигательной недостаточности или серьезном нарушении психического развития. Опыт обучения и воспитания детей с такими множественными нарушениями (сенсорными нарушениями при выраженной умственной отсталости) в школах для слепоглухих показал, что можно было добиться определенного прогресса только в развитии элементарных бытовых навыков. Отметим, что обучение большинства из них продвигалось очень медленно и характеризовалось крайней косностью формирования умений и трудностью переноса их в новые условия, пассивностью и безынициативностью этих детей

в общении. В тяжелых случаях требовалось не менее трех лет обучения, для того чтобы у ребенка удалось добиться более или менее стойкого закрепления элементарных навыков самообслуживания (опрятности, самостоятельной еды и одевания). Такие дети должны были находиться под опекой и специальным наблюдением всю свою жизнь.

Любой ребенок не может развиваться как личность, не овладев предметным миром, не научившись самостоятельно ориентироваться во времени и в окружающем пространстве, не владея навыками самообслуживания. В обучении детей со сложными нарушениями этот период может занять и дошкольный и школьный возраст ребенка. Овладение письмом и чтением часто занимает весь школьный период развития такого ребенка.

10.4 Образование лиц со сложными нарушениями в развитии

Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением в семье почти сразу ставит вопрос о возможности его семейного воспитания. Именно эти дети чаще всего попадают в специальные Дома ребенка и клиники и прогноз их развития там самый печальный.

Для всех случаев приобретенного с возрастом сложного нарушения чрезвычайно важно установление особенностей развития ребенка ко времени заболевания, его знаний и умений, психологического возраста ко времени наступления нарушений [18, С.129-130].

Специалистами обсуждается вопрос о том, какую роль в развитии слепоглохого ребенка играет уровень психического развития, достигнутый им к моменту наступления дефекта. Считается, что дошкольник с более поздней потерей слуха и

зрения имеет преимущества в развитии перед ребенком с врожденной слепоглухотой. С другой стороны, специалисты обращают внимание на чрезвычайно серьезные психологические проблемы людей, потерявших слух и зрение в подростковом и более старшем возрасте.

Главной особенностью детей, слепоглухота которых наступила в подростковом возрасте, оказывается противоречие между уже сложившимися планами на будущее, уровнем притязаний и теми препятствиями, которые ставит на пути их достижения наступивший дефект. Подросток очень болезненно переживает нарушение контактов со сверстниками, невозможность общения с ними. Наблюдения показывают, что у подростка в такой ситуации наиболее ярко в поведении проявляется стремление к самоутверждению, порой неадекватное. Если в этот период окружающие взрослые не понимают причин его вызывающего поведения, его агрессивности и не оказывают необходимой помощи, то могут возникнуть очень тяжелые личностные изменения и даже психические срывы.

В настоящее время уже сложились и действуют определённые виды помощи детям со сложными нарушениями в развитии: слепоглухих, умственно отсталых глухих и слабослышащих, умственно отсталых слепых и слабовидящих, умственно отсталых с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Но было бы преждевременно говорить о наличии системы помощи детям со сложными нарушениями в развитии или полагать, что она находится в стадии становления.

Для ряда детей с сочетанными нарушениями какие-либо виды специализированной поддержки вообще отсутствуют. Например, для глухих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для аутичных детей с сенсорными нарушениями, для детей с соматическими нарушениями и нарушениями зрения и слуха. Для большинства детей со

сложными нарушениями особенно неустроенной оказывается жизнь до школы и после неё.

Вместе с тем, для отдельных категорий детей со сложными дефектами образуются новые службы и виды поддержки, которые могут рассматриваться как пробная модель, возможная для использования при развитии системы.

В системе специальных образовательных учреждений уже много лет действуют вспомогательные классы в школах для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Некоторую помощь дети со сложными нарушениями в развитии в настоящее время могут найти в негосударственных учреждениях.

В последние годы возникли небольшие воспитательные учреждения и группы детей с тяжёлыми формами инвалидности при общинах различных конфессий.

В действующей совокупности учреждений и служб для детей со сложными дефектами недостаёт звена ранней помощи. Для обслуживания детей в дошкольном возрасте ещё не созданы консультативные центры, которые могли бы оказывать консультативную помощь родителям, имеющим детей со сложными нарушениями в развитии, и осуществлять раннюю диагностику. Кроме того, в специальных детских садах для детей с различными отклонениями в развитии необходимо предусмотреть возможность образования специальных групп для детей со сложным дефектом.

Вопросы:

1. Как можно объяснить понятия «сложный», «осложненный» или «комплексный» дефект?

2. Назовите основные причины приводящие к сложному нарушению развития у ребенка?

3. Сравните существующие классификации сложных нарушений развития у детей.

4. Как вы можете охарактеризовать особенности ощущений и восприятия слепоглухих?

5. Как компенсируется дефицит сенсорных возможностей?

6. Опишите особенности познавательной сферы.

7. Как можно охарактеризовать личность детей с комплексными нарушениями в развитии?

8. Как вы себе представляете, чему можно научить «невидящего, неслышащего и неговорящего» ребенка?

9. В чем заключается роль естественных жестов в обучении детей с комплексными нарушениями?

Задания:

1. Прочитайте и проанализируйте книгу Скороходовой О. И. «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир» (Москва, 1990).

2. Подготовьте сообщение о психологии лиц со сложными дефектами по книге Ярмоленко А.В. «Очерки психологии слепоглухонемых» (Ленинград, 1961).

3. Составьте историю, где человек приобретает множественные нарушения и как учится адаптироваться к условиям внешней среды.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Краткое содержание темы: Понятия инклюзивного, «включенного образования» и интегрированного обучения. Мировая история становления инклюзивного (интегрированного) образования. Цели, задачи и основные принципы инклюзивного образования. Механизмы реализации концептуальных подходов к развитию инклюзивного образования и условия для создания инклюзивных школ.

11.1 Понятия инклюзивного, «включенного образования» и интегрированного обучения

В последние годы за рубежом (США, Канаде, Великобритании и других странах) на смену понятию «интеграция» приходит понятие *включение (inclusion)*. Этому способствовало распространение Декларации ЮНЕСКО о мерах в социальной политике, способствующих «включающему образованию» (Испания, г. Саламанка, 1994г.). Инициаторы введения нового понятия и соответствующей системы действий полагают, что как простое физическое присутствие в рабочем коллективе человека с цветом кожи, отличным от белого, еще не означает его принятия и подлинного равноправия, так и механическое объединение в одном классе детей с обычным и особым развитием не означает полноценного участия последних в жизни класса.

Английский глагол *include* переводится как содержать, включать, охватывать, иметь в своем составе. Поэтому слово *inclusion* представляется термином, в большей степени

отражающим новый взгляд не только на образование, но и на место человека в обществе. Включение как действие означает борьбу против исключения и таких социальных болезней, как расизм, убеждение в превосходстве одного пола над другим и т. п. Включение как действие означает обеспечение гарантий поддержки тем, кто в ней нуждается, в какой бы форме она им ни потребовалась. Создание и обеспечение работы систем поддержки – не одолжение со стороны общества, а его обязанность.

Инклюзивное образование (фр. *Inclusif* - включающий в себя, лат. *include*-закрываю, включаю) - процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями.

Инклюзивное образование (от англ. слова *inclusion* - включение) помогает претворять в жизнь подобные цели не только учащимся с особенностями в развитии, но и детям, которые, в той или иной степени, выделяются из большинства. Это ребята, говорящие на других языках, принадлежащие иным культурным и этническим группам, а также дети, обладающие разными интересами и способностью к обучению. Для всех этих категорий требуется определенная степень модификации в средствах и способах подачи информации преподавательским коллективом. Включение каждого ребенка с ограниченными возможностями или особыми потребностями в образовательную среду и гибкость в подходах к обучению - это и есть основные цели и задачи инклюзивного образования.

Понятие «включающее образование» представляет собой такую форму обучения, при которой учащиеся с особыми потребностями:

- а) посещают те же школы, что и их братья, сестры и соседи;

б) находятся в классах вместе с детьми одного с ними возраста;

в) имеют индивидуальные, соответствующие их потребностям и возможностям учебные цели;

г) обеспечиваются необходимой поддержкой.

Таким образом, понятие «включающего образования» отражает осуществляемое в образовательных учреждениях совместное с нормально развивающимися сверстниками обучение детей, имеющих особые потребности, при обеспечении индивидуальной специальной помощи и поддержки. Фундаментальный принцип «образование для всех» состоит в том, что каждый человек должен иметь возможность учиться.

Ведущий принцип инклюзивного образования – все люди должны иметь возможность учиться вместе, независимо от каких-либо трудностей, имеющих на этом пути, или различий в способности к обучению, которые они могут иметь.

Адресатами инклюзивного образования являются люди с ограниченными возможностями здоровья.

Основополагающие принципы инклюзивного образования:

- Высокое качество общего образования.
- Проживание детей в семье.
- Участие родителей в обучении и воспитании.
- Подготовка учителей, способных гибко реагировать на различия, уважать права и способности всех детей.
- Создание в общеобразовательных учреждениях адекватных образовательных условий.
- Успешная социализация и обучение могут быть достигнуты при осуществлении условий инклюзивного образования.
- Демократическое общественное устройство и гарантированное соблюдение прав личности.
- Создание адекватного ассортимента образовательных, коррекционных, социальных услуг для детей с ОВ.

• Ненасильственный характер протекания интеграционных процессов, возможность выбора, альтернативы при наличии гарантированного перечня образовательных и социальных услуг.

• Наличие квалифицированного персонала.

• Ценность человека не зависит от его способностей и достижений.

• Каждый человек способен чувствовать и думать.

• Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.

• Все люди нуждаются друг в друге.

• Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений.

• Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.

• Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут.

• Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Преимущества инклюзивного подхода в обучении:

- создание гибкой образовательной среды, удовлетворяющей каждого ребенка, соответствующей индивидуальным интеллектуальным, физическим и психическим потребностям;

- интеграция и социализация детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья);

- искоренение дискриминации и воспитание толерантности: дети, получающие инклюзивное образование, учатся милосердию, взаимоуважению и терпимости;

Итогом внедрения инклюзивной методологии должно стать улучшение качества жизни учащихся в целом и тех из них, кто относится к социально-уязвимым группам.

Ученые, занимающиеся проблемами инклюзивного образования, отмечают, что обычные дети, как правило, с легкостью помогают своим сверстникам с особыми потребностями стать

неотъемлемыми участниками жизни группы, кружка или класса, зачастую без помощи взрослых. Родители детей, которые посещают инклюзивные заведения, неоднократно замечали, что их дети даже понятия не имеют, что они обучаются вместе с «иными» учениками. Дети рассказывают родителям, что у них в классе есть ребята, которые умеют говорить руками (язык жестов) или говорить картинками (система общения с помощью обмена изображениями), но никто ни разу не слышал, чтобы ребенок завил об отставании в развитии своих одноклассников. Этот и другие примеры из инклюзивного образования развеивают миф о якобы неготовности общества включить и приобщить в свои ряды людей с нестандартными особенностями.

Необходимо также сказать, что существование инклюзивных школ позитивно сказывается на типично развивающихся детях, а не только на учениках с инвалидностью. Помогая сверстникам с ограниченными возможностями активно участвовать в образовательной и социальной деятельности, обычные дети, незаметно для себя, получают важнейшие жизненные уроки. Этот положительный опыт заключается в росте социальной сознательности, в осознании отсутствия различий между людьми, в развитии самосознания и самооценки, в становлении собственных принципов, и последнее, но не менее важное - способствует искренней заботе и дружбе.

Таким образом, можно сделать вывод, что современная общеобразовательная программа должна включать изменения и условия, необходимые для успешной реализации инклюзивного образования, а именно - принятие индивидуальности каждого отдельного учащегося и удовлетворение особых потребностей каждого ребенка.

11.2 Мировая история становления инклюзивного (интегрированного) образования

Термин «интеграция» произведен от латинского слова *integrare* – восполнять, дополнять и прилагательного *integer*-восполненный, целостный.

В педагогике термин «социальная интеграция» появился в XX в. и применялся первоначально преимущественно в США применительно к проблемам расовых, этнических меньшинств, позднее – к детям эмигрантов и лишь в последние десятилетия (с 60-х г. XX в.) термин вошел в речевой оборот на Европейском континенте и стал применяться в контексте проблем лиц с ограниченными возможностями (инвалидов).

В истории педагогики возникновение феномена совместного обучения (именно так, а не «интеграция») обычных детей и детей с проблемами в развитии (XIX в.) было подготовлено широким распространением и внедрением в европейскую образовательную практику педагогических идей И.Г.Песталоцци (1746-1827). Идея совместного обучения обычных детей и детей с нарушениями зрения, слуха, умственного развития занимала умы передового европейского учительства первой половины XIX века (Франция, Германия, Австрия и др.). В пользу совместного обучения прогрессивная педагогическая общественность приводила целый ряд аргументов: возможность более широкого охвата обучением детей с нарушениями в развитии (глухих, слепых и др.), так как для детей этой категории было крайне мало специальных учреждений; возможность использования воспитательного потенциала семьи, который исключается при обучении детей в условиях закрытой школы-интерната (В.А.Егер); возможность сделать общедоступными особые, весьма эффективные способы и приемы, применяемые в практике обучения детей с отклонениями в развитии, которые нередко оставались

семейной, коммерческой тайной учредителя той или иной частной школы-интерната для детей с нарушенным развитием. Обучение детей с нарушением в развитии в условиях народной школы рассматривалось как возможность установления контактов и упражнений в общении с окружающим миром, в котором ребенку с нарушенным развитием все равно придется жить по окончании школы. Руководители учительских семинарий видели возможность повышения качества методической подготовки учителей народной школы за счет овладения ими специфическими технологиями обучения детей с нарушениями в развитии. Так, немецкий педагог Фридрих Х.К.Шварц в своей работе «Теория воспитания в трех томах» писал в 1829 г.: «Существуют очень хорошие образовательные учреждения для глухих и слепых, и важным шагом вперед в настоящее время будет включение их достижений в народные школы, и тем самым их обогащение» [19, С.109]. В то время предполагалось, что обучение глухих или слепых детей в массовой школе будет дешевле, чем в специальной школе-интернате (институте), если с ними будет работать специально подготовленный учитель. Опыт такой подготовки известен в прусской провинции Саксония. При школах-интернатах (институтах) для глухих детей в г.г. Эрфурте и Хальберштадте, позднее – в г.г. Магдебурге и Вайсенфельсе (Германия) были открыты учительские семинары, где только за 2 года (1832-1834) было подготовлено более 100 семинаристов, которые могли работать также и с детьми с проблемами в развитии. Известны многочисленные факты включения детей с нарушением умственного развития в массовую народную школу (школы для бедных) на территории европейских стран. Во Франции широко известен был опыт А.Бланше, организовавшего при поддержке министерства образования успешное обучение детей с нарушениями в развитии в народной школе.

Практика совместного обучения была возможна до тех пор, пока не введен был обязательный всеобщ и жесткий образовательный ценз. Постепенное введение в странах Европы в XIX в. законов об обязательном начальном обучении уже с 40-х -50-х г.г. ведет к увеличению числа элементарных школ и переполнению классов в них (в классе обычно насчитывалось более 80 человек). Такие условия обучения для детей с образовательными затруднениями, с умственной отсталостью, глухих, слепых, нуждающихся, по сути, в индивидуальном подходе, становятся неприемлемыми. Поэтому все чаще детей, не справляющихся с обязательной программой и имеющих нарушения в развитии, либо направляют в добавочные классы, создаваемые в этой же школе, либо переводят в открываемые для этого специальные школы (интернаты), рассматривая такую форму организации обучения этой категории учащихся как более прогрессивную, щадящую, и, одновременно, освобождающую массовую цензовую школу от обязанности заниматься трудными детьми. Пионерами отдельного от массовой системы образования обучения детей с нарушениями в развитии выступают в XIX в. скандинавские страны.

Затем почти на сто лет (вторая половина XIX-вторая половина XX в.в.) педагогика забывает о совместном обучении. Мировая система образования за этот период выстраивает изолированную подсистему в своей структуре – национальные системы специального образования для большинства категорий детей с ограниченными возможностями, обеспечивая дифференцированное и отдельное от массовой системы образования обучение и воспитание детей указанной выше категории.

Современная форма интеграции появляется впервые за рубежом лишь во второй половине XX в. Технологическая и информационная революции XX в. в сочетании с либерально-демократическими реформами 70-х годов способствовали экономическому подъему, проникновению в педагогику, как

общую, так и специальную, гуманистических идей, инновационных теорий и технологий, в том числе внедрению и реализации теории и практики интерактивного и экологического подходов в образовании.

Ключевую роль в разворачивании интеграционных процессов сыграла выдвинутая скандинавскими странами концепция «нормализации» (Н.Э.Бенк-Миккельсен – 1959; Б.Нирье – 1968), законодательно закреплённая позиция социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями, в основе которой – идея о нормализации условий социальной жизни для инвалидов в соответствии с международными правовыми актами («Декларация прав человека» и др.). Одной из составных частей из аспектов нормализации стало интегрированное (инклюзивное) образование.

Экономические, технологические и информационные возможности развитых стран Европы, США, Японии позволили создавать для реализации инклюзивного образования, наряду с имеющейся системой специального образования, параллельную специальную образовательную среду в системе массового образования, а также сделать максимально доступной для лиц с ограниченными возможностями городскую инфраструктуру, снять информационные и иные барьеры и значительно уменьшить ограничения возможностей участия этой категории населения в социальной жизни.

Уже с 60-х г.г. XX в. начинаются поиски путей совместного обучения, которые ведутся параллельно в европейских странах (Скандинавские страны), в США, Японии. Если в Скандинавии интеграция начинает реализовываться, в основном, нормативным и практическим путем, то в США ее реализации предшествуют педагогические поиски и эксперименты.

В США в 1962 г. М.С.Reynolds публикует программу специального образования, в которой предусматривается достижение возможно большего участия детей с ограниченными

возможностями в общем образовательном потоке по принципу: «специфики не более, чем это необходимо». В 1970 г. американец E.N.Deno предлагает схожую концепцию, которая получает название «Модель «Каскад» [20, С. 229-237].

Под «каскадом» понимается система поддерживающих социально-педагогических мер, позволяющих ребенку с ограниченными возможностями как можно меньше выходить из «общего потока» («mainstream»). Термин этот получает широкое распространение и в нашей стране в 90-е годы XX в., когда в США уже перешли на новую терминологию («инклюзия»).

Следом за первыми западноевропейскими странами, в 1975 г., США ставит интеграцию в своей стране на правовую основу принятием закона 94-142 (The Education for all Handicapped Children Act). Введение в 70-е – нач. 80-х гг. XX в. интеграционных инноваций в образовательную практику массовой школы США привело к появлению целого ряда трудностей и проблем. Как показывают проведенные в то время исследования в учительской среде, одной из существенных проблем стала неготовность учителя массовой школы к новому виду профессиональной деятельности и к новой ответственности. Подобная картина стала довольно типичной и для многих европейских стран, обратившихся во второй половине XX в. к реализации интеграционных идей в образовании.

Возлагавшиеся на быстрый и широкий «mainstreaming» надежды первопроходцев себя не оправдали. Стало понятно, что программа нормализации и интегрированного обучения не может быть внедрена за один день, методом административных решений и простым переводом детей с особыми потребностями из специальной школы в массовую [2, С. 201]. Необходима значительная и длительная, предваряющая приход детей с ограниченными возможностями в массовую школу, организационно-методическая работа, предполагающая соответствующую подготовку массового учителя, нахождение оптимальных

способов модификации учебных планов, разработку новых методических подходов, способов, приемов, таких дидактических сред, которые позволяли бы участвовать всем детям в учебном процессе в соответствии с их особенностями, возможностями и потребностями совместно, в общем для всех образовательном пространстве. Нужны также четкие представления об источниках и размерах финансирования интегрированного обучения, о способах контроля соблюдения прав каждого ребенка на полноценное образование.

Уже в начале 80-х годов XX в. американские исследователи говорят о недопустимости применения принципа «кампании» по отношению к введению интеграции, подчеркивая: работа не подготовленного учителя массовой школы с ребенком-инвалидом должна рассматриваться как криминальная ситуация.

Необходимость подчеркнуть значимость организационных, методических и дидактических преобразований в массовой школе для осуществления «правильной» интеграции привело к смене (уточнению) терминологии и появлению и употреблению в педагогическом обиходе системы образования США в 80-е годы XX в. нового термина, обозначающего ситуацию совместного обучения: inclusion – включение, который вскоре получил значительное распространение в мире благодаря новым международным документам, ставшим руководством к действию для целого ряда развитых стран. Так, в 1994 г. под эгидой ЮНЕСКО в г. Саламанка (Испания) проводится Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями, которая вводит в международный обиход термин «инклюзия» и провозглашает принцип инклюзивного образования. Инклюзивное образование предусматривает не только активное включение и участие детей и подростков с ограниченными возможностями в образовательном процессе обычной школы, но в большей мере перестройку всего процесса

массового образования как системы для обеспечения образовательных потребностей всех детей.

В СССР идея интегрированного обучения не находит поддержки ни в системе массового, ни в системе специального образования. В виде эксперимента она длительное время является предметом исследования в НИИ дефектологии АПН СССР (70-е годы – Э.И.Леонгард под руководством проф. Ф.Ф.Рау; далее – там же с 80-х г.г. и по настоящее время – коллектив исследователей под руководством Н.Д.Шматко). С начала 90-х годов XX в. ряд образовательных учреждений в России (Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск и др.) начинает работу в режиме интеграции, однако системного внедрения инклюзивного образования в России не произошло до настоящего времени. В подавляющем большинстве случаев инициатива в продвижении интеграционных идей принадлежит представителям специальной педагогики.

Интеграция как форма социального бытия предусматривает осуществление неограничиваемого участия человека с особыми потребностями во всех социальных процессах, на всех ступенях образования, в процессе досуга, на работе, в реализации различных социальных ролей и функций, причем это право законодательно закреплено в большинстве развитых стран мира.

Зарубежная педагогика рассматривает интеграцию как возможность совместной жизни и учения обычных детей и детей с ограниченными возможностями при поддержке и сопровождении этого процесса мерами экономического, организационного, дидактического и методического характера. В педагогическом понимании интеграция означает, что все дети учатся, работают, играют вместе, с учетом специфических возможностей и потребностей каждого, в общем содержательном и коммуникативном пространстве. При этом детям и подросткам с ограниченными возможностями в совместном образовательном процессе создаются условия для их активного

участия во всех составляющих этого процесса, содействующие тем самым их развитию и образованию.

В настоящее время использование как и трактовка термина inclusion различна как за рубежом, так и в России и в Казахстане. Он часто используется для обозначения радикально противоположных феноменов. Это и неквалифицированный энтузиазм (преимущественно управленческих структур) по поводу возможности полной инклюзии, и воодушевленная пропаганда философии инклюзии, базирующейся на идее моральной и нравственной, а также социальной ответственности и прав человека. Это также обозначение реальных возможностей совместного обучения обычных детей и детей с особыми образовательными потребностями, подтвержденные пока сравнительно небольшим эмпирическим опытом, который обнаруживает как преимущества, так и недостатки такого совместного обучения. Этот опыт также показывает, что массовая школа имеет пределы (границы) допускаемых в ней изменений, предназначенных для осуществления образовательного включения детей с ограниченными возможностями.

Согласно Саламанкской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (Саламанка, Испания, 7—10 июня 1994 г.), каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний; каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности.

Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах. Обычные школы должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных прежде всего на детей с целью удовлетворения этих потребностей.

Обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в общинах, построения инклюзивного общества и обеспечения образования для всех; более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей и повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования [3,8].

11.3 Цели, задачи и основные принципы инклюзивного образования.

Согласно Концептуальным подходам к развитию инклюзивного образования в Республике Казахстан, определяя принципиальные изменения в системе дошкольного, среднего общего, профессионального и дополнительного образования можно выделить следующие *стратегические направления* инклюзивного образования:

- совершенствование институциональной среды, обеспечивающей благоприятные условия для развития инклюзивного образования;
- формирование научно-педагогических основ, кадрового, учебно-методического потенциала для обеспечения доступности качественного образования лицам с особыми образовательными потребностями;
- развитие системы ранней диагностики и коррекционно-педагогической поддержки детей дошкольного возраста;
- создание условий для социализации, профессионально-трудовой подготовки лиц с ограниченными возможностями;
- проведение научных исследований в области теоретического и методического обеспечения развития инклюзивного образования.

Цель развития инклюзивного образования - реализация равных прав всех категорий лиц на получение качественного образования.

Основные задачи развития инклюзивного образования:

- совершенствование нормативно-правовых и организационно-экономических основ и механизмов развития инклюзивного образования;

- совершенствование методологических, учебно-методических основ развития инклюзивного образования (адаптация и модификация учебных планов и программ, учебников, учебно-методических комплексов, внедрение критериальной системы оценки учебных достижений);

- осуществление индивидуализированной коррекционно-педагогической и социальной-психологической поддержки обучающихся, создание комфортной образовательной среды, предоставляющей обучающимся возможность стать значимым и активным участником школьного сообщества, повысить самооценку, мотивированность к обучению и социализации;

- создание доступной «безбарьерной среды» и обеспечение обучающихся компенсаторными средствами;

- улучшение кадрового обеспечения организаций образования, реализующих инклюзивное образование;

- обеспечение условий для продолжения обучения лиц с особыми образовательными потребностями на уровнях технического и профессионального, высшего образования с перспективой освоения профессии;

- проведение прикладных научных исследований в области инклюзивного образования.

Принципы развития инклюзивного образования:

- системность и непрерывность инклюзивного образования;

- обеспечение своевременного (раннего) выявления детей с особыми образовательными потребностями и использование превентивных коррекционно-педагогических мер;

- адаптивность моделей образования и индивидуализация обучения и развития отдельного обучающегося в соответствии с его особенностями, образовательными потребностями и способностями;

- добровольность и права выбора типа организации образования с учетом индивидуальных склонностей и особенностей лиц с особыми образовательными потребностями;

- доступность и открытость образовательной среды для всех лиц с особыми образовательными потребностями и для родителей;

- комплексный подход и социальное партнерство, междисциплинарное взаимодействие через оказание комплекса медицинских, социальных и образовательных услуг координации и взаимодействия различных ведомств, социальных институтов, общественных и родительских организаций;

- социальный подход к ограниченным возможностям человека, при котором инвалидность или другие особенности в развитии не рассматриваются как «носитель проблемы»;

- коррекционно-развивающая и социально-адаптирующая направленность инклюзивного образования, предполагающая преодоление проблем развития лиц с опорой на здоровые силы и потенциальные возможности.

11.4 Механизмы реализации концептуальных подходов к развитию инклюзивного образования и условия для создания инклюзивных школ [21].

1. Методологическое и учебно-методическое обеспечение развития инклюзивного образования предполагает:

- разработку методологических и учебно-методических основ инклюзивного образования и интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями, организации

социально-педагогической и психолого-педагогической поддержки лиц с особыми образовательными потребностями в рамках включения их в общеобразовательный процесс;

- адаптацию учебных планов, учебных программ с особыми образовательными потребностями обучающихся (требования к уровню подготовки обучающихся, предметные результаты обучения и навыки по базовым предметам, требования к условиям организации учебного процесса);

- разработку системы мониторинга и оценивания результатов обучения детей с особыми образовательными потребностями, адаптация критериальной системы оценивания учебных достижений обучающихся к условиям инклюзивного образования;

- разработку системы оценивания качества обучения на дому;

- адаптацию типовых учебных планов и программ технического и профессионального, высшего образования к условиям обучения лиц с особыми образовательными потребностями.

2. Кадровое обеспечение предполагает:

- обеспечение подготовленности педагогов к условиям работы в организациях, осуществляющих инклюзивную практику;

- включение в учебные планы педагогических специальностей высшего, технического и профессионального образования дисциплин «Инклюзивное образование» и «Специальная психология»;

- совершенствование программы повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров для организаций образования, реализующих инклюзивное образование, в том числе учителей-дефектологов и педагогов для детей раннего возраста дошкольных организаций;

- создание в ВУЗе специального структурного подразделения, включающего штатных работников-тьюторов, специального психолога, сурдопереводчика с целью психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса инвалидов.

3. Материально-техническое обеспечение предполагает:

- отработку механизмов укрепления материально-технической базы общеобразовательной школы, реализующей инклюзивное образование, за счет обеспечения специальными учебно-методическими, техническими вспомогательными компенсаторными средствами и создания доступной «безбарьерной среды»:

- разработку требований к обеспечению организаций образования и вузов вспомогательными техническими средствами (тифло-, сурдо- и др. техники), повышающих эффективность освоения им образовательных программ и наличие специальных мест в учебных кабинетах и аудиториях для инвалидов.

4. Информационное обеспечение развития инклюзивного образования предполагает:

- формирование толерантного отношения общества к лицам с особыми потребностями через привлечение общественности, неправительственных организаций, а также разработка местными исполнительными органами программ, направленных на защиту прав детей.

- разработка технико-экономического обоснования информатизации системы социальной и медико-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями, где следует отражать данные об особых образовательных, социальных, реабилитационных нуждах, потребностях каждого обучающегося в компенсаторных технических и вспомогательных средствах, оказанных видах и объеме коррекционно-педагогической поддержки на всех уровнях образования.

Условия для создания инклюзивных школ. Также, современная зарубежная педагогика, исходя из общих принципов интеграции и инклюзивного образования, сформировавшихся на основе почти полувекового опыта, обладает сегодня конкретными пунктами *условий* для успешной реализации задач инклюзивного образования:

- наличие и исполнение в стране соответствующего законодательства, согласно которому возможно или рекомендуется интегрированное (инклюзивное) образование;

- обеспеченность экономической основы этих законодательных актов;

- отсутствие нормативно-бюрократических препятствий для инноваций, связанных с инклюзивным образованием;

- воспитание и школьное обучение лиц с ограниченными возможностями рассматривается как отдельная, самостоятельная задача специалистов и профессионалов массовой и специальной системы образования;

- готовность и способность имеющих отношение к этой проблеме специалистов к коллективной совместной работе;

- реализация системы мер по профилактике, раннему выявлению и ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям, способствующей уменьшению последующих затруднений в совместном воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями и обычных детей;

- проведение массовой школой системных преобразований учебно-воспитательного процесса, благодаря которым становится возможным или облегчается прием в школу детей с ограниченными возможностями и их полноценное участие в образовании и во всей жизни школы;

- сохранение функционального статуса существующих учреждений системы специального образования и улучшение

специальных образовательных условий для обучающихся в этих учреждениях детей с проблемами в развитии;

- дифференциация образовательных затруднений учащихся как основа организации их обучения, включающая тщательный и индивидуальный подбор образовательной среды для предупреждения вторичных отклонений в развитии ребенка и необходимости его изолированного обучения;

- сертифицированность специальной образовательной среды в образовательных учреждениях общего назначения;

- открытость систем общего и специального образования для свободного перехода, при необходимости, учащихся в массовую систему образования и обратно;

- наличие социальных и образовательных условий для жизни ребенка с ограниченными возможностями в семье и полноценного участия семьи в его воспитании;

- соблюдение права выбора родителей: родители детей с ограниченными возможностями вправе свободно выбирать либо инклюзивное образование, либо обучение в специальном образовательном учреждении; наличие экономического обеспечения реализации этого права;

- обеспечение доступности инклюзивного образования (транспорт, жилищные условия и социальные отношения, архитектура и близость расположения образовательного учреждения и др.);

- доставка необходимых педагогических ресурсов к нуждающемуся в них ребенку, а не наоборот, когда ребенок доставляется к имеющимся ресурсам;

- соблюдение принципа добровольности: все участники интеграционного процесса и инклюзивного обучения взаимодействуют и сотрудничают друг с другом добровольно;

- реализация интеграционного процесса в различных формах – от изолированных классов в структуре массовой школы через индивидуальную интеграцию к интеграционным

(инклюзивным) классам, в зависимости от потребностей и возможностей учащихся.

Существование образовательных учреждений с установкой на инклюзию - самый эффективный способ борьбы с дискриминацией, формирования добрых отношений в сообществах, построения общества, приемлемого для всех и обеспечения возможности всеобщего образования...».

Инклюзивные образовательные учреждения создают идеальные условия для того, чтобы члены сообщества не только лучше понимали эти вопросы, но и приобщались к новой системе ценностей и взглядов для лучшего взаимодействия с окружающими, независимо от того, отличаются они или похожи.

Внедрение инклюзивного образования полезно обществу по множеству причин:

- инклюзивное образование помогает бороться с дискриминацией и боязнью отличий, приучает детей и взрослых ценить, принимать и понимать многообразие и разницу между людьми вместо того, чтобы пытаться их изменить;

- инклюзивное образование поощряет достижения, доказывая, что все дети могут быть успешными, если им оказывается необходимая помощь. Развитие поддержки в обучении показывает, что сложности в воспитании и обучении заключены не в детях, и не дети требуют «исправления», а подходы к обучению;

- инклюзивное образование предоставляет возможность социализации в атмосфере сочувствия, равенства, социальной справедливости, сотрудничества, единства и положительного отношения. Дети и взрослые, получают пользу от доброжелательной и благоприятной обстановки, в которой ценятся межличностные отношения.

- инклюзивное образование расширяет профессиональные знания педагогов. Такое образование требует новых и более

гибких способов преподавания, разработки учебных программ, которые бы были максимально эффективны для всех детей [22].

Вопросы:

1. Дайте определения понятиям инклюзия и интеграция. Как можно объяснить «включенное образование»?
2. В чем разница интеграции от инклюзии?
3. Мировая история возникновения интеграции и инклюзивного образования в мире.
4. Назовите цель и задачи инклюзивного образования.
5. Назовите основные принципы инклюзивного образования и условия для создания инклюзивных школ.
6. Какие препятствия могут быть при создании инклюзивных школ?
7. Какие могут быть требования к педагогам работающим в школах инклюзивного образования?
8. В чем заключается польза инклюзивных школ для общества?
9. Чем объясняется тенденция роста количества детей с ООП?

Задания:

1. Составьте план-проект по подготовке общества к внедрению и развитию инклюзивного образования (массовые, групповые культурные, спортивные, воспитательные мероприятия и др. просветительского характера).
2. Составьте план реализации инклюзивного образования в дошкольных образовательных учреждениях.
3. Составьте сравнительную таблицу с указанием положительных и отрицательных сторон инклюзивного образования.

СОВРЕМЕННОЕ ПОНЯТИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ

Краткое содержание темы: Дифференциация. Интеграция и модели интеграции.

12.1 Дифференциация

Понятие дифференциации означает ориентирование учебного процесса на учет, удовлетворение и развитие интересов, склонностей и способностей учащихся.

Дифференциация реализуется различными путями, например, можно сгруппировать учащихся по признаку их успеваемости или разделением их на группы по способностям или возможностям.

Вопрос дифференцированного обучения рассматривался с середины XX в. педагогом Й.Зиккенгером (1858-1930 гг.). Он основал систему, где классно-урочная система организации обучения сохранялась, но учащиеся, в зависимости от их способностей, уровня интеллектуального развития и степени подготовки, распределялись на классы для слабоуспевающих, средне успевающих и сильных учащихся. По предложенной системе Й.Зиккенгера предполагалось создавать четыре разных уровней классов, соответствующих способностям учеников: 1 –основные классы для детей со средними способностями обучения; 2 - классы для малоспособных учеников, которые обычно бросают школу или учатся до 9 класса; 3-вспомогательные классы для детей с инттелтуальными недостатками; 4- классы для наибо-

лее способных учащихся, которые могут продолжать учёбу в средних учебных заведениях.

Данная модель внедрялась частично, чему доказательством служит традиционная система образования, где существуют классы выравнивания или коррекционные классы для детей с интеллектуальными нарушениями, классы отличников и классы среднеуспевающих, которые существуют параллельно. Но есть и негативная сторона таких параллельных классов, относительно к межличностных общении учащихся, которая проявляется открыто в разделении детей на «способных» и «неспособных» со стороны учителей. Такие «ярлыки» имеют обыкновение формирования устойчивых негативных или позитивных отношений среди учащихся, могут наблюдаться картины формирования завышенной или заниженной самооценки.

Стойкая неуспеваемость и трудности адаптации ребенка к школьной среде является одной из наиболее острых проблем современного школьного образования. Это неизбежное явление, которое следует за развитием цивилизации и за развитием науки. Но, к сожалению, не всегда учитываются физиологические и психические возможности детского организма, и дети часто не способны быстро и адекватно адаптироваться к условиям быстрого темпа обучения. Порой дети просто не справляются с постоянно растущим потоком информации, не успевают соответствовать завышенным требованиям и нормам. Что, в свою очередь, приводит к стремительному росту количества детей, которые психологи называют с «задержкой психического развития», с точки зрения клиницистов - имеющие «минимальные мозговые дисфункции», учителя – «стойкими неуспевающими», а администрация школы их именует как детей с «проблемами в обучении».

Конечно, в природе существует такое понятие как «защитный механизм». Так и в педагогике уже давно разработано достаточное число защитных, смягчающих, адаптационных

механизмов педагогической помощи. К их числу можно отнести индивидуальный-дифференцированный подход в обучении учащихся, которые требуют особенных методов и поддержки в обучении.

Дифференцированное обучение предусматривает усиление индивидуального подхода к ребенку и учета его индивидуальных особенностей и возможностей при выборе для него формы организации и методов образования. Необходимо учитывать состояние здоровья ребенка, уровень готовности к школьному обучению, а также психофизические и адаптационные возможности каждого отдельного ребенка.

В педагогической практике это реализуется путем создания комфортных условий обучения для ребенка, разработкой индивидуальных образовательных программ, созданием щадящих условий образования. Также немаловажным фактором является уровень квалифицированности учителя, работающего с определенным ребенком или классом, который в силу своего педагогического мастерства сумеет организовать учебный процесс, ориентированный на всестороннее развитие ребенка с учетом его способностей и возможностей.

12.2 Интеграция и модели интеграции

Что касается интеграции, то следует вспомнить, что еще в начале XX в. Л.С.Выготский указывал на необходимость создания системы обучения, где ребенок с ограниченными возможностями развития не исключался бы из общества детей с нормальным развитием. Выдающийся психолог понимал, что специальная сфера образования, даже имея большие преимущества, все же «замыкает своего воспитанника - слепого, глухого или умственно отсталого ребенка - в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все

приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа вместо того, чтобы выводить ребенка из изолированного мира, развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм», т.е. интернатные учреждения имеют такого рода недостаток, который изолируя ребенка, не дает ему полные возможности социализации.

Поэтому, по мнению Л.С.Выготского, задачами воспитания ребенка с нарушением развития являются его интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка каким-либо другим путем.

Здесь речь идет о компенсации в социальном аспекте, а не биологическом, так как, воспитатель, работая с ребенком, имеющим недостатки развития, будет иметь дело не столько с биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями. По мнению психолога, специальное образование должно совершенствоваться, ориентируясь на форму образования нормальных детей. Итак, можно утверждать, что Л.С.Выготский одним из первых обосновал идею интегрированного обучения.

Революционные изменения в области специального образования, впервые начали происходить в 70-е годы XX века в странах Западной Европы и в странах Соединенных штатов Америки. Здесь столь кардинальному изменению методологических аспектов специального образования способствовали появившиеся нововведения в специальной педагогике и социально-политические, экономические условия государственных строев.

Согласно Декларации прав человека, в разных странах произошли либерально-демократические реформы, которые способствовали развитию идеологии личной свободы, неприкосновенности частной жизни, недопустимости

сегрегации различных категорий населения по признаку национальности, вероисповедания, политических убеждений, расы, пола, имущественной дифференциации, воспитание и образование детей с ограниченными возможностями развития в закрытых учебных заведениях интернатного типа стало восприниматься как проявление не гуманности. Постепенно эта система все больше начала подвергаться к критике со стороны общественности.

Такая ситуация в развитых странах Западной Европы привело к появлению и развитию идей интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями развития в условиях общеобразовательной системы.

Педагоги специалисты начали рассматривать преимущества формы интегрированного обучения. Во-первых, дети имеют возможность жить в семье, во-вторых, дети не изолированы от общества, значит то самое общество начинает привыкать к ним, и будут воспринимать как равных. Происходит двусторонний процесс приобретения опыта общения: у нормальных детей и детей с ОВ формируются естественные взаимоотношения.

В-третьих, дети с ОВ, воспитанные в естественной социальной среде не будут подвержены риску дезадаптации, тогда как в специальных коррекционных учреждениях создается искусственная среда, что может повлечь за собой трудности адаптации в обществе.

Теоретической основой развития интегрированного обучения, являются научные достижения американских специалистов и психологические концепции, такие как «гипотеза контакта» и «теория моделирования», в соответствии с которыми интеграция способствует тому, что дети с ОВ могут моделировать свое поведение по образцу поведения здоровых сверстников [18, С. 127; 12].

По мере развития интегрированного образования в разных странах, практика показывает, что, могут ожидать не только положительные стороны, но и неизбежны трудности. Это - неприятие родителями здоровых детей идеи интегрированного обучения; боязнь по поводу того, что дети с ОВ могут отнимать больше внимания со стороны учителей, что в свою очередь, приведет к снижению качества обучения здоровых одноклассников; возможные трудности психологического взаимодействия детей с ОВ и нормально развивающихся детей; и наконец, ожидаемые методические трудности для всего педагогического коллектива.

Сейчас идея интегрированного обучения активно реализовывается в практике школ Западной Европы и Соединенных штатов Америки. В последние годы в России и Казахстане, также начинает воплощаться все активнее, несмотря на отсутствие национальных моделей внедрения интегрированного образования и некоторых несоответствии в содержании документов, составляющих нормативно-правовую основу. Нельзя отрицать, что вышеперечисленные трудности во внедрении идеи интеграции встречаются и в казахстанском образовательном пространстве.

Интеграция как социально-педагогический феномен появился несколько столетий назад. Исторические факты показывают, что идея совместного обучения детей с отклонениями в развитии и обычных детей существует с тех времен, когда было признано их право на образование. В истории специальной педагогики есть множество примеров организации совместного обучения детей с ООП и обычных детей. В большинстве случаев эти опыты не возымели желаемых успехов, так как учителя общеобразовательных школ не владели специальными способами и приемами обучения. В истории данный период считается периодом *псевдоинтеграции*

и такие явления не удачных опытов совместного обучения наблюдаются в истории педагогики многих стран мира.

Псевдоинтеграция привела к возникновению параллельного с ним процесса сегрегации детей с особыми образовательными потребностями. Сегрегационные образовательные учреждения, т.е. специальные интернаты полностью сформировались в эпоху СССР. Были сформированы восемь основных типов специальных школ для восьми категорий нарушения развития у детей. В других странах мира существовала более дифференцированная система специального образования, которая охватывала до 12-13 типов. В постсоветском образовательном пространстве, к сожалению, по сей день специальные образовательные учреждения работают по вышеупомянутой восьми типовой форме организации образовательного процесса.

Во второй половине XX в. страны, находящиеся на более благополучном уровне социально-экономического развития и в плане политическом отношении, начинают вступать на путь интеграции в образовании. Это диктуется необходимостью признания международных актов, касающихся прав лиц с ограниченными возможностями.

В системе образования интеграция означает возможность выбора для лиц с особыми образовательными потребностями: получение образования в специальном (коррекционном) образовательном учреждении или, с равными возможностями, в образовательном учреждении общего назначения (дошкольное образовательное учреждение, школа и др.).

Следует напомнить, что нельзя путать понятия «интеграция» и «инклюзия». Практика интеграции заключалась в попытке вернуть учащихся с особыми потребностями из специализированных школ в систему общего образования. Но, несмотря на тот факт, что учащиеся успешно приспособились к данным условиям, нельзя не отметить, что на

деле специализированная поддержка и помощь не выходили за пределы отдельных классов. Именно в этом заключается отличие интеграции от инклюзии, где основной упор делается на приобщение иных детей к какой-либо группе и участию в коллективных действиях с другими учащимися, а не только с детьми, имеющими ограниченные способности. Хотя, современная научно-методическая литература данные два понятия использует как синонимы – интеграция (инклюзия) или интегрированное (инклюзивное) образование.

От латинского *integratio* – соединение, восстановление, а процесс *интеграции* представляет собой объединение в единое целое ранее разрозненных частей и элементов системы на основе их взаимозависимости и взаимодополняемости.

Интеграция – это сложное межпредметное научное понятие, которое употребляется в ряде гуманитарных наук, как философия, социология, психология, педагогика и др.

В педагогике интеграция рассматривается в разных аспектах: это – сам процесс интеграции, принципы интеграции, интегративные процессы, интегративный подход и т.д.

Под интеграцией в педагогическом процессе исследователи понимают одну из сторон процесса развития, связанную с объединением в целое ранее разрозненных частей. Этот процесс может проходить как в рамках уже сложившейся системы, так в рамках новой системы.

Сущность процесса интеграции – качественные преобразования каждого элемента, входящего в систему.

Принцип интеграции предполагает взаимосвязь всех компонентов процесса обучения, всех элементов системы, связь между системами, он является ведущим при разработке целеполагания, определения содержания обучения, его форм и методов.

Интегративный подход означает реализацию принципа интеграции в любом компоненте педагогического процесса,

обеспечивает целостность и системность педагогического процесса. Интегративные процессы являются процессами качественного преобразования отдельных элементов системы или всей системы.

Интеграция основывается на концепции «*нормализации*» (Nirje, 1976), в основу которой положена идея о том, что жизнь и быт людей с ограниченными возможностями должны быть как можно более приближенными к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут.

В истории развития человеческой цивилизации отношение общества к людям с ограниченными возможностями жизнедеятельности выражалось в форме, манере обращения с ними и в характере тех социальных «полок» или «ниш», которые им отводились. Нередко эти представления можно различить во взглядах, представлениях современных людей. Остановимся на кратком описании таких «полок» или моделей (Wolfensburger, 1969) [3].

Модель «Больной человек». Данная модель предполагает, что лица с ограниченными возможностями являются больными людьми. Значит, человек рассматривается как объект лечения.

Модель «Недочеловек». Согласно этой модели лицо с ограниченными возможностями рассматривается как неполноценное существо, близкое по своему уровню развития к животному.

Модель «Угроза обществу». Данная модель свидетельствует о том, что некоторые категории лиц с отклонениями в развитии представляют некую угрозу обществу. Вследствие чего общество начинает предпринимать меры, чтобы оградить себя от потенциальной «угрозы», создавая интернаты, закрытые учреждения призрения, часто в удаленных от общества местах, иногда со строгим режимом содержания в них. Обучение в таких учреждениях либо отсутствовало, либо было недостаточным.

Модель «Объект жалости». В рамках данной модели к человеку с ограниченными возможностями подходят как к маленькому ребенку, который не взрослеет, оставаясь в детском возрасте навсегда (особенно это распространяется на лиц с нарушениями интеллекта).

Модель «Объект обременительной благотворительности». Некоторые страны рассматривают содержание лиц с ОВ как непопустительная роскошь для не простых экономических условий. Поэтому размеры бюджета, выделяемого для социальной поддержки и образования лиц с ОВ постепенно сокращается. Отсюда возникает понятие «обременительная благотворительность», которая не оправдывает ожидания, ибо лица с ОВ приносят мало пользы как для себя, так и для государства.

Модель «Развитие». Согласно этой модели предполагается наличие у лиц с ограниченными возможностями способностей к развитию и образованию. Здесь общество несет ответственность за полноценное развитие ребенка с ограниченными возможностями. Общество обязано создавать благоприятные условия для развития и оказания коррекционно-педагогической помощи детям. Стремление к процессу «нормализации» дает возможность реализации данной модели.

Зарубежный опыт внедрения интеграции показывает, что для успешного развития интеграции необходимы ряд условий:

- демократическое общество, где соблюдаются права личности;
- обеспечение с финансовой стороны различных, специальных образовательных услуг и особых условий жизнедеятельности для детей с ОВ в структуре общеобразовательной школы;
- возможность выбора или гарантированное предоставление альтернативы типа образовательного учреждения, т.е. наличие гарантированного перечня образовательных и коррекционных

услуг, предоставляемых общеобразовательной системой образования и системой специального образования (параллельное существование интегрированного и специального образований);

• принятие обществом идею интеграции, не препятствовать интеграционным процессам и к сосуществованию и взаимодействию с людьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Конечно, надо отметить, что принятие интеграции обществом или каждым человеком, будет весьма длительным процессом, т.к. это требует перевоспитания сознания всего общества. Это воспитание толерантности, введение нового направления воспитания. Прививая толерантность новому поколению уже с дошкольной ступени образования, безусловно, даст ожидаемые результаты. Но это вопрос времени, возможно, потребуется смена поколения, у которой уже с раннего детства будет сформировано иное мировоззрение и иные взгляды в отношении лиц с ОВ.

В научной литературе различают две формы интеграции, как интернальная и экстернальная.

Интернальная интеграция - это интеграция внутри системы специального образования.

Экстернальная интеграция предполагает взаимодействие специального и массового образования.

Исследования российских ученых-дефектологов показали, что при решении вопроса об интеграции ребенка с ОВ в образовательную среду нормально развивающихся сверстников следует учитывать ряд показателей, которые условно можно разделить на «внутренние» и «внешние».

К «внешним» условиям относятся:

- раннее выявление нарушений и проведение коррекционной работы с первых месяцев жизни,

- желание родителей обучать ребенка вместе со здоровыми детьми, стремление и готовность родителей реально помогать своему ребенку в процессе обучения,

- наличие возможности оказывать интегрированному ребенку квалифицированную помощь,

- условия для реализации вариативных моделей интегрированного обучения.

К «*внутренним*» условиям относятся:

- уровень психофизического и речевого развития ребенка, соответствующий возрастной норме или близкий к ней;

- возможность овладения общим образовательным стандартом в предусмотренные для нормально развивающихся сверстников сроки,

- психологическая готовность ребенка к интегрированному обучению.

Принципы интегрированного обучения:

1. Интеграция через раннюю коррекцию.

2. Интеграция через обязательную коррекционную помощь каждому интегрированному ребенку.

3. Интеграция через обоснованный отбор детей для интегрированного обучения.

При таком подходе интеграция не противопоставляется системе специального образования, а выступает как одна из альтернативных форм организации обучения.

Модели интеграции:

• *Комбинированная интеграция.* Дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующем или близким к возрастной норме, воспитываются в массовых группах или классах (по 1-2 ребенка в группе), получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога специальной группы или класса [2, С. 303].

• *Частичная интеграция.* Дети, еще не способные на равных со здоровыми сверстниками овладеть образовательным

стандартом, вливаются в общие группы или классы лишь на часть дня по 1-2 человека.

•*Временная интеграция.* Все воспитанники специальной группы (класса) вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития объединяются со здоровыми детьми не реже 2-х раз в месяц для проведения совместных различных мероприятий воспитательного характера.

•*Полная интеграция.* Дети, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически готовы к совместному со здоровыми сверстниками обучению, включаются (по 1-2 человека) в обычные группы (классы), получая коррекционную помощь по месту обучения, в группе кратковременного пребывания специального детского сада или школы, в разнообразных центрах.

Реализация всех этих моделей предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога, который помогает остальным учителям в организации воспитания и обучения ребенка с ООП среди здоровых сверстников.

Коррекционная работа с детьми с ограниченными возможностями предъявляет особые требования к профессиональной готовности педагога-дефектолога. Известный немецкий педагог-дефектолог П. Шуман писал: «Чем ниже уровень психического развития ребенка, тем выше должен быть уровень образования учителя».

Анализ современного состояния подготовки квалифицированных педагогических кадров для профессиональной деятельности в условиях интеграции в образовании, показывает, что данная задача все еще ожидает полноценного и разностороннего решения [3,4,13].

Существующее положение в ряде стран, в том числе в Казахстане, требует разработки данной проблемы как в науке, так и в практике, обостряет противоречия между требованиями

лиц особыми образовательными потребностями в обеспечении правовой защиты, улучшения качества реабилитационных услуг; обеспечением квалифицированных специалистов (не только дефектологов), готовых активно включаться в профессиональную деятельность, быстро адаптироваться к требованиям профессиональной деятельности, особенно в условиях инклюзивного образования.

Можно сказать, что в данное время вопрос профессиональной компетентности педагогических кадров является основной проблемой полноценного внедрения интегрированного обучения.

Вопросы:

1. Объясните суть понятия дифференциации.
2. Что такое интеграция?
3. Охарактеризуйте человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности в обществе.
4. Какие существуют модели интеграции в общественном сознании?

Задания:

1. Проведите дебаты на тему «Человек с ограниченными возможностями жизнедеятельности в общественном сознании».
2. Подготовьте сообщение на тему «Толерантность: что это?».

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Краткое содержание темы. Развитие интеграционных процессов в специальном образовании в Республике Казахстан. Перспективы развития инклюзивного образования в Республике Казахстан

13.1 Развитие интеграционных процессов в специальном образовании в Республике Казахстан

Разные страны идут к интеграции своим путем, отличным от других, нередко с большими трудностями и многочисленными дебатами в полезности интеграционных процессов применительно к специальной педагогике. Свои специфические особенности имеет развитие интеграции в специальном образовании в Казахстане. Несмотря на то, что в нашей стране сложилась дифференцированная сеть специальных учреждений, в настоящее время большинство ученых и практиков признают, что в последнее десятилетие ведущим направлением в системе специального образования страны стала интеграция. Создана законодательная и нормативная база, регулирующая этот процесс.

Сегодня во всем мире говорят об «одной школе для всех» или об инклюзивном образовании, включающем всех. Актуальность инклюзивного образования в Казахстане обусловлена ростом удельного веса детей с особыми нуждами, недостаточностью мощностью специальных коррекционных

учреждений образования, изменениями, происходящими в обществе – переходом от тоталитарной системы к демократической.

В целях реализации Саламанкской Декларации (1994 г.) ЮНЕСКО совместно с Министерством образования и науки РК осуществил в Казахстане Пилотный проект «Содействие базовому образованию детей с особыми нуждами». Целью этого проекта были поиски путей включения таких детей в общеобразовательный процесс, т.е. инклюзивное образование. Исполнение этого проекта было предложено Республиканскому научно-практическому центру социальной адаптации и профессионально-трудоустройственной реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии (Центр САТР).

В рамках Проекта осуществлено исследование зарубежного опыта, готовности общества к включению детей со специальными нуждами в общеобразовательный процесс, анализ опыта организаций образования в Казахстане; проведен анализ масштабов проблемы и динамики статистических данных о детях с особыми нуждами в разрезе регионов страны за последние 9 лет по четырем ведомствам: здравоохранения, образования, социальной защиты, внутренних дел; разработаны программы переподготовки директоров и учителей начальных классов общеобразовательных школ, воспитателей дошкольных учреждений, которые уже воспитывают детей со специальными нуждами. В 2000 году реализация Проекта в Казахстане позволила определить положение детей с нарушениями в развитии в системе общественных отношений и разработать предложения по включению детей в общеобразовательный процесс и их социальной адаптации.

Логическим продолжением Пилотного проекта стала программа ЮНИСЕФ, реализованная Центром САТР в 2001 году, «Раннее вмешательство в нарушенное развитие как путь включения детей с ОВ в общеобразовательный процесс».

Проведенный анализ особенностей отечественного и зарубежного опыта включения детей со специальными нуждами в общеобразовательный процесс позволил сформулировать основные положения Закона «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ОВ», принятый 11 июня 2002 года.

Не претендуя на всеобъемлющее описание инклюзивного образования, Центром САТР было предложено следующее определение.

Инклюзивное образование – это политика государства, направленная на устранение барьеров, которые разъединяют детей, на полное включение всех детей в общеобразовательный процесс и их социальную адаптацию, несмотря на возраст, пол, этническую, религиозную принадлежность, отставание в развитии или экономический статус, путем активного участия семьи, коррекционно-педагогической и социальной адресной поддержки персональных нужд ребенка и адаптации не ребенка, а среды к индивидуальным особенностям и образовательным потребностям детей, т.е. путем создания адекватных образовательных условий.

В 1999 г. под руководством Сулейменовой Р.А. начал проводиться проект в рамках программ ЮНЕСКО «Включение детей со специальными нуждами в образовательный процесс» (inclusive education). Суть проекта – обеспечение равного доступа к образованию детям с ограниченными возможностями. Благодаря этому проекту в Казахстане впервые появилось понятие и термин «инклюзивное образование».

В настоящее время под руководством Сулейменовой Р.А. проводится научно-исследовательская работа по изучению зарубежного опыта и разработке нормативно-правовой базы инклюзивного образования; начался систематический выпуск учебников и учебно-методической литературы для специальных школ и дошкольных организаций. Под руководством

Сулейменовой Р.А. стали разрабатываться проблемы социальной работы, в частности вопросы развития социальных услуг для детей с ограниченными возможностями и их семей. Данная проблема является абсолютно новой для Казахстана, и решение этих вопросов было невозможно без помощи международных экспертов.

Сулейменова Р.А. стала инициатором и автором проекта «Развитие инновационных социальных услуг детям с ограниченными возможностями и их семей в Республике Казахстан», который был поддержан VSO (Всемирной волонтерской организацией) и Европейской комиссией в рамках программы TACIS-IBPP (2005-2007 годы) [22].

Инклюзивное образование процесс вовлечения всех детей в образовательный процесс и социальную адаптацию независимо от пола, этнической, религиозной принадлежности, особенностей в развитии и экономического статуса.

Решение данной проблемы обеспечит доступ детей к качественному образованию будет способствовать устранению препятствий его связи с миром и интеграцию в общество в целом.

В Государственной программе развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы впервые определены механизмы включения детей с ограниченными возможностями в образовательный процесс, обеспечения для них доступной среды.

Министерством образования и науки Республики Казахстан в тесном сотрудничестве с Детским Фондом ООН ЮНИСЕФ проведены исследования по включению детей с ограниченными возможностями в образовательную - среду и предложены рекомендации, которые вошли в Государственную программу развития образования на 2011-2020 годы.

В соответствии с поручением Главы государства в 2004 году в целях научно-методического обеспечения системы

социальной и медико-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями постановлением Правительства Республики Казахстан республиканский научно-практический центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии преобразован в национальный научно-практический центр коррекционной педагогики, где ведется научно-исследовательская работа по развитию специального образования и переходу к инклюзивному образованию, разработке, апробации и внедрению научного, нормативного и учебно-методического обеспечения, специальных учебных программ, учебников и учебно-методических комплексов для создания в Республике Казахстан системы социальной и коррекционно-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями.

В республике в качестве приоритетных направлений деятельности по созданию условий для получения образования детей данной категории являются следующие направления:

Первое направление — выявление недостатков в развитии детей и организация коррекционно-педагогической работы на максимально раннем этапе. Своевременное оказание необходимой помощи в дошкольном возрасте позволяет обеспечить коррекцию основных недостатков в развитии ребенка к моменту начала обучения и подготовить его к обучению в общеобразовательном учреждении.

Начальным звеном системы специального образования в республике является психолого-медико-педагогическая консультация, которая устанавливает право ребенка на получение образовательных, медицинских и социальных услуг, определяет их потребности в специальных образовательных условиях.

С расширением сети ПМПК улучшилось выявление детей с ограниченными возможностями в развитии. Расширяется сеть

новых видов специальных организаций образования, которые призваны оказывать комплексную коррекционно-педагогическую поддержку детям и их родителям.

Второе направление — создание вариативных условий для реализации права на образование всех категорий детей с учетом их психофизических особенностей.

В настоящее время в республике существует дифференцированная сеть специальных организаций образования для организации обучения детей с ограниченными возможностями в развитии, которая включает: специальные (коррекционные) организации образования по видам и типам, специальные группы при детских садах общего типа и специальные классы в общеобразовательных школах.

В целях организации обучения детей с ограниченными возможностями в развитии разработаны Типовые специальные общеобразовательные учебные программы (приказ Министра образования и науки РК от 8 июля 2009 года № 333), учитывающие степень выраженности нарушений психофизического развития и познавательных возможностей учащихся и предусматривающие вариативность обучения:

«...1) образование, соответствующее государственному общеобразовательному стандарту для детей с сенсорными, речевыми, двигательными нарушениями, уровень познавательных возможностей которых соответствует возрастным нормам;

2) образование, осуществляемое по индивидуальным учебным планам, сокращенным образовательным учебным программам, адаптированным к индивидуальным возможностям учащихся с сенсорными, речевыми, двигательными нарушениями, задержкой психического развития, уровень познавательных возможностей которых ниже возрастной нормы;

3) образование, осуществляемое по специальным программам школы для детей с интеллектуальными нарушениями и индивидуальным программам (для детей с тяжелой умственной отсталостью и множественными нарушениями)...» [22].

Обеспечение качества образования детей с ограниченными возможностями в развитии зависит от развитой учебно-материальной и технической базы школ.

В настоящее время коррекционные организации образования для детей с нарушениями зрения обеспечены читающими машинами, тифлокомплексами (мультимедийный компьютерный класс: персональный компьютер с модемом и возможностью подключения к сети, принтеры и Брайлевские дисплеи, читающие машины и увеличивающие устройства, электронные лупы, мобильные устройства увеличения экрана с речью); для детей с нарушениями слуха - беспроводными и проводными учебными классами, сенсорными и мягкими комнатами, для детей приобретаются слуховые аппараты, звукоусиливающая система с микрофоном, тифлотехнические средства; для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата приобретаются индивидуальные средства передвижения, специальные клавиатуры и манипуляторы, оснащены развивающими играми. Компьютерной техникой и оборудованием за счет республиканского бюджета обеспечиваются дети-инвалиды, обучающиеся на дому.

Третье направление - развитие интегрированного инклюзивного образования.

Перспективой развития системы социальной и медико-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями в развитии на ближайшие годы является реализация идей и принципов интегрированного (инклюзивного) образования. Средствами выступают не изоляция детей и создание устойчивого представления о

собственной неполноценности, а построение социальной траектории в жизни, которая может быть решена только через включение детей с ограниченными возможностями в среду детей обычного развития, совместного обучения, организации их совместного досуга, оказание им взаимоподдержки.

В реабилитационных центрах, коррекционных школах и детских садах также открыты экспериментальные группы и классы для детей с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, со сложными комбинированными и иными нарушениями развития, появились разные интеграционные формы обучения: классы для учащихся со сниженным слухом, интеллектом в общеобразовательной школе, группы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в обычном детском саду.

Учащиеся, преодолевшие тяжелые нарушения речи в условиях специальной школы, успешно интегрируются в массовый образовательный процесс, продолжая получать логопедическую помощь до того момента, пока они в ней нуждаются. Только благодаря такой поддержке дети с речевым недоразвитием способны осваивать общеобязательный стандарт образования, обучаясь рядом со сверстниками без речевой патологии.

Сегодня оптимальным вариантом является сохранение и совершенствование существующей сети коррекционных организаций образования с параллельным развитием интегрированного (инклюзивного) образования. При этом коррекционные организации выполняют функции учебно-методических центров, обеспечивающих оказание методической помощи педагогическим работникам общеобразовательных школ, консультативной и психолого-педагогической коррекционной помощи обучающимся и их родителям.

Во всех коррекционных школах организованы и действуют школьные психолого-медико-педагогические консилиумы.

Процесс внедрения инклюзивного образования носит комплексный характер и предусматривает участие в нем государственных структур, родительской общественности, семьи, органов и организаций образования, неправительственных организаций.

На начальном этапе процесса внедрения инклюзивного образования должна быть предусмотрена гармонизация нормативно-правовых актов в области специального и общего образования.

В этих целях разработаны:

- проект государственных стандартов «Условия реализации государственного общеобязательного стандарта образования Республики Казахстан организациями образования, обучающими детей с ограниченными возможностями»;

- проект Концепции развития инклюзивного образования в Республике Казахстан;

- приняты ряд учебно-методических пособий, рекомендаций;

- проведены специальные исследования для оценки образовательных результатов (Ассоциацией социологов и политологов Казахстана (АСИП) в рамках технического задания Центра «САТР» проведены социологические исследования «Возможности инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями, детей-инвалидов и детей-инвалидов детства», исследования САНДЖ, ЮНЕСКО и других неправительственных организаций).

Эффективность работ зависит от скоординированности и целенаправленности усилий всех звеньев данной системы, а также от согласованности действий специалистов разного профиля, смежных министерств: здравоохранения, труда и социальной защиты населения, образования и науки.

На основании статистической информации и сведений о работе различных ведомств впервые Р.А.Сулейменовой

показано состояние психофизического здоровья детей в Республике Казахстан, на основании чего дана оценка эффективности работы с детьми с особыми нуждами. В своей монографии «Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития» Р.А.Сулейменова дает анализ показателей работы с детьми с ограниченными возможностями, отмечая, что в Казахстане данным контингентом занимаются учреждения, относящиеся к разным ведомствам: Министерство образования и науки, Агентство Республики Казахстан по делам здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты населения. Такая разобщенность в работе с детьми с ограниченными возможностями привела к тому, что в республике отсутствует единая система учета этого контингента [23].

В настоящее время отмечается рост числа детей с особыми образовательными потребностями. Большой интерес представляют не только абсолютные цифры, но и внутренняя структура детской инвалидности.

В Концептуальных подходах (2015) приводятся следующие статистические данные:

в 2015 году выявлено 141952 детей с ограниченными возможностями в развитии в возрасте от рождения до 18 лет, или 2,8% от общего числа детского населения. Из них школьного возраста – 94266 детей. Выявление детей с ограниченными возможностями составляет 2,8% в сравнении с мировым показателем 7-12%.

В настоящее время в 30,5% школ созданы условия для инклюзивного обучения 27% детей с ограниченными возможностями.

В вузах количество студентов с ограниченными возможностями составляет 570 чел. Из них имеют инвалидность 1 группы – 16 чел., 2 группы – 88 чел., 3 группы – 466 чел.

По обеспечению прав инвалидов на получение высшего образования, установлена квота приема в вузы в соответствии с постановлением Правительства РК от 28 февраля 2012 года № 26 (с 2012 года размер квоты для инвалидов 1%, ранее – 0,5%). [21]

подавляющее число детей с психическими и физическими недостатками не получают до школы специальной коррекционной помощи. Имеющаяся сеть специальных дошкольных учреждений не обеспечивает потребности данного контингента в коррекционной помощи.

В Республике начальным звеном специального образования является психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК). Она определяет право ребенка на образование, медицинскую и социальную помощь, определяет необходимость детям специальных образовательных условий (одна ПМПК открывается на 60 тысяч детского населения).

На сегодняшний день в нашей стране работают 57 областных, городских и районных ПМПК, из них одна республиканская. С расширением сети ПМПК улучшилось выявление детей с ограниченными возможностями.

В Республике имеется дифференцированная сеть специальных образовательных учреждений для организации обучения детей с ограниченными возможностями, к ним относятся: различающиеся по виду и типам специальные образовательные учреждения, различающиеся, специальные группы при детских садах общего типа и специальные классы в общеобразовательных школах: в 35 специальных детских садах и в 228 специальных группах детских садов общего типа получают воспитание и образование свыше 10 тысяч детей дошкольного возраста; в 101 коррекционных школах и 820 специальных классах общеобразовательных школ по восьми основным видам и типам обучаются около 24 тысяч детей школьного возраста с ограниченными возможностями.

Суммируя изложенное, Р.А.Сулейменова отмечает, что «в настоящее время система выявления, учета, коррекционного обучения и социальной адаптации детей и подростков, сложившаяся в Республике Казахстан, не способна обеспечить полноценную и своевременную помощь детям с отклонениями в развитии. Анализ тенденций изменения основных количественных и качественных характеристик педагогической и медицинской работы с детьми с особыми нуждами дает возможность научно обоснованно прогнозировать возрастание роли государственной системы ранней коррекционной помощи в будущем» [24].

Существование образовательных учреждений с установкой на инклюзию - самый эффективный способ борьбы с дискриминацией, формирования добрых отношений в сообществах, построения общества, приемлемого для всех и обеспечения возможности всеобщего образования.

Инклюзивные образовательные учреждения создают идеальные условия для того, чтобы члены сообщества не только лучше понимали эти вопросы, но и приобщались к новой системе ценностей и взглядов для лучшего взаимодействия с окружающими, независимо от того, отличаются они или похожи.

13.2 Перспективы развития инклюзивного образования в Республике Казахстан

Внедрение инклюзивного образования полезно обществу по множеству причин:

- инклюзивное образование помогает бороться с дискриминацией и боязнью отличий, приучает детей и взрослых ценить, принимать и понимать многообразие и разницу между людьми вместо того, чтобы пытаться их изменить;

- инклюзивное образование поощряет достижения, доказывая, что все дети могут быть успешными, если им оказывается необходимая помощь. Развитие поддержки в обучении показывает, что сложности в воспитании и обучении заключены не в детях, и не дети требуют «исправления», а подходы к обучению;

- инклюзивное образование предоставляет возможность социализации в атмосфере сочувствия, равенства, социальной справедливости, сотрудничества, единства и положительного отношения. Дети и взрослые, получают пользу от доброжелательной и благоприятной обстановки, в которой ценятся межличностные отношения.

- инклюзивное образование расширяет профессиональные знания педагогов. Такое образование требует новых и более гибких способов преподавания, разработки учебных программ, которые бы были максимально эффективны для всех детей.

Сегодняшние дети завтра станут работодателями, служащими, политиками. Дети, обучающиеся с непохожими на них сверстниками, будут готовы к разнообразию в обществе и станут использовать его для общей пользы.

Ожидаемые результаты Концептуальных подходов

Концептуальные подходы позволят достичь эффективных показателей развития инклюзивного образования в соответствии с Государственной программой образования на 2011-2020 гг.: равный доступ к качественному образованию всех лиц, удовлетворенность общества инклюзивным процессом, толерантное отношение к лицам с ограниченными возможностями; нормативно-правовые и организационно-экономические основы для ресурсного обеспечения.

1. Условия для включения лиц с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс:

- создание системы раннего выявления детей с особыми образовательными потребностями и оказание им своевременной

комплексной поддержки и помощи через развитие сети психолого-медико-педагогических консультаций, кабинетов психолого-педагогической коррекции, реабилитационных центров и других организаций образования, социальной защиты и здравоохранения;

- разработка инструментов оценки потребностей лиц с особыми образовательными потребностями с целью отслеживания навыков, успешности обучения и степени подготовки к общеобразовательной системе;

- разработка методики индивидуальных учебных программ;

- разработка программ высшего образования для лиц с особыми образовательными потребностями;

- создание гибкого уровневого документа об окончании образования (аттестата, диплома);

- создание «безбарьерной» среды на всех уровнях образования, материально-техническое оснащение организаций образования и обеспечение лиц с особыми образовательными потребностями вспомогательными техническими средствами обучения;

- организация служб комплексного (социального и медико-психолого-педагогического) сопровождения лиц с особыми образовательными потребностями в учебных заведениях общего образования;

- создание системы разноуровневых ресурсных центров по обеспечению инклюзивного образования с использованием потенциала специальных организаций образования, других государственных и общественных организаций;

- обеспечение условий для ранней профориентации, предпрофессиональной и профессиональной подготовки лиц с особыми образовательными потребностями в системе общего образования;

- привлечение родителей, экспертных сообществ и общественных организаций в процесс развития инклюзивного образования.

2. Совершенствование системы подготовки кадров:

Подготовка, повышение квалификации и переподготовка педагогических

кадров системы инклюзивного образования будет включать:

- подготовку и обучение всех учителей и воспитателей в педагогических институтах и колледжах навыкам и приемам обучения лиц с особыми образовательными потребностями путем включения в учебные планы всех педагогических специальностей высшего и технического профессионального образования специальных предметов;

- поэтапную переподготовку всех руководящих работников, педагогов и специалистов (педагогов-психологов, педагогов-дефектологов, социальных педагогов) организаций общего образования по вопросам организации инклюзивного образования и работы с лицами с особыми образовательными потребностями;

- повышение квалификации педагогических работников организаций образования по вопросам реализации инклюзивного образования, методов работы с лицами с особыми образовательными потребностями, навыков предотвращения дискриминации и разрешения конфликтных ситуаций, изучения основ прав человека.

3. Научное и учебно-методическое сопровождение:

- разработка и экспериментальное внедрение вариативных моделей включения лиц с особыми образовательными потребностями в общеобразовательную среду;

- применение инновационных форм, методов и технологий обучения в инклюзивном образовании, изучение и применение передового международного опыта;

- разработка критериев эффективности инклюзивных процессов в системе образования;
- разработка гибких (адаптивных) общеобразовательных учебных программ и общеобразовательного стандарта, гибких (адаптивных) критериев оценки знаний учащихся;
- разработка методических рекомендаций, учебно-методических пособий по разработке индивидуальных учебных программ и применению адаптивных критериев оценки с учетом индивидуальных особенностей обучающихся лиц с особыми образовательными потребностями, по психолого-педагогическому сопровождению, социальной реабилитации лиц с особыми образовательными потребностями [24].

Вопросы:

1. Назовите основные направления по развитию специального и инклюзивного образования в РК.
2. Назовите основные виды работ выполненные в рамках плана развития специального и инклюзивного образования в РК.
3. Чем объясняется тенденция роста количества детей с ООП?
4. Каковы ожидаемые результаты Концептуальных подходов?

Задания:

1. Ознакомьтесь и проанализируйте «Проект плана действий по развитию системы инклюзивного образования в Республике Казахстан» и «Концептуальные подходы к развитию инклюзивного образования в Республике Казахстан».
2. Составьте таблицу отражающую контингент детей с ООП по регионам РК и по годам.
3. Соберите папку по нормативно-правовым документам специального и инклюзивного образования (международные и в рамках РК).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ

Краткое содержание темы. Рекомендации по приему и комплектации классов интегрированного (инклюзивного) образования. Рекомендации по адаптации программного материала. Разработка и реализация индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, посещающего общеобразовательное учреждение. Структура индивидуальной образовательной программы. Мониторинг достижений учащихся с особыми образовательными потребностями.

14.1 Рекомендации по приему и комплектации классов интегрированного (инклюзивного) образования

Приказом Министерства образования науки Республики Казахстан от «11» марта 2009 года № 4-02-4/450 утверждены рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии:

Настоящие рекомендации [25] предусматривают организацию интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии в образовательных школах, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями независимо от форм собственности:

«...3. Прием детей с ограниченными возможностями в общеобразовательную школу осуществляется на основании письменного заявления родителей и или иных законных

представителей, заключения психолого-медико-педагогической консультации (далее - ПМПК) с рекомендованной формой обучения.

4. С учетом интересов родителей (иных законных представителей) по согласованию с органами образования в общеобразовательной школе при наличии контингента детей с ограниченными возможностями в развитии могут открываться классы:

1) классы интегрированного обучения, которые осуществляют полную интеграцию детей с ограниченными возможностями в развитии в общеобразовательный процесс. В одном классе интегрированного обучения могут обучаться не более трех учащихся с ограниченными возможностями;

2) специальные (коррекционные) классы (далее - спецклассы), которые осуществляют частичную интеграцию детей с ограниченными возможностями в развитии в общеобразовательный процесс.

5. Спецклассы дифференцируются в зависимости от вида нарушения и имеют следующую наполняемость:

- для неслышащих детей - не более 8 человек;
- для слабослышащих и позднооглохших детей - не более 10 человек;
- для незрячих детей - не более 8 человек;
- для слабовидящих и поздноослепших детей - не более 12 человек;
- для детей с тяжелыми нарушениями речи - не более 12 человек;
- для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - не более 12 человек;
- для детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом) - не более 6 человек;

- для детей с задержкой психического развития, в том числе и классах коррекционно-развивающего обучения — не более 12 человек;

- для детей с легкими нарушениями интеллекта - не более 12 человек;

- для детей с умеренными нарушениями интеллекта - не более 10 человек.

6. Спецклассы могут быть открыты при наличии контингента, имеющего соответствующие заключения ПМПК. В случае недостаточного количества детей для открытия спецкласса, учащимся с ограниченными возможностями в развитии должны быть созданы условия для обучения их в классе интегрированного обучения.

7. Спецклассы для детей с задержкой психического развития (классы коррекционно-развивающего обучения) открываются преимущественно на уровне начального образования в начале первого или второго года обучения и функционируют до завершения основного среднего образования (могут быть открыты и на этапе предшкольной подготовки), в исключительных случаях указанные классы открываются на уровне основного среднего образования, но не позднее 5-6 классов.

8. При положительной динамике развития и успешном усвоении учебной программы - учащиеся спецклассов, преодолевшие отставание в развитии и овладевшие необходимыми навыками учебной деятельности, на любом этапе обучения, по решению ПМПК, могут быть переведены в обычные классы с согласия самих учащихся и их родителей (иных законных представителей).

9. В целях коррекции и компенсации нарушенных или утраченных функций, обучения и воспитания учащихся с ограниченными возможностями в развитии местные исполнительные органы в области образования создают

специальные образовательные и материально-технические условия в общеобразовательных школах, обучающихся детей с ограниченными возможностями, включая обеспечение современными техническими и вспомогательными средствами в соответствии с нормативами минимальных требований к материально-техническому и учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования для детей с ограниченными возможностями в развитии и оказывают всем учащимся данной категории необходимый уровень поддержки для полноценного усвоения общеобразовательных и специальных образовательных программ,

Создание специальных условий для обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями в развитии в общеобразовательной школе базируется на оценке индивидуальных потребностей ребенка, которая осуществляется в ПМПК.

10. Учащиеся с ограниченными возможностями в развитии в общеобразовательной школе обеспечиваются коррекционно-педагогической поддержкой (сопровождением). Коррекционная педагогическая поддержка внутри организации образования осуществляется специальным педагогам-(педагогом-дефектологом), психологом, социальным педагогом). Сопровождение процесса обучения детей с ограниченными возможностями в развитии вне организации образования осуществляется специалистами специальных коррекционных организаций образования, ПМПК, кабинета психолого-педагогической коррекции, логопедических пунктов, а также специалистами медицинских учреждений на договорной основе.

11. При обучении в общеобразовательной школе свыше 10 детей с ограниченными возможностями в развитии необходимо предусмотреть ставку педагога-дефектолога (учителя-логопеда), в функции которого входит:

- осуществление связи с региональным ПМПК, специальными коррекционными организациями, реабилитационным центром, районным кабинетом психолого-педагогической коррекции и логопедическими пунктами;

- участие в разработке и реализации индивидуальных образовательных и коррекционно-развивающих программ;

- проведение специальных (коррекционных) и дополнительных занятий по восполнению пробелов в учебных знаниях;

- координация работы социального педагога, специального психолога, логопеда и учителей, работающих с учащимися, имеющими ограниченные возможности в развитии;

- контроль за осуществлением психолого-педагогического мониторинга, реализацией индивидуальных образовательных и коррекционно-развивающих программ.

Специалистам, оказывающим психолого-педагогическую поддержку, необходимо;

- фиксировать учебные достижения каждого учащегося с ограниченными возможностями в развитии в конце учебного года в специальных психолого-педагогических картах и представлять администрации школы отчет;

- оказывать методическую и консультативную помощь учителям в применении специальных методов и приемов обучения детей с ограниченными возможностями;

- при содействии местных исполнительных органов осуществлять контроль за обеспечением процесса обучения детей с ограниченными возможностями в развитии в условиях общеобразовательной школы, адаптированными учебными программами, методическими рекомендациями;

- содействовать вовлечению учащихся с ограниченными возможностями в развитии во внеучебную и внеклассную деятельность: кружковую, спортивную и другую;

- проводить, регулярные встречи с родителями детей с ограниченными возможностями в развитии, оказывать консультативную помощь в обучении, воспитании и развитии детей;

- участвовать в деятельности методических объединений и других форм организационно-педагогической и методической работы в школе;

- систематически повышать свою профессиональную квалификацию.

12. Для своевременного выявления трудностей в обучении и оказания коррекционно-педагогической поддержки учащимся с ограниченными возможностями, а также информирования учащихся и родителей о достигнутом уровне усвоения знаний ведется психолого-педагогический мониторинг. Психолого-педагогический мониторинг проводит учитель класса интегрированного обучения, учитель специального (коррекционного) класса, учителя - предметники, специальный педагог, психолог, социальный педагог.

13. Контроль и реализацию специального психолого-педагогического сопровождения процесса обучения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе осуществляет школьный психолого-медико-педагогический консилиум.

14. Учителям начальных классов и учителям-предметникам, работающим в классах, где обучаются дети с ограниченными возможностями в развитии, необходимо адаптировать образовательные учебные программы под образовательные потребности учащегося в каждом случае индивидуально.

15. Учитель класса (классный руководитель) обеспечивает учащимся с ограниченными возможностями в развитии специальную поддержку, в следующих направлениях: помощь учащимся в организации работы в рамках учебного процесса;

формирование и развитие детского коллектива (формирование положительного отношения); сотрудничество с родителями.

16. Общеобразовательные школы, осуществляющие обучение детей с ограниченными возможностями в развитии, пополняют свой библиотечный фонд специальными учебниками, учебно-методическими комплексами, методической литературой.

22. Количество часов, отводимых для проведения индивидуальных и групповых коррекционных занятий определяются коррекционным разделом учебного плана организации специального (коррекционного) образования соответствующей типу нарушения у ребенка с ограниченными возможностями в развитии.

23. Вся внеклассная и внеучебная деятельность учащихся с ограниченными возможностями в развитии (кружковая, факультативная, воспитательная) осуществляется совместно с учащимися обычных классов.

24. В общеобразовательной школе, осуществляющей обучение детей с ограниченными возможностями в развитии, не рекомендуется предоставление учащимся из этой категории образовательных услуг на платной основе в рамках государственного общеобязательного стандарта образования.

Основными противопоказаниями для приема детей с ограниченными возможностями в развитии в общеобразовательную школу являются наличие тяжелой и глубокой умственной отсталости, а также психопатоподобных расстройств различного происхождения, частых судорожных приступов.

В случае выявления нарушения в развитии у ребенка родители (иные законные представители) направляются в ПМПК для углубленного комплексного обследования специалистами, выявления социальных и образовательных

потребностей у детей и выбора соответствующего типа организации образования...» [25].

14.2 Рекомендации по адаптации учебного материала.

Согласно Приказу МОН РК от «11» марта 2009 года № 4-02-4/450, организация образовательного процесса строится на основе Типового и рабочего общеобразовательных учебных планов и регламентируется годовым, календарным учебным графиком и расписанием занятий.

«...20. На основе государственных общеобязательных стандартов образования и специальных образовательных учебных программ учителями и специальными педагогами совместно с членами школьного психолого-педагогического консилиума разрабатываются индивидуальные образовательные и коррекционно-развивающие программы, которые утверждаются на педагогическом и методическом совете школы.

21. В соответствии с индивидуальной образовательной и коррекционно - развивающей программой для учащихся с ограниченными возможностями в развитии организуются индивидуальные и групповые коррекционные занятия, которые включаются в расписание и проводятся специалистами, входящими в штат или специальными педагогами специальных (коррекционных) школ, кабинетов психолого-педагогической коррекции, логопедических пунктов...» [25].

Для нормально развивающихся учащихся учебный материал можно преподнести вербальными методами обучения, как устным объяснительным методом или методом беседы, но учащиеся с ООП, в силу своих образовательных особенностей не могут воспринимать материал такими стандартными методами. Замедленное или фрагментарное восприятие, понимание или осмысление содержания воспринимаемого

словесного материала усложняет овладение учебного материала. Поэтому, сложные лексико-грамматические конструкций, фразеологические обороты речи или абстрактные понятия, просто могут создать такие сложности, что становится невозможным усвоение учебного материала. Учитель обязан знать все эти возможные трудности и быть готовым к использованию дополнительных средств, сопровождать весь учебный материал визуальными и практическими методами. Здесь хорошо срабатывает китайский принцип обучения: «я слышу, и я забываю, я вижу, и я запоминаю, я делаю, и я понимаю». Согласно принципам специальной педагогики, обучение детей с ООП обязательно должно сопровождаться широким применением наглядности.

Можно использовать все типы и виды наглядностей: учебные фильмы, мультимедийные презентации, аудио и видео записи, раздаточный материал, природный наглядный материал, схемы, таблицы, муляжи, картинки и т.д.

Можно прибегнуть к использованию специальных вспомогательных учебных пособий для детей с ООП, как рабочие тетради или сборники задач (упражнений, практических заданий), электронные учебные программы.

При адаптации учебного материала важно учитывать какие именно средства необходимы и полезны для данной категорий детей с ООП. Например, у детей с интеллектуальными нарушениями, особенно трудно формируются абстрактные математические представления. Ведь сложно представить то, чего нет на самом деле. Поэтому рекомендуется работать по заданному алгоритму. При анализе математических задач, целесообразно научить составлять краткие записи или схемы решения. И конечно, необходимо визуализировать эти понятия с помощью символов. Ряд чисел, формулы, таблица умножения и некоторые часто используемые материалы должны быть на виду всегда.

При нарушениях координации движений пальцев или при плохо развитой мелкой моторике, рекомендуется использовать специальные насадки на ручку, трафареты и ограничители. В тетрадях можно использовать дополнительную разлиновку. Провести дополнительные линейки сверху тетрадных линий, чтобы строки сильно выделялись, можно заказать тетради большого формата (А4). Для коррекции письма, также широко используется калькированная бумага. Для детей, испытывающих трудности в письме, нельзя планировать много письменных заданий, целесообразно вызывать их к доске или разрешать устное выполнение задания, когда остальной класс выполняет это у себя в тетради.

Что касается устной речи, то часто встречается, когда дети общеобразовательных школ не всегда могут понять смысл прочитанного и пересказать в логической последовательности. Учителям следует набраться терпения если у ребенка речевые нарушения или интеллектуальные недостатки. Поэтому, тексты разбиваются на части и осваиваются постепенно. Для облегчения процесса чтения и увеличения скорости чтения слова в тексте разбиваются на слоги. Для полноценного понимания содержания текста необходимо использовать картинки. Наиболее эффективным методом, в подобных случаях, может быть метод наглядного моделирования.

Поэтапное чтение текста и картинные планы помогают пересказать текст без искажений и пропусков событий в тексте. Также, работая над текстом, т.е. выполняя задания к тексту, ученик самостоятельно сможет опираться на визуальные инструкции, которые преподносятся на карточках. Желательно упрощать ряд инструкций на минимальное количество. Когда очень много (5-6) пунктов заданий, ребенок просто теряется и ничего не делает.

Иногда необходимо использовать карандаши или цветные маркеры для выделения важных моментов в тексте, которые

являются ключевыми или подчеркивать опорные слова. У детей постепенно начинают формироваться навыки самостоятельного нахождения ключевых частей текста, они научаются чему нужно обращать внимание.

Такое адаптирование текстов для чтения, упрощение сложных оборотов речи поможет детям с трудностями понимания прочитанного или замедленным темпом чтения успешно работать на уроке. Это касается не только текстов по литературному чтению, данный метод распространяется на все предметы, где необходимо чтение текста: история, география, биология и т.д. Разработку текстов можно задавать надом (в более старших классах). Когда учащиеся с помощью интернет ресурсов или книг выбирают тексты сами, то они как никто лучше могут ориентироваться в тексте, соответственно пересказать не нарушая логической цепи.

Так же эффективно задавать им самим разрабатывать презентаций по этим текстам.

Многие дети с ООП не приучены работать в темпе класса. Особенно если ребенок обучался надомно или обучался в специальном (коррекционном) учреждений, где наполняемость классов составляет 10-12 человек. Здесь ребенка необходимо обучать самостоятельной работе. Учитель не может постоянно заниматься с данным ребенком, ведь есть еще и остальные дети в классе, которые также, привлечены в инклюзивное пространство.

Научить учащихся к самостоятельности, это непростая задача, которая требует поэтапности и систематичности выполнения.

Во время объяснения задания необходимо давать визуальную помощь: подчеркнуть в учебнике те задания, которые надо будет сделать; отскерокопировать задание на отдельный лист; написать на доске номер задания и страницу.

После инструкции остановить взгляд на каждом. На данном этапе можно увидеть, «услышал» ли ребенок инструкцию.

Убедиться, что каждый правильно понял задание и готов к его выполнению. Для этого рекомендуется использовать уточняющие вопросы: «Что ты сделаешь, после того как прочитаешь?», «Покажи, какое упражнение ты будешь списывать?» и т.п.

Повторить инструкцию индивидуально. Подойти к ученику, который не начал выполнение задания и повторить инструкцию. При этом, можно положить руку на плечо или слегка потереть по спине.

Если ребенок не начал выполнять задание даже после повторения инструкции, попробовать выполнить с ним задание у доски. Здесь будет понятно какие сложности у него возникают.

Во время самостоятельного выполнения заданий не упускать из виду остальных учеников. Периодически подходить, чтобы посмотреть, на каком этапе выполнения тот или иной ребенок и вовремя оказать поддержку.

В тех же случаях, когда ребенку трудно отвечать перед всем классом или при своеобразии произношения (заикание, дислалия и т.п.) можно предложить выполнить письменную работу, тест, письменное сообщение.

Решение тестов является одним из непростых заданий, которые ребенок выполняет самостоятельно. Сама структура задания сложная: ребенку необходимо прочитать и понять смысл вопроса и выбрать один из ответов среди пяти или трех альтернатив. Конечно, это намного труднее, чем устно ответить на вопрос. Это Большую трудность представляет выбор правильного ответа, так как очень часто ребенку проще самому ответить на вопрос, чем определить, что из написанного правильно, а какое мнение ошибочно. Наибольшую сложность представляет не сам тест, а заполнение оценочных бланков.

В ряде случаев предоставление неограниченного времени для выполнения работы повышает ее качество. Необходимо сделать акцент на достижении результата, а не на тренировке быстроты выполнения.

Встречаются ситуации, при которых для достижения оптимального результата необходимо предоставить возможность выполнения работы дома или индивидуально в специально отведенное время. Так же рекомендовано предоставить ребенку возможность переделать работу [24].

14.3 Разработка и реализация индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, посещающего общеобразовательное учреждение [26]

Златов Д.А., в своем труде о разработке и реализации индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, который посещает общеобразовательное учреждение, рассматривает суть, цель и задачи разработки индивидуального образовательного плана, а также структуру, с полным описанием ее отдельных компонентов.

Данные методические рекомендации приемлемы для всех звеньев инклюзивной практики в разных странах, также, учитывая отсутствие национальной модели инклюзивного образования, рассмотрим ее подробно в качестве основополагающих.

Индивидуальный образовательный маршрут ребенка - это система конкретных совместных действий администрации, основных педагогов, междисциплинарной команды специалистов сопровождения образовательного учреждения, родителей в процессе включения ребенка с ОВЗ в образовательный процесс. Разработка индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ООП в рамках одного учреждения

предполагает определение и реализацию необходимых и достаточных специальных условий для полноценного включения его и его семьи в образовательную среду, определение стратегии и тактик психолого-педагогической поддержки.

Индивидуальный образовательный план - это документ, который отражает общую стратегию и конкретные шаги специалистов и родителей в организации психолого-педагогического сопровождения индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ в определенной школе и на определенный период обучения. ИОП разрабатывается командой специалистов, реализующих инклюзивное обучение и утверждается директором школы, заведующим ДОУ, подписывается родителями ребенка.

Разрабатывая индивидуальный образовательный план, администрация и педколлектив решает следующие задачи:

Определение индивидуальных потребностей ребенка в тех или иных материально-технических ресурсах. Подбор необходимых приспособлений, организация развивающей предметно-пространственной среды.

Определение формы обучения ребенка, режима пребывания в школе, общей учебной и внеучебной нагрузки, соответствующей возможностям и специальным потребностям ребенка в области получения образования.

Определение объема, содержания, основных направлений, форм организации психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи. Определение стратегии, форм и содержания коррекционно-развивающей работы с ребенком. Здесь же определяются критерии и формы оценки динамики познавательного и личностного развития ребенка, степени его адаптации в среде сверстников.

Определение необходимости, степени и направлений адаптации образовательной программы.

Решая данную задачу, школа опирается на данные комплексной психолого-педагогической диагностики (на уровне психолого-медико-педагогической комиссии и школы), которые позволяют прогнозировать степень освоения ребенком основной образовательной программы в разных предметных областях.

Диагностический период

Для адаптации детей в школе необходимо определить диагностический период. В связи с прогнозируемыми трудностями адаптации рекомендованный диагностический период составляет 3-4 недели. На этот период ставятся конкретные цели и задачи.

Первая задача данного периода — это динамическое наблюдение. Особое внимание требуется уделить наблюдению за особенностями поведения. Учителю и тьютеру необходимо научиться понимать, какие стимулы (инструкции, задания, ситуации) могут спровоцировать аффективные вспышки, негативные реакции и реакции отказа от деятельности. В то же время важно понять, в каких ситуациях ребенок чувствует себя комфортно, наиболее продуктивно работает и «включен» в происходящее.

Вторым важным аспектом динамического наблюдения, является выявление особенностей понимания речи. Как уже отмечалось ранее, дети с ООП отличаются специфическим восприятием устной речи. Поскольку программа средней школы предполагает усвоение огромное количество устного материала, важно точно понимать

- какую часть информации, подаваемой устно, понимает тот или иной ребенок;
- какие инструкции, лучше усваиваются и чаще выполняются:

—в какой форме должен быть задан вопрос, что бы он был усвоен.

В процессе динамического наблюдения на диагностическом этапе важно определить оптимальное время продуктивной работы для того или иного ребенка. Учителю важно понимать, какую часть урока, ребенок «включен» в происходящее, в какой момент необходимо дать отдохнуть, переключить на другую деятельность или вставить динамическую паузу.

Второй важной задачей диагностического периода является анализ материала пройденного в начальной школе. Все дети, поступающие в пятый класс, имеют разный опыт обучения (от индивидуального обучения до обучения и в специализированных классах) и разный уровень освоения программного материала. Для того, что бы построить программу обучения в пятом классе, необходимо изучить начальный уровень. Учителю важно понять, какие основные навыки и умения базового образовательного стандарта начальной школы сформированы. А так же, понять какие темы программного материала усвоены не достаточно и их необходимо продублировать. В то же время важно не упустить, что помимо знаний по программе, у детей должны быть сформированы универсальные учебные действия, поэтому важно определить, какие из учебных компетенций необходимо формировать.

Основная задача диагностического периода — адаптация детей к новым условиям. Для того что бы сгладить период адаптации, необходимо постепенно приучая детей к новому режиму, сделать акцент на организацию продуктивной деятельности и выполнение знакомых заданий.

Общий алгоритм деятельности команды в рамках разработки и реализации индивидуального образовательного маршрута:

Администрация школы вместе с координатором по инклюзии определяет, к какому учителю и в какой класс поступает ребенок. Так же определяется, какие специалисты психолого-педагогического сопровождения могут войти в междисциплинарную команду. Если в школе нет какого-либо специалиста, административная группа ищет возможные варианты привлечения дополнительных ресурсов (сотрудничество с ППМС) центром, привлечение волонтеров и т. д.). Заключается договор с родителями.

Планирование индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ при поступлении в первый класс школы начинается с тщательного сбора и анализа предварительной (первоначальной) информации о ребенке и его семье. Изучается документация: Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида (если есть инвалидность), заключение ПМПК, медицинская карта первоклассника (если ребенок поступает в 1 класс общеобразовательной школы), возможно — психолого-педагогические характеристики, предоставленные с согласия родителей (законных представителей) специалистами других образовательных учреждений.

На этапе сбора информации и целеполагания основная задача администрации и сотрудников школы — договориться с родителями об одной общей цели на определенный, «понятный» период времени — например, на один год. В беседе с родителями необходимо расставить приоритеты в развитии ребенка исходя из его возможностей в соответствии с ними учитель и вся междисциплинарная команда будут решать практические задачи в области обучения и социальной адаптации ребенка. При этом, подписывая договор о сотрудничестве, а затем, принимая участие в разработке индивидуального образовательного плана для своего ребенка, родитель должен осознать меру своей ответственности за качество жизни ребенка не только в кругу семьи, но и в школе.

Разработку индивидуального образовательного маршрута и соответственно — ИОП, предваряет диагностический этап, в процессе которого в течение двух (максимум — трех) недель пребывания ребенка в школе учитель и специалисты психолого-педагогического сопровождения проводят комплексную оценку его состояния на момент поступления в школу. Если специалисты школы затрудняются в выборе тех или иных форм и тактик диагностики, интерпретации полученных результатов, можно через координатора по инклюзии обратиться за консультацией к специалистам ПМПк. В результате, на заседании ПМПк по разработке ИОП выносятся заключения о психологических особенностях ребенка, сформированности у него учебных навыков, специфике взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Основная задача комплексной диагностики в данном случае — определить, какие образовательные потребности есть у ребенка, на какие его возможности можно опереться в первую очередь, какие из направлений деятельности учителя и специалистов являются самыми актуальными [27].

Разработка индивидуальной образовательной программы

В рамках организации индивидуально-ориентированной помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья (с инвалидностью) специалистами психолого-педагогического сопровождения и учителем, классным руководителем, возможно - учителями-предметниками под руководством заместителя директора по учебно-воспитательной работе (руководителя ПМПк) в рамках деятельности школьного психолого-педагогического кон)силиума разрабатывается Индивидуальная образовательная программа.

Индивидуальная образовательная программа является результатом проектирования индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ в рамках ОУ и продуктом

деятельности школьного психолого-педагогического консилиума

Основная цель ИОП — построение образовательного процесса для ребёнка с ОВЗ в соответствии с его реальными возможностями, исходя из особенностей его развития и образовательных потребностей.

Индивидуальная образовательная программа — документ, описывающий специальные образовательные условия для максимальной реализации особых образовательных потребностей ребенка с ОВЗ в процессе обучения и воспитания на определенной ступени образования.

Индивидуальная образовательная программа должна обладать следующими характеристиками:

- наличие «индивидуальной составляющей» целевого, содержания и технологического компонентов, предусматривающей успешность в образовательном процессе и отражающей интересы, возможности и потребности ученика;

- обеспечение реализации права учащегося и его законных представителей на выбор темпа достижения лично значимого результата;

- возможность адаптации программы к меняющимся запросам;

- ориентация учебно-воспитательного процесса на продуктивность, развитие индивидуальных особенностей учащихся.

Индивидуальная образовательная программа разрабатывается для следующих категорий обучающихся с особыми образовательными потребностями:

- дети с ОВЗ, получающие образование в форме индивидуального обучения на дому, в том числе дети-инвалиды;

- дети с ОВЗ, получающие образование в форме дистанционного обучения, в том числе дети-инвалиды;

- дети с ОВЗ, выбравшие профессиональный профиль обучения;

- дети с ОВЗ, обучающиеся в форме очного обучения во фронтальном режиме в рамках реализации инклюзивной практики.

Здесь следует отметить, что разработку и реализацию ИОП для последней категории обучающихся в настоящее время можно отнести к инновационным технологиям профессиональной деятельности педагогов, реализующих инклюзивную практику, т.е. обучающихся детей с различными нарушениями развития в классе совместно с условно нормативными детьми.

Структура ИОП для ребенка с ОВЗ

Обязательным компонентом Индивидуальной образовательной программы являются краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка, цель и задачи коррекционно-развивающей работы, содержание программы, а также требования к уровню подготовленности ребенка, которые позволяют оценить полноту реализации содержания ИОП на уровне динамики тех или иных составляющих его психофизического развития.

Оформление индивидуальной образовательной программы представляет собой:

- титульный лист программы с указанием наименования учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя обучающегося, год обучения), гриф утверждения руко) водителем, согласование с родителями и председателем ПМПк школы, указанием специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной образовательной программы;

- пояснительная записка, в которой излагается краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени, структура индивидуальной образовательной программы, её цели и задачи;

- индивидуальный учебный план;
- содержание программы;
- мониторинг достижений обучающегося, в котором конкретно сформулированы результаты реализации программы на уровне динамики показателей психического и психологического развития обучающегося и уровне сформированности ключевых компетенций;
- заключение и рекомендации, в котором формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года).

Структура ИОП для ребенка с ОВЗ максимально соответствует тем направлениям работы педагогического коллектива или группы учителей и специалистов, реализующих инклюзивную практику в школе, которые неизбежно возникают при разработке и сопровождении индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ в рамках одного образовательного учреждения.

Адаптация программного материала

Перед тем как начать составлять планирование по каждому предмету, необходимо определить нижнюю границу программных требований. Так как при составлении планирования мы опираемся на программу массовой школы, то требуется учитывать основные знания, умения и навыки, предполагаемые базовым уровнем программы по данному предмету. Для этого необходимо определить, какие из заложенных в программе учебных компетенций являются наиболее важными и повлияют на усвоение программы в будущем. При этом важно уделить особое внимание формированию универсальных учебных действий, поскольку,

их сформированность поможет преодолевать ту или иную дефицитарность при ус- воении программы.

В том случае, когда диагностический период был организован соответствующим образом, учителю не составит труда определение пропусков в программном материале за начальную школу. Темы, недостаточно проработанные в начальной школе, необходимо включить в планирование, для того что бы пробелы в формировании знаний, умений и навыков за начальную школу не отражались на дальнейшем усвоении программного материала.

Как только будет понятен базовый (минимальный) уровень освоения программы, будут определены навыки и умения, которые необходимо сформировать за учебный период можно приступить к написанию тематического планирования. Необходимо писать планирование поэтапно, не более чем на 1 четверть вперед. Разберем по поподробнее структуру планирования.

1.Тема

Определив нижнюю границу программных требований, а так же материал, пройденный в начальной школе, но требующий дополнительной проработки, не сложно будет определить основные темы на учебный период.

2.Элементы содержания

В этой графе необходимо описать конкретные навыки и понятия внутри темы, которые будут даваться на уроке. Для этого необходимо четко определить: с какими понятиями необходимо познакомить ребенка, какие знания и умения вы хотите, что бы ребенок усвоил. Учитель должен четко представлять «чему он хочет научить». Важно помнить, что мы учим только тому, что необходимо для усвоения программы в будущем.

3. Виды работы (приемы обучения)

После того, как вы определили «чему будете учить», необходимо понять «как будете этому учить». Для этого под каждый элемент содержания темы должен быть подобран способ преподнесения материала. При заполнении данной графы очень важно помнить несколько принципов:

- не начинаем спрашивать, пока не объяснили, не научили, не дали образец;

- то, что не подкреплено наглядностью или практическим действием не запоминается ребенком;

- все абстрактные понятия будут усвоены только через образец или алгоритм.

4. Индивидуальные требования к уровню подготовки учащихся

Вся программа обучения в классе должна строиться с учетом индивидуальных особенностей, определенных в индивидуальной программе обучения. Поэтому в этом пункте необходимо отразить ожидаемый индивидуальный уровень сформированности выбранных навыков. Здесь могут быть описаны условия, при которых данный навык считается сформированным (например: решает задачи на нахождение части от целого, с использованием калькулятора). Наибольший упор должен быть сделан на требования к сформированности универсальных учебных действий. Важно определить «что должен уметь конкретный ребенок» и «при каких условиях он должен это умение проявить».

5. Индивидуальный вид контроля

Здесь должны быть отражены требования индивидуальной программы обучения. Важно помнить, что для адекватной оценки знаний, умений и навыков важно подобрать адекватный вид контроля. Важно понимать, «как понятие усвоена ли та или иная тема» данным ребенком. Более подробно о том, какие виды контроля можно использовать вы поговорим далее.

6. Индивидуальное домашнее задание

Наличие у каждого ребенка специфических проблем и трудностей, определяет важность индивидуального подхода к определению домашних заданий. На наш взгляд, домашнее задание должно быть направлено на устранение пробелов в предшествующем программном материале, дополнительную проработку сложных тем, формирование индивидуальных компенсаторных механизмов. Важно, точно понимать «какое домашнее задание и зачем вы даете» именно этому ребенку.

Структура тематического планирования сходна с традиционной, однако в ней необходимо предусмотреть учет требований индивидуальной программы обучения.

Так как дети обучаются в одном классе, то тема урока, элементы содержания урок и приемы обучения остаются общие для всего класса. Не смотря на то, что у каждого из детей есть индивидуальная программа обучения, они все обучаются в одном классе. Поэтому очень важно, так подобрать размер задания, что бы дети заканчивали урок одновременно.

Со временем, в устоявшуюся структуру урока можно подключать новые элементы, такие как: работа в парах, работа у доски, работа над проектом и т.д.

14.4 Мониторинг достижений учащихся с особыми образовательными потребностями.

Все дети, обучающиеся в одном классе имеют индивидуальные результаты обучения. Именно индивидуальными достижениями должна определяться результативность.

В первую очередь, похвала, как положительная оценка учителя, может является более мотивирующей, чем полученная отметка в дневник. Однако для детей с ООП похвала, должна быть более эмоционально окрашена.

Для повышения самооценки и создания ситуации успеха рекомендуется использовать индивидуальную шкалу оценок, ориентированную не только на непосредственный результат, но и на уровень затраченных усилий, усердие и индивидуальный «рост» ребенка. Данная шкала опирается на результаты, заложенные в индивидуальный учебный план. Вариант этой шкалы необходимо обсуждать с родителями (законными представителями) ребенка.

С целью выведения более объективной итоговой отметки необходимо ежедневное оценивание работы ребенка, для того, чтобы единичная отметка за итоговый тест не стала решающей.

Развитие инклюзивного процесса в общем образовании состоит из ряда различных подпроцессов, многие из которых нуждаются в отслеживании. На решение этих задач направлен мониторинг. Обычно мониторинг служит задачам информационного обеспечения управления процессом развития инклюзивного образования, что позволяет обеспечить его дальнейший прогноз, своевременно решить какие-либо выявленные проблемы.

Мониторинг в образовании — это система сбора, обработки, хранения и распространения информации об образовательной системе или отдельных ее элементах, которая ориентирована на информационное обеспечение управления, позволяет судить о состоянии объекта в любой момент времени и может обеспечить прогноз его развития.

Мониторинг в школе — это система организации сбора, хранения, обработки, анализа и распространения информации о деятельности школы, обеспечивающая непрерывное слежение за состоянием одной или нескольких систем образовательного учреждения и прогнозирование их развития. Мониторинг проводится в тех случаях, когда необходимо получение достоверной информации о состоянии и деятельности системы. Полезность информации, полученной в ходе

мониторинга, приобретает чрезвычайное значение с двух позиций: с точки зрения потребностей управления (на разных уровнях системы) и с точки зрения потребителей информации — педагогов, учащихся, родителей, социума в целом.

В условиях инклюзивной школы мониторингом должны сопровождаться следующие процессы:

1) динамика в количестве учащихся, нуждающихся в создании специальных условий для освоения ими основной образовательной программы школы;

2) динамика в количестве учащихся, не освоивших основную образовательную программу;

3) состояние образовательной среды (включая специализированные средства для детей с двигательными и сенсорными нарушениями) в образовательных учреждениях;

4) опрос педагогов о затруднениях при организации учебновоспитательного процесса; по взаимодействию с родителями и др.

На основании аналитического отчета о проведенном мониторинге директор школы принимает управленческие решения о необходимых изменениях и планирует следующие действия по развитию того или иного процесса или объекта. В целом от постоянного наблюдения и анализа изменений во многом зависит качество инклюзивного процесса в школе [26, С.104-108].

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ СУБЪЕКТОВ ИНКЛЮЗИВНОЙ ПРАКТИКИ

Краткое содержание темы. Субъекты инклюзивной практики. Структура психолого-педагогического сопровождения. Технология сопровождения ребенка с ОВЗ в общеобразовательной школе учителем-дефектологом. Технологии индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ учителем-логопедом. Особенности организации индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ педагогом-психологом. Особенности работы тьютора. Психолого-педагогическое сопровождение родителей ребёнка с ОВЗ. Система поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику.

15.1 Субъекты инклюзивной практики

В каждой деятельности есть субъекты или участники, которые осуществляют сам процесс. В инклюзивной практике, также можно охарактеризовать основных участников инклюзивной практики, в той или иной степени включенных в процесс психолого-педагогического сопровождения.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья.

Это ребенок, по результатам обследования на психолого-медико-педагогической комиссии, нуждающийся в разработке индивидуального образовательного маршрута, его основного элемента — индивидуальной образовательной программы, включающей в себя такие компоненты как индивидуальный учебный план, адаптированный учебный материал, психолого-

педагогическое сопровождение, а также организации специальных образовательных условий получения образования и социализации, то есть реализации индивидуального образовательного маршрута.

При этом сами особенности психофизического состояния и развития ребенка определяют особенности индивидуализации образовательного маршрута, особенности адаптации учебного материала, варьирование объема психолого-педагогического сопровождения и «набора» специалистов его реализующего. Важным аспектом индивидуализации образования ребенка является спецификация (перечень) необходимых для него специальных образовательных условий, которые определяют эффективность психологопедагогического сопровождения, и саму реализацию индивидуального образовательного маршрута.

Здоровые дети, включенные в то же самое образовательное пространство, которое после появления ребенка с ОВЗ, нуждающегося в организации специальных условий образования приобретает свойство «инклюзивного». Эти дети также будут нуждаться в определенном психолого-педагогическом сопровождении, хотя и несколько иного плана.

Важно понимать, что дети окружающего нашего включаемого ребенка не являются по отношению к нему однородным «коллективным субъектом». Некоторые из них с различной степенью негативности относятся к ребенку с ОВЗ, другие — нейтральны — он для них как бы не существует. Третьи, возможно, испытывают позитивные чувства и положительное отношение. В этой неоднородной межличностной ситуации предельно важно обеспечить как оценку межличностных отношений в детском коллективе, так и разработать ряд психолого-педагогических мероприятий, позволяющих минимизировать негативные отношения и использовать позитивные отношения для создания не просто толерантной образовательной среды, но эффективного

включения создаваемых позитивных отношений в структуру комплексного психолого-педагогического сопровождения [28, С. 38-39].

Координатор. Перед руководством образовательного учреждения, вступающего на путь инклюзии, встает и другая задача — адаптация всех участников образовательного процесса — родителей, детей, педагогов к меняющимся социальным условиям. В связи с этим в штате образовательных учреждений появились новые специалисты — координаторы по инклюзии, или координаторы по особым образовательным потребностям (данный термин используется в некоторых англоязычных странах). Координатор по инклюзии — основной «носитель» информации и руководитель (завуч) организации инклюзивного образовательного процесса.

Основной целью в работе координатора является обеспечение эффективного взаимодействия всех субъектов инклюзивного образовательного процесса, что является одним из важнейших условий успешного включения детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей в среду образовательного учреждения, адаптации образовательного учреждения к новым условиям функционирования.

Координатор осуществляет следующие конкретные шаги:

- изучает и анализирует законодательные акты и другие нормативные документы различных уровней управления, касающиеся инклюзивного образования, по мере необходимости предоставляет информацию о регламентирующих документах директору школы и другим членам администрации;

- собирает информацию о научных исследованиях и научно-методических разработках в области инклюзивного образования, по необходимости предоставляет информацию членам администрации и педагогического коллектива образовательного учреждения;

- осуществляет совместное планирование деятельности педагогического коллектива в направлении развития инклюзии в самом образовательном учреждении: совместно с заместителями директора по учебно-воспитательной и научно-методической работе, руководителями структурных подразделений составляет расписание и определяет нагрузку воспитателей, учителей, специалистов сопровождения; анализирует рациональность использования рабочего времени сотрудников и имеющейся материальной базы (помещений, пособий, оборудования и т.д.); планирует и организует проведение мероприятий по повышению профессиональной компетентности (мастерские педагогические и профессиональные студии и мастерклассы, взаимопосещение уроков и т. п.);

- на основе анализа состояния дел в учреждении совместно с другими представителями администрации ОУ разрабатывает стратегию дальнейшего развития образовательного учреждения;

- по запросу администрации или сотрудников ОУ приглашает специалистов из органов управления образования, других образовательных учреждений и общественных организаций для решения актуальных проблем, касающихся психолого-педагогического сопровождения интегративного (инклюзивного) процесса в образовательном учреждении;

- помогает педагогам в описании опыта практической инновационной деятельности в режиме инклюзивного образования, информирует и помогает участвовать в конкурсах профессионального мастерства различных уровней (городских, региональных и др.);

- по запросу органов управления образования формирует статистические и качественные отчеты о ходе работы по включению детей с ОВЗ в образовательный процесс.

Безусловно, такой специалист чаще всего берет на себя функции менеджера в образовании, выбирая наиболее эффективный путь установления взаимовыгодных отношений

сотрудничества между всеми участниками образовательного процесса [31, С.48; 30].

Педагогический коллектив. Одним из решающих условий модернизации образования является обеспечение образовательного процесса квалифицированными педагогическими кадрами. Еще одним субъектом инклюзивной практики, нуждающимся в психолого-педагогическом сопровождении являются непосредственные участники инклюзивного образования — т.е. педагогический коллектив общеобразовательного учреждения. Педагогов следует рассматривать как особых субъектов сопровождения, поскольку они сами непосредственно включены в инклюзивное образование как специалисты, но, в то же время, в силу специфики своей профессиональной подготовки нуждаются в помощи и поддержке со стороны специалистов школьного консилиума, обладающих специальными знаниями и умениями в отношении различных категорий детей с ОВЗ.

Профессиональная деятельность педагогов инклюзивного образования выходит за рамки традиционной учительской деятельности, тесно взаимодействуя и переплетаясь с различными видами социально-педагогической, реабилитационной, консультативно-диагностической, психотерапевтической, собственно коррекционной и другими видами «не учительской» деятельности, будучи направленной к одной цели - содействию человеку с ограниченными возможностями жизнедеятельности в его социальной адаптации и интеграции средствами специального образования.

Коррекционная работа с детьми с ограниченными возможностями предъявляет особые требования к профессиональной готовности педагогов.

«Чем ниже уровень психического развития ребенка, тем выше должен быть уровень образования учителя», - писал в начале XX в. известный немецкий педагог-дефектолог П. Шуман.

Для выполнения своих функциональных обязанностей, определенных моделью коррекционно-педагогической деятельности, педагог должен обладать определенными знаниями, умениями, навыками, качествами и нравственными ценностями, большинство из которых он приобретает в процессе подготовки к своей будущей деятельности, - иными словами, определенным уровнем профессиональной компетентности, который позволит ему эффективно осуществлять свою деятельность.

Тьютор. В школах, где инклюзивная практика уже внедрена, действуют различные схемы организации учебного процесса. В соответствии с ними тьютор может выполнять три совершенно разные организационные задачи:

1. Тьютор — персональный сопровождающий ребенка с ОВЗ

По оценкам специалистов более реальной в ближайшее время представляется картина, когда учитель инклюзивного класса не является специалистом в области нарушения развития детей, а тьютор наоборот, имеет соответствующее специальное образование. В таком случае тьютор берет на себя функцию специалиста, который тонко и четко выстраивает учебный процесс в среде класса, помогая учителю приспособиться к особенностям включенного ребенка, не снижая при этом качества образования всего класса.

От тьютора, как равноправного специалиста ПМПк может потребоваться адаптация учебной программы к возможностям ученика с особенностями развития.

В этом случае тьютор следит за тем, что излагает учитель, и подает материал в объеме и на уровне, понятном подопечному. Ребенок при этом находится в классе, слушает и учителя, и ответы учеников, но выполняет то количество заданий, которые может. Процесс активности ученика находится под контролем тьютора. Таким образом, тьютор как бы берет под контроль

обучение своего подопечного, постепенно расширяя его знания, все более «встраивая» его в образовательный процесс урока.

2. Тьютор — помощник учителя.

Другой вариант предусматривает помощь тьютора в организационных моментах, но при этом учебная нагрузка формируется учителем класса. В этом случае от тьютора может потребоваться помощь и другим ученикам, например, собрать у всех детей тетради, поддержать дисциплину класса во время выполнения задания учителя. Учитель же в это время уделяет внимание подопечному тьютора. Если учитель стремится занимать максимально лидерскую позицию в учебной деятельности ученика с особенностями развития, а тьютор при этом не имеет специального образования (дефектология, специальная или клиническая психология и т. п.), то в такой паре самое оптимальное — стать для учителя помощником в реализации его идей относительно обучения ребенка с особенностями развития.

3. Тьютор — второй учитель в классе. Такой подход распространен в американских школах. В силу того, что признание ребенка не способным учиться самостоятельно считается нарушением его прав, в классе, где учится ребенок с особенностями развития, работают два учителя, которые попеременно помогают учиться всем детям, но ребенку с особенностями развития — в большей степени.

Так или иначе, тьютор и учитель могут придерживаться разных вариантов. По сути, они становятся одной командой, в которой учитель может играть ведущую роль, либо тьютор может выступать в роли эксперта в отношении обучения ученика с особенностями развития, а учитель придерживается рекомендаций тьютора во время ведения урока.

В современных казахстанских инклюзивных школах функцию тьютора выполняет педагог-дефектолог, который включает широкий спектр соответствующих педагогических

профилей: тифлопедагог, сурдопедагог, олигофренопедагог, логопед, педагог для работы с детьми дошкольного возраста с отклонениями в развитии, специалист по раннему вмешательству, специалист коррекционно-развивающего обучения, специальный психолог, воспитатель дошкольного или школьного (школы-интерната) специального образовательного учреждения [30, С.52].

15.2 Структура психолого-педагогического сопровождения [28]

В современной инклюзивной практике во всем мире разработаны различные модели психолого-педагогического сопровождения участвующих в данном процессе субъектов. Из них более близкая или оптимальная модель для применения в Казахстанских школах, это - модель предложенная С.В. Алехиной и М.М.Семаго.

Согласно данной модели, психолого-педагогическое сопровождение характеризуется как помощь ребенку в преодолении возникающих трудностей в школьной среде или при овладении образовательной программы, в поиске путей решения проблем, которые встречаются при организации образовательно-воспитательного процесса. Также это - формирование и создание условий для успешной адаптации к образовательной среде, обеспечение командной работы специалистов различных профилей, которые и будут осуществлять эту психолого-педагогическое сопровождение.

Суть психолого-педагогического сопровождения соответствует идее зарубежной гуманистической психологии. Когда речь идет о понятии «сопровождение» это следует понимать, что это касается только ребенка с ОВЗ или ребенка имеющего статус инвалидности, но и другие учащиеся,

участвующие в процессе инклюзивного обучения, также нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении. То есть, все субъекты данного инклюзивного образовательного пространства, это другие дети класса или группы, родителей всех детей, так же все другие представители педагогического коллектива, реализующего это образование, попадают в категорию лиц, которым необходимо оказывать психолого-педагогическую поддержку.

Сам процесс психолого-педагогического сопровождения состоит из целостной деятельности всех участников образовательного процесса. А целостность данной деятельности определяется следующими основными взаимосвязанными компонентами:

- систематическим отслеживанием психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития в процессе обучения;
- созданием социально-психологических условий для развития личности каждого ребенка, успешности его обучения;
- созданием специальных социально-психологических и образовательных условий для сопровождения и помощи в обучении и развитии детей с особыми образовательными потребностями.

Такие условия обучения создаются не только для ребенка с ООП, но и для всех остальных детей, включенных в инклюзивное пространство класса.

Это оптимальная адаптация детей к воздействиям образовательной среды; также создание и поддержание условий для эффективности образовательных воздействий путем определения индивидуальных образовательных возможностей ребенка. Т.е. специально организованного «доразвития» (в рамках индивидуально-ориентированного обучения и реализации коррекционно-развивающих программ).

Рассмотрим технологии сопровождения субъектов инклюзивного образовательного пространства, согласно модели С.В. Алехиной и М.М.Семаго [29].

15.3 Технология сопровождения ребенка с ОВЗ в общеобразовательной школе учителем-дефектологом

Имеющиеся опыты психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), включенных в общеобразовательную школу показывают, что большинство учащихся испытывают либо большие трудности при обучении, либо не в состоянии овладеть даже минимальными требованиями образовательной программы.

Поэтому, при возникающих проблемах, одним из главных направлений деятельности учителя-дефектолога в общеобразовательной школе является решение задач по вопросам обучения и воспитания детей, трудности которых носят стойкий характер и требуют постоянной специализированной помощи и предоставление специальных условий обучения.

Значит, основная цель деятельности учителя-дефектолога – это максимальная образовательная адаптация ребенка с ООП в школьной среде, а также обеспечение своевременной квалифицированной помощи учащимся, которые испытывают выраженные трудности в обучении в условиях общеобразовательной школы.

Учитывая, что в общеобразовательную школу могут интегрироваться дети с различными видами нарушений, необходимо определить формы и содержание работы учителя-дефектолога, которые будут отличаться своей спецификой в зависимости особенностей развития детей.

Например, работа с детьми с задержкой психического развития должна включать такие направления, как нормализация ведущей деятельности; оказание своевременной поддержки при преодолении трудностей в овладении учебными материалами, знаниями, умениями и навыками предусмотренных программой.

При работе с детьми, имеющими нарушение слуха, главное, необходимо обращать внимание на развитие слухового восприятия и на развитие остаточного слуха; развитие разговорной речи и развитие коммуникативной функции речи; также, на развитие познавательной деятельности.

Содержание работы с детьми, имеющих нарушение зрения, должна учитывать развитие зрительного восприятия; сенсорное развитие; развитие ориентировки в пространстве; развитие социально-бытовой ориентировки, которые играют немаловажную роль в повседневной жизни каждого ребенка.

Содержание работы с детьми, имеющих нарушение речи, включает расширение и обогащение словарного запаса; развитие познавательной деятельности; развитие пространственного восприятия и зрительно-моторной координации и развитие мелкой моторики, что является одним из главных условий для развития речи.

Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, нуждаются в работе по развитию ориентировки в пространстве; развитию зрительно-моторной координации и общей моторики;

И еще одна категория детей, которых, к сожалению, очень сложно адаптировать, это дети с расстройствами аутистического спектра. В работе с данной категорией детей, необходимо, в первую очередь, развивать коммуникативную функцию общения; сенсомоторное развитие; развитие активной познавательной деятельности и развитие пространственной ориентировки.

Формами работы, обычно являются групповые занятия — работа с группой учащихся, объединенных общими коррекционно-образовательными потребностями, выявленными в ходе диагностического обследования; а также, эффективны индивидуальные занятия, они, кстати, считаются наиболее оптимальной формой работы с учащимися, которые имеют выраженные нарушения развития, соответственно предпочтительной формой работы.

Специалист, имея квалификацию учителя-дефектолога должен быть компетентным в вопросах тифлопедагогики, сурдопедагогики или олигофренопедагогики и т.д., так как, дети соответствующих категорий, в обязательном порядке будут нуждаться в квалифицированной помощи такого специалиста.

Работа учителя-дефектолога ориентируется на индивидуальный-дифференцированный подход внутри каждой категории детей с ОВЗ с целью определения индивидуальных методов и способов коррекционной работы.

Также необходимо помнить, что успех коррекционно-педагогического воздействия основывается на комплексном взаимодействии всех участников образовательного процесса. Таким образом, обязательной задачей учителя-дефектолога является привлечение к процессу коррекционно-развивающего обучения родителей, педагогов, специалистов сопровождения и администрации образовательного учреждения.

Сопровождение детей с ОВЗ различных категорий учителем-дефектологом реализуется в следующих направлениях:

1. Диагностическое:

Цель - определение уровня актуального развития ребенка, выявление причин и механизмов трудностей в обучении, а также определение мер коррекционного воздействия. Данное направление предполагает:

а) предварительную беседу с педагогами по выявлению детей, нуждающихся в специализированной помощи;

б) педагогическое наблюдение за учащимися в учебной ситуации и во время режимных моментов;

в) проведение индивидуальной диагностики с использованием специальных методов, способов и приёмов;

г) проведение этапной диагностики (с целью выявления динамики развития учащегося, а также правильности выбора методик и стратегий оказания специализированной помощи);

д) проведение текущей диагностики с целью корректировки индивидуальной коррекционной программы и выявления возможных дополнительных трудностей;

е) проведение итоговой диагностики. Проводится в конце коррекционного курса и определяет результативность и эффективность коррекционной работы на развитие учебнопознавательной деятельности детей.

На каждого учащегося, нуждающегося в сопровождении учителя-дефектолога составляется заключение и рекомендации по составлению индивидуального образовательного плана. Все результаты обсуждаются на заседаниях ПМПк образовательного учреждения, в результате которого разрабатывается компонент индивидуальной образовательной программы. Данные обследования сообщаются родителям ребенка, совместно обсуждается план предстоящей работы.

2. Коррекционное:

Цель — определение содержания и форм коррекционной развивающей работы; а также непосредственно проведение комплекса мер по преодолению недостатков и трудностей в обучении.

Задачи:

- нормализация ведущей деятельности;
- сенсорное и сенсомоторное развитие;
- формирование пространственновременных отношений;

- развитие познавательной деятельности в соответствии с возрастом и программой обучения;
- формирование знаний, умений и навыков, необходимых для усвоения программного материала;
- формирование универсальных учебных действий, нормализация ведущей деятельности возраста;
- формирование и расширение представлений об окружающей действительности;
- развитие речи на основе ознакомления с окружающим миром;
- формирование школьных компетенций (школьное поведение, навыки учебной деятельности);
- формирование навыков социального взаимодействия.

Данное направление предполагает:

а) изучение заключений и рекомендаций специалистов ПМПк образовательного учреждения с целью составления индивидуального образовательного плана и индивидуальной коррекционной программы для учащихся, нуждающихся в сопровождении;

б) составление индивидуальной коррекционной программы с указанием целей, задач и сроков реализации;

в) реализация коррекционноразвивающей работы посредством индивидуальной или групповой формы работы. Занятия проводятся не меньше, чем два раза в неделю.

Коррекционная работа учителя-дефектолога строится на основе программ для общеобразовательных учреждений, с использованием коррекционных методик по каждому направлению работы.

3. Аналитическое:

Цель — проведение анализа процесса коррекционного воздействия на развитие учащегося и оценку его эффективности, а также анализа и оценки взаимодействия специалистов

Данное направление предполагает:

а) проведение анализа по созданию специальных условий для обучения и развития детей с ОВЗ;

б) проведение анализа качества взаимодействия специалистов сопровождения с другими участниками образовательного процесса;

в) анализ коррекционно-развивающей работы с целью внесения изменений и дополнений в индивидуальную программу;

г) осуществление (на основе проделанного анализа) работы по преодолению недостатков процесса психологопедагогического сопровождения в рамках образовательного учреждения.

4. Консультативно-просветительское:

Цель — обеспечение сотрудничества и взаимодействия между всеми участниками коррекционного и образовательного процесса.

Данное направление предполагает:

а) выявление запроса педагогов на оказание методической помощи, на основании которого проходит:

- наблюдение учебного процесса;

- совместное обсуждение проблем развития и образования учащихся с ОВЗ;

- совместное составление индивидуального учебного плана и индивидуальной программы обучения;

- разработка методических рекомендаций по вопросам развития и обучения детей с ОВЗ;

- информирование об инновационных разработках в сфере помощи детям с трудностями в обучении, а также проведении различных мероприятий;

- проведение открытых занятий, совместных уроков, методических объединений, профессиональных встреч;

- рекомендации по использованию методической литературы и интернет-источников.

б) оказание помощи родителям по вопросам воспитания, развития и обучения ребенка:

- проведение личных встреч с целью информирования и расширения представлений о психофизических особенностях ребенка, а также по предотвращению вторичных нарушений;

- информирование родителей о школьных проблемах ребенка;

- участие в родительских собраниях;

- разработка методических рекомендаций по оказанию коррекционной помощи в рамках семьи;

- совместное составление индивидуального учебного плана и индивидуальной программы обучения;

- информирование об источниках дополнительного сопровождения и оказания психологопедагогической помощи;

- информирование о мероприятиях, организованных для родителей;

- проведение открытых занятий.

Надо отметить, что деятельность учителя-дефектолога не только оценивается как компонент психологопедагогического сопровождения, но максимально включается и непосредственно в разработку индивидуальной образовательной программы, является базисом для адаптации ИОП в соответствии с возможностями ребенка.

15.4 Технологии индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ учителем-логопедом

Одной из наиболее важных сторон деятельности группы специалистов сопровождения по включению ребенка с ОВЗ в образовательное пространство школы является работа учителя-

логопеда. Наиболее часто именно речевые проблемы у ребенка становятся основными, из-за которых детский коллектив не принимает такого ребенка, они же являются главными объектами насмешек сверстников. Зачастую, именно логопедические проблемы затрудняют развитие общения между детьми, а также создают значительные трудности в усвоении знаний, умений и навыков ребенком с ОВЗ. В таком случае работа логопеда выходит на первый план и становится краеугольной в дальнейшем успешном включении ребенка в образовательное пространство школы.

Работа учителя-логопеда в общеобразовательной школе состоит из ряда *последовательных этапов*.

1 этап — диагностика индивидуальных особенностей речевого развития ребенка с ОВЗ;

2 этап — составление учителем-логопедом индивидуальной карты речевого развития ребенка.

3 этап — обязательное участие учителя-логопеда в психолого-педагогическом консилиуме школы, в том числе, разработка совместных рекомендаций по поддержке педагога;

4 этап — организация индивидуальной и групповой логопедической работы с детьми, нуждающимися в логопедической коррекции;

5 этап — мониторинг речевого развития каждого ребенка, имеющего проблемы логопедического характера;

6 этап — индивидуальные консультации специалистов (педагогов, психолога, дефектолога по необходимости) и родителей, всех участников учебно-воспитательного процесса по вопросам организации речевого режима ребенка в школе и дома.

Основные цели и задачи деятельности учителя-логопеда

Цель: исправление недостатков устной речи и развитие высших психических функций, участвующих в процессе письма и чтения.

Задачи:

- коррекция нарушения в развитии устной и письменной речи учащихся;
- своевременное предупреждение и преодоление трудностей в освоении учащимися общеобразовательных программ;
- разъяснение специальных знаний по логопедии среди педагогов, родителей (законных представителей учащихся).

Работа учителя-логопеда, с одной стороны, определяется общими стратегическими целями и задачами школы и находится в соответствии с государственными стандартами образования. С другой стороны, учитель-логопед следует частным чисто профессиональным целям и задачам, которые определяют основные направления деятельности, оказывая, прежде всего помощь детям, испытывающим трудности при освоении общеобразовательных программ (прежде всего по русскому языку), содействуя учителям в учебно-воспитательной работе с данной категорией детей, что в итоге способствует активизации общеобразовательного процесса.

Логопедическая работа необходима учащимся, имеющим нарушения в развитии устной и письменной речи на родном языке, которые препятствуют успешному освоению общеобразовательных программ.

Таким образом, основной задачей школьного логопеда является предупреждение неуспеваемости различных нарушений устной и письменной речи.

Содержание логопедической работы

Согласно графику работы систематически проводятся индивидуальные и фронтальные логопедические занятия при этом осуществляются следующие направления работы: профилактика и раннее выявление нарушений чтения и письма; развитие графо- моторных навыков, зрительно-моторного слежения, пространственных, временных представлений; отработка артикуляционно-фонетической стороны речи;

развитие фонематического слуха и восприятия, языкового анализа и синтеза; постановка звуков, введение последовательно звуков в речь; дифференциация звуков и букв в письменной речи; закрепление графических образов букв, закрепление связи звука и буквы; расширение и уточнение словарного запаса, работа над морфемным анализом, словообразованием и словоизменением; работа над грамматическим строем речи, грамматическим оформлением устного и письменного высказывания; работа над связной устной и письменной речью; автоматизация навыка чтения, работа над интонацией, выразительностью и темпом чтения, пониманием прочитанного.

Коррекционная логопедическая работа с учащимися 1х классов ориентирована, в первую очередь, на: упражнение в дифференцировании оппозиционных групп звуков на слух и в произношении; знакомство со всеми гласными буквами и правилами их написания; дифференциация гласных и согласных; формирование действий изменения слов. Свободное оперирование звуковыми и графическими моделями слов; формирование грамматически правильной связной речи. Развитие словаря; обогащение, закрепление и активизация словаря именами существительными, глаголами, прилагательными, наречиями; работа над пониманием значения синонимов, антонимов, омонимов и многозначных слов в разных частях речи; развитие обобщающих понятий, классификация предметов; работа над формированием связной речи; словообразовательная работа. Систематизация знаний детей о способах словообразования.

Коррекционная логопедическая работа по профилактике и устранению нарушений письма и чтения у учащихся 2-4 классов представляет собой: коррекцию на фонетическом уровне; предупреждение и исправление акустических дисграфий; фонематический анализ слов; формирование фонематического восприятия; дифференциацию фонем, имеющих акустико —

артикуляционное сходство; коррекционную работу на лексическом уровне; выявление активного словарного запаса учащихся; слоговой анализ и синтез слов. Типы слогов. Ударение в слове; безударные гласные; состав слова (морфемный анализ и синтез слов); словосочетание и предложение. согласование различных частей речи в числе, в роде. Управление; закрепление падежных форм; связь слов в предложении и словосочетании; пропедевтику нарушения письменной речи; работу над связной речью; предупреждение и коррекцию оптической дисграфии; дифференциацию букв, имеющих кинетическое сходство.

Естественно, что все перечисленные направления и особенности логопедической работы находятся в прямой зависимости от особенностей недостаточности или нарушения речевой деятельности ребенка.

Еще одним из направлений логопедической работы с детьми, имеющими нарушение речи, является работа учителя-логопеда с родителями. Сотрудничество логопеда с семьёй является необходимым условием успешного обучающего воздействия на ребёнка.

Главной задачей логопеда при взаимодействии с семьёй ребёнка с нарушением речи является не только выдача рекомендаций по коррекции речи и воспитанию ребёнка, но и создание таких условий, которые максимально стимулировали бы членов семьи к активному решению возникающих проблем. В таких случаях родители, выработанные в процессе сотрудничества с логопедом решения, считают своими и болееохотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребёнка.

К концу обследования детей, в конце сентября, логопед организует индивидуальные консультации с родителями. По результатам обследования логопед сообщает родителям характер отклонений в речевом развитии ребёнка и перспективы

их исправления. Важно в доступной форме раскрыть необходимость совместных усилий в преодолении данного речевого дефекта. Логопед рассказывает о плане работы в первый период обучения, его задачах и содержании. Необходимо проинформировать родителей в индивидуальном порядке о решении ПМПК по поводу дальнейшего обучения их ребенка в общеобразовательной школе.

Целесообразно подвести итоги за весь период логопедической работы специалиста с ребенком, раскрыть основные пути дальнейшего коррекционного обучения. Следует дать характеристику речевого и общего развития каждого ребёнка, рассказать об успехах детей и трудностях, которые возникали в процессе коррекционных занятий и на которые следует обратить особое внимание.

15.5 Особенности организации индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ педагогом-психологом

Психолог, как член школьного консилиума, в инклюзивной практике работает практически со всеми субъектами образовательного процесса, то есть, в отличие от учителя-логопеда и дефектолога ориентирован и на всех детей инклюзивного образования, и на родителей детей с ОВЗ, и на всех остальных родителей. В соответствии с этим можно выделить направления деятельности психолога с различными субъектами образовательного процесса. Традиционно на первом месте стоит диагностическое направление.

Технология сопровождения ребенка с ОВЗ в рамках компонента ИОП заключается, по крайней мере, в двух основных аспектах:

1. Технология формирования базовых предпосылок учебной деятельности (формирование произвольного

компонента деятельности и формирование пространственно-временных представлений) в соответствии с уровнем и особенностями психического развития ребенка и характера его нарушений (типом отклоняющегося развития).

2. Другой вид психологической помощи представляет собой технологию социальной адаптации ребенка в среде сверстников, а также в целом в пространстве образовательного учреждения. Эта технология направлена, в первую очередь, на формирование представлений, навыков и компетенций социального взаимодействия ребенка с окружающими детьми и взрослыми. Это своеобразное построение «границ» коммуникации, умение строить взаимодействие с окружающими, понимать их эмоции (что особенно актуально не только для детей с расстройствами аутистического спектра, но и для детей с нарушениями зрения и слуха).

Именно эта технология должна помочь ребенку (и всем окружающим его детям) стать полноправным членом детского сообщества, то есть быть адаптированными социально.

Психолог, оценивая операциональные характеристики деятельности ребенка - его темп, работоспособность, продуктивность деятельности, уровень активного внимания и т.п., разрабатывает рекомендации для педагога о дозировании объема учебных нагрузок, объема учебного материала с учетом продуктивной работоспособности ребенка, чередовании различных видов деятельности в процессе организации урока, о темпе подачи учебного материала и необходимости учета темпа деятельности самого ребенка при фронтальной работе в классе.

15.6 Особенности работы тьютора

Сопровождение ученика может осуществляться в течение всего периода обучения, но всегда надо ориентироваться на

возможность самостоятельного обучения ребенка с особенностями развития в среде класса.

Можно описать последовательность этапов движения от сопровождения к самостоятельности:

1. Ученик и тьютор сидят вместе за партой, тьютор помогает ребенку во всем.

2. Ученик сидит один, а затем (или сразу) с другим учеником класса, тьютор — сзади или поодаль.

3. Тьютор приходит не на все уроки, а только на те, на которых без него не обойтись (например, на письменные).

4. Тьютор приходит не каждый день.

5. Ребенок учится самостоятельно.

Конечно, полный выход тьютора из системы отношений иногда может быть невозможным, но надо всегда помнить, что это — идеальная цель и стремиться к ней. В очень большом количестве случаев не столько ребенок не может быть самостоятельным, сколько взрослые не могут дать ему возможность быть самостоятельным. Бывает и такая ситуация, когда ребенок с особенностями развития по интеллекту может опережать сверстников.

Роль тьютора в организации жизненного пространства ученика с особенностями развития включает в себя разнообразные аспекты школьной жизни, особенно первое время. По отношению непосредственно к самому ребенку тьютор формирует доверительные и эмоционально насыщенные отношения с подопечным, в начале работы становится «проводником», защитником, выразителем желаний и вместе с тем организующей и гармонизирующей силой. Он обязан следить за состоянием ребенка: помогает разрешить конфликтные ситуации, успокаивает, воодушевляет и т. п.; если нужно отдохнуть — может вывести из класса в игровую комнату; в туалет и т. п. В первую очередь, тьютор участвует в координации общей деятельности ученика, дозирует учебную

нагрузку. В взаимодействии с педагогом класса тьютор договаривается с учителем о целях и задачах своей работы; о возможных трудностях (посторонний шум во время переговоров тьютора и подопечного ученика, о возможных уходах с урока и возвращении; об особенностях характера и специфике поведенческих проявлений ребенка. Важным является договоренность об эффективном выстраивании взаимодействия в тройке: ребенок-учитель-тьютор.

В отношении других детей в задачи тьютора входит следить за тем, что происходит в детском коллективе — о чем дети говорят, во что играют, Объяснении детям, как общаться с их одноклассником. Если тема касается особенностей подопечного ребенка, то тьютору приходится отвечает на их вопросы.

Так как ребенок с особенностями развития создает вокруг себя особое пространство (включая еще и взрослого человека — тьютора), то его необходимо «вписать» в общее пространство. В классе ребенка необходимо посадить таким образом, чтобы он не был «на галерке», но и не занимал центральную часть, так как может отвлекать остальных учеников. Если тьютору необходимо сидеть рядом с учеником, то оптимальным будет место ученика в правом или левом ряду (если в классе три ряда парт), на второй или третьей парте. При этом за партой ребенок должен сидеть ближе к среднему ряду, а не к окну или к стене — это место для тьютора. Нередко ученика приходится выводить с урока по ряду объективных причин (туалет, усталость, неконтролируемое яркое эмоциональное состояние). Поэтому важно найти такое место, чтобы уход с урока и возвращение не сильно отвлекали остальных детей. Рабочее место должно быть помечено определенным образом (обычно, в начальной школе это делают с помощью цветных кружков или картинок). Возможно, у ребенка есть любимый персонаж или изображение любимого предмета. Наличие такой картинки

поможет снизить тревогу или быть подспорьем во время обучения. Для слабослышащего или слабовидящего ученика необходимо подобрать место таким образом, чтобы он мог хорошо видеть и слышать учителя.

Учитывая индивидуальные особенности поведения ребенка, необходимо продумать маршрут и трудности, которые могут возникнуть во время пребывания ребенка в рекреации во время перемены, на улице (уроки физкультуры, прогулки во время продленки), в столовой, в спортзале, в раздевалке, на лестницах между этажами, в туалете. Так для ребенка с расстройствами аутистического спектра, возможно, понадобится выделить отдельное время, когда он сможет бывать в туалете, вне зависимости от занятий и без других детей.

Само включение ребенка с особенностями развития в образовательный процесс в школе проводится при непосредственном участии тьютора и в несколько этапов:

1. Знакомство тьютора с педагогом класса, под руководством которого будет учиться ребенок.

2. Знакомство тьютора с сопроводительными документами ребенка.

3. Знакомство с родителями и ребенком. Обсуждение того, что ребенок умеет, что может делать сам. Обязательное согласование с родителями моментов, связанных с питанием и медицинской помощи ребенку в школе.

Эти три этапа желательно осуществить до начала занятий в школе.

4. Совместно с учителем (по необходимости и с психологом) нужно:

- выбрать место в классе, где будет сидеть ребенок (иметь в виду, что оно может измениться); обсудить, где будет сидеть тьютор (рядом с учеником, поодаль);

- детально продумать маршрут сопровождения ребенка (например, где встретить ребенка — у дверей школы или после

того, как ребенок переоденется в раздевалке и попрощается с родителями; что ребенок и тьютор делают дальше — поднимаются в класс или идут сначала в туалет и т. д.);

- обсудить, какая необходима помощь ребенку: тьютор сам, по ситуации решает, что нужно, либо выполняет инструкции учителя; тьютор помогает ребенку только на уроке, или же и на переменах тоже и т. д.

5. Совместно с учителем, с психологом и, по необходимости, с другими специалистами консилиума (дефектологом, логопедом, социальным педагогом) не только в рамках психологопедагогического сопровождения — компонента ИОП составляется собственный план работы, но и проводятся регулярные обсуждения эффективности, успешности работы, корректировка тьюторской деятельности

6. Самостоятельно или совместно с учителем и, по необходимости, с психологом разрабатывает план развития самостоятельности подопечного. Одной из задач тьюторской деятельности является введение ученика с особенностями развития в детский коллектив.

Задача тьютора — обеспечить спокойное включение ребенка в детский коллектив. При этом необходимо учитывать следующее:

1. Если ребенок по поведению сильно отличается от остальной группы, то желательна предварительная беседа с учениками при которой взрослый в мягкой и понятной форме ориентирует детей класса в особенностях включаемого ребенка, показывает как можно взаимодействовать с ним, что можно, а чего не стоит делать, как снизить возможные негативные проявления (например, не заострять на них внимания и т. п.).

2. Если ребенок сильно отличается по внешнему виду (например, он передвигается на коляске), то детям следует рассказать о том, почему он не может ходить. Рассказывать нужно спокойным голосом, без лишних подробностей.

Для детей начальной школы важна информация о том, как себя правильно вести, поэтому рассказ об «особом» ребенке должен быть больше похож на инструктаж, нежели на погружение в суть проблем их одноклассника. Дети могут задать вопросы: А это не заразно? А почему он такой? Он что, дурак (глупый)? А у него это пройдет? Отвечать нужно также спокойным голосом и без лишней детализации. Полезно будет рассказать ребятам заранее, что новый ребенок может, какие у него есть положительные способности. Например, если ребенок мало говорит, но усидчив, о нем можно сказать: «Ваня умеет слушать», о подвижном ребенке сказать: «Рома может очень быстро бегать» и т. п. То есть дети в классе должны понимать, что, как и каждый из них, новый член их кол лектива чтото умеет лучше, а чтото хуже.

3. Если ребенок по своему поведению (и внешнему виду) не сильно отличается от остальных, то необходимости в проведении специальных бесед нет и возникающие проблемы могут решаться в обычном режиме. Вполне возможно, что дети спросят, почему с одним учеником сидит еще один взрослый. На это можно ответить: «Я помогаю Тане писать, ей самостоятельно писать пока трудно». Со временем, когда дети перезнакомятся друг с другом, острота вопросов о непохожести их одноклассника обычно спадает. Дети просто привыкают и при соответствующем контроле со стороны взрослых стараются помогать своему необычному другу.

Нередко дети, видя, что ребенок отличается от общей массы, и не стремятся с ним общаться, поэтому тьютору необходимо, особенно на первых порах, вовлекать детей в совместные игры, делая акцент на том, что дети могут помочь своему однокласснику, научить его (играть, говорить и т.п.) играть в их игры. Осознание детьми факта помощи их сверстнику будет для них очень хорошим стимулом для

возникновения общения, является важнейшим моментом в процессе развития самостоятельности ученика.

Приемы работы тьютора при различных ситуациях

Сниженный мышечный тонус. Если ребенок апатичен, вял, быстро утомляется, уходит в себя, необходимо подобрать ему правильную мебель, чтобы ребенок не «стекал» под стол. Можно говорить ему подбадрывающие слова. Регулярно проводить физкультминутки или просто прогуляться по коридору для повышения общего тонуса (встать, потянуться. Походить, присесть). На уроке можно применять специальные приемы активации нервной системы специалистов по адаптивной ФК: воздействие пальцами (легкий нажим) на мышцы спины вдоль позвоночника, поглаживание межреберных мышц, массаж кончиков пальцев, мочек ушей. Занятия должны проходить в хорошо проветриваемом помещении. А на перемене необходимо активное движение, свежий воздух. При формировании навыка письма можно использовать письмо с поддержкой – «рука в руке». Дополнительно тренировать руку – сгибание – разгибание пальцев, работа с поролоновым мячиком, эспандером, мешочком с песком и т.п.

Повышенный мышечный тонус. Ребенок должен комфортно сидеть. Необходимо следить за тем, чтобы он не мерз. При нарастании напряжения, утомлении, применять релаксирующие упражнения (потягивания) или легкий массаж (поглаживания, потряхивания).

Расстройства аутистического спектра. Необходимо выделить для ребенка специальное тихое, с неярким светом место, где он мог бы побыть один во время перемены. Во время урока ребенок должен иметь возможность выйти из класса. У ребенка может быть любимый предмет, которым он может манипулировать, чтобы снизить напряжение, желательно, не отвлекая других учеников. Например, на первое время можно посадить такого ребенка на последнюю парту, где он будет

наблюдать за происходящим в классе, постепенно привыкая к обстановке. Тьютор может комментировать происходящее в классе ребенку и использовать для этого карточки с описанием элементов урока.

Гиперактивность. Активность ребенка нужно постараться направить «в мирное русло» - поручить ему собрать или раздать тетради, книги для всего класса, вытирать доску, проводить физкультминутки на уроке. Дети этой группы легче удерживают внимание, когда у них заняты руки. Уроки рисования, труда даются им легче других. Возможно, таким детям легче писать на доске, а не в тетради. Снизить двигательную активность ребенка можно прикосновением к плечу, рукам, голове ребенка, более частым обращением своего внимания к ученику во время объяснения материала, частым называнием его по имени. Необходимо постоянное разъяснение правил поведения, их четкое проговаривание, поощрение (похвала) правильных действий. Можно тоже обратиться к визуальной поддержке – карточкам-картинкам с изображением режимных моментов, расписанием занятий или последовательности действий. В тяжелом случае можно вывести подопечного из класса с целью переключить внимание на другую деятельность и повторить правила поведения повторно.

Повышенная чувствительность к порядку. Для этих детей важно понимание того, как проходит день в школе: как проходит урок, что происходит на переменах. В этом опять могут помочь карточки спиктограммами, рисунками, фото, отражающие последовательность событий или действий. Можно использовать звуковые сигналы, обозначающие начало, конец урока, физкультурную паузу.

Снижение слуха. Речь учителя должна быть максимально четкой. При объяснении необходимо находиться непосредственно рядом с ребенком, чтобы тьютор невербально (жестами) мог дополнить речь учителя (показал, что надо

делать). Учебный материал максимально должен быть представлен наглядно. Звуковое сопровождение урока можно давать ребенку слушать дома, в спокойной обстановке, чтобы он мог прослушивать и разбираться в том, что было пройдено на уроке. Психологически глухие и слабослышащие дети отличаются от сверстников с нормальным слухом, они более замкнуты и обидчивы. У детей с нарушениями слуха происходит нарушение познавательных функций, т.е. внимания, восприятия, речи, памяти, мышления. У таких детей понижена инициатива общения с окружающим миром. Страдают ориентация в пространстве, координация движений (в связи с тесным взаимодействием слухового и вестибулярного аппарата). Устная и письменная речь детей с отклонениями слуха страдает пропусками букв и слов, их заменой не по смыслу, а по внешнему сходству. Нужно разбирать с ними значение каждого слова. Дети, имеющие нарушение слуха, хорошо воспринимают устную речь зрительно (чтение с губ). Ученик, имеющий нарушение слуха, обязательно должен быть слухопротезирован, т.е. иметь индивидуальные слуховые аппараты. Учитель, обучающий ребёнка с нарушением слуха в общеобразовательном классе, должен: посадить ребенка за первую парту; не поворачиваться спиной к обучающемуся; четко задавать вопросы, обращаясь к ребёнку; проверять рабочее состояние слуховых аппаратов; разрешать детям обращаться, чтобы видеть лицо говорящего человека; широко применять наглядность в целях более полного и глубокого осмысления учебного материала. Во второй половине дня сурдопедагог должен проводить индивидуальные и групповые занятия по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи. Для слабослышащих детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически подготовлены к

совместному со слышащими сверстниками обучению, может быть эффективно интегрированное обучение.

Снижение зрения. Специфика обучения и воспитания слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем: дозирование учебных нагрузок, применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности детей, специальное оформление учебных кабинетов. Обучение слабовидящих ведется по учебникам массовой школы, которые печатаются более крупным шрифтом и специальными преобразованными изображениями, доступными для зрительного восприятия. Во время проведения уроков следует чаще переключать учащихся с одного вида деятельности на другой. Во время проведения урока педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих школьников. Так, непрерывная зрительная нагрузка (например, чтение) в первых классах не должна превышать 7-10 минут). Однако для некоторых слабовидящих, например, с атрофией зрительных нервов, центральной атрофией сетчатки, может быть утомительна и такая нагрузка. Поэтому к дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально, неуклонно следуя рекомендациям офтальмолога. Положительное влияние на поддержание работоспособности учащихся и предупреждение зрительного переутомления оказывает проведение физкультурных пауз. Во время физ.паузы выполняют дыхательные упражнения, хватательные, сгибательные и разгибательные упражнения для кистей рук. Слабовидящие не должны выполнять упражнения, связанные с наклоном головы вниз и с резким движением тела, т.к. эти упражнения им противопоказаны. Слабовидящие дети должны размещаться ближе к естественному источнику света. При некоторых формах нарушения зрения (катаракта,

помутнение роговицы) у детей наблюдается светобоязнь. Таких детей надо размещать дальше от источника света. Рекомендуется использовать крепящиеся на столе лампы. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Гимнастика до занятий, физ. минутки на уроках и лечебная физкультура (ЛФК) на коррекционных занятиях являются обязательными и проводятся по специальным программам. Для детей с нарушением зрения предусмотрены следующие программы коррекционных занятий: мимика и пантомимика; ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка (СБО), развитие зрительного восприятия, осязания и мелкая моторика рук, логопедические занятия. Наглядность должна быть яркая, крупная. Тьютор больше комментирует все то, что происходит в классе. Лучше, если ребенок сидит за первой партой.

Снижение интеллекта. Объем материала и количество заданий должны быть уменьшены. Тексты должны быть максимально простые, короткие, внятные. Информация запоминается лучше, если она эмоционально окрашена. Эффективно и использование наглядных конспектов, опор. Дети с ЗПР – это преимущественно дети с нормальным интеллектом, у которых отсутствует мотивация к учебе, либо имеется отставание в овладении школьными навыками (чтения, письма, счета). Отсутствие концентрации и быстрое рассеивание внимания приводят к тому, что им трудно или невозможно функционировать в большой группе и самостоятельно выполнять задания. Кроме того, излишняя подвижность и эмоциональные проблемы являются причинами того, что эти дети, несмотря на их возможности, не достигают в школе желаемых результатов. При организации обучения необходимо адаптировать содержание учебного материала, выделяя в каждой теме базовый материал, подлежащий многократному закреплению, дифференцировать задания в зависимости от коррекционных задач. Обучающемуся с ЗПР необходим хорошо

структурированный материал. Для детей с ЗПР важно обучение без принуждения, основанное на интересе, успехе, доверии, рефлексии изученного.

Важно, чтобы школьники через выполнение доступных по темпу и характеру, лично ориентированных заданий поверили в свои возможности, испытали чувство успеха, которое должно стать сильнейшим мотивом, вызывающим желание учиться. При организации учебного процесса следует исходить из возможностей ребёнка – задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий. В дальнейшем трудность заданий следует увеличивать пропорционально возрастающим возможностям ребёнка.

Учителю необходимо: следить за успеваемостью обучающихся: после каждой части нового учебного материала проверять, понял ли его ребенок; посадить ребенка на первые парты, как можно ближе к учителю, так как контакт глаз усиливает внимание; поддерживать детей, развивать в них положительную самооценку, корректно делая замечание, если что-то делают неправильно; разрешать обучающимся при выполнении упражнений записывать различные шаги. Это является для них опорой, а для учителя это вспомогательное средство, чтобы понять, где именно произошла ошибка в процессе мышления; требовать структурирования действий.

Эмоциональная неустойчивость. Высокая степень тревожности. Обязательно должна быть возможность у ребенка выйти из класса, если он встревожен, расстроен, сердится, испугался. В комфортном месте тьютор может поговорить с ребенком, обсудить ситуацию, помочь успокоиться, прежде чем снова вернуться в класс. Разговаривать надо спокойно, с мягкостью в голосе. Если ребенок не понимает, что происходит

в классе, надо очень мягко объяснить «почему, что и как», прокомментировать обстановку. В целях успокоения можно использовать различные приспособления для релаксации (игрушки «антистресс», мячики, мешочки с крупой и т.п.). Чтобы не отвлекать внимание других учеников, использовать предметы можно, держа руки под партой.

Проблемы с мелкой моторикой. Можно использовать совместное письмо (держа руку ребенка в своей). Ручку надо подбирать удобную, с хорошим шариком, которая не пачкает. Можно вместо ручки использовать карандаш с мягким грифелем или ручку со стирающимися чернилами. Первое время тьютор сам стирает неправильно написанное, чтобы не тратить на это силы ребенка. Ручка и карандаш могут быть со специальной накладкой, обмотаны мягкой тканью, поролоном, чтобы ребенку было легче держать их. Если письменные принадлежности падают, поднимать их тоже лучше первоначально тьютору. Можно использовать технику «мокрое письмо». Ребенок пишет на доске не мелом, а мокрой губкой. Нужно успеть решить пример, пока он не высохнет. При этом писать ребенку легче, чем мелом.

15.7 Психолого-педагогическое сопровождение родителей ребёнка с ОВЗ

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья всегда тяжелый психологический стресс для родителей. Неблагоприятная динамика нарушений в развитии у детей оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей, так как они находятся в длительно действующей психотравмирующей ситуации. Как следствие у них, формируются личностные нарушения, проявляющиеся в разных эмоциональных состояниях и реакциях, в

эмоциональной неустойчивости родителей.. Таким образом, необходимо не просто изучать особенности семей, воспитывающих ребенка-инвалида, но и разработать систему психологической помощи и поддержки таким семьям. Возникает необходимость и создания определенных организационных форм работы с родителями

Первый этап — диагностический.

Только ясное представление о том, на что будет направлено внимание на диагностическом этапе (что изучать, как изучать, для чего изучать), позволит управлять процессом педагогической помощи. Поэтому должно быть разработано содержание деятельности на диагностико-аналитическом этапе формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Объективную картину состояния формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, помогают получить следующие методы исследования: анкетирование; индивидуальные беседы; наблюдение; анализ документации; написание родителями эссе.

В первую очередь, необходимо выяснить: в какой степени вопросы формирования родительско-детских взаимоотношений в таких семьях являются проблемными.

Второй этап — информационный.

На данном этапе осуществляется информационная поддержка родителей в общем контексте сопровождения всех участников образовательного процесса. Основной целевой аудиторией являются родители, как детей с ОВЗ, так и нормативно развивающихся сверстников. Задачей данного этапа становится информационная поддержка родителей, в том числе, детальное информирование родителей об инклюзивном образовании, его ценностных ориентирах и смыслах.

Уже на этом этапе начинает формироваться родительский актив, состоящий из тех родителей, которые уже готовы разделять взгляды администрации, педагогического коллектива и специалистов психолого-педагогического профиля и стать активными помощниками в формировании и развитии ценностных смыслов инклюзивного образования.

Третий этап — просветительский.

На данном этапе происходит просвещение родителей по вопросам развития детей с ОВЗ, которое может осуществляться как на заранее спланированных мероприятиях (тематические выступления специалистов психологопедагогического профиля во время родительских собраний; тренинги для родителей; индивидуальное и групповое консультирование и другие мероприятия), так и на оформленных стендах, информационных листках, сайте образовательного учреждения.

Здесь администрации и педагогам необходимо организовать диалог между родителями «обычных» и «необычных» детей, сориентировать их в вопросах, которые ранее не обсуждались, «развеять мифы» о тех или иных особенностях детей с ОВЗ, снять эмоциональное напряжение и сопротивление, вызванное недостаточной информированностью.

Четвертый этап — этап привлечения родителей к участию. На данном этапе происходит активное привлечение родителей детей с ОВЗ к участию в жизни учреждения, к проявлению себя, своих талантов и умений, к включению и совместному участию в различного рода мероприятиях класса и школы в целом.

Пятый этап — практический.

На данном этапе происходит активизация как детей с ОВЗ, так и их родителей. Главной задачей этого этапа становится проведение детских мероприятий с участием всех детей, с активным вовлечением ребенка с ОВЗ в посильные ему

мероприятия школы. При этом в любом концерте ли, спектакле ли, конкурсе ли у ребенка с ОВЗ должна быть специально подготовленная и составленная для него роль, которая бы подчеркивала его достоинства. На данном этапе особо ценным является уже простроенное и сформированное ранее на предыдущих этапах детско-родительское сообщество класса.

Шестой этап — аналитический.

На данном этапе происходит подведение итогов и анализ достижений. Администрация школы, классный руководитель, педагоги, специалисты психологопедагогического профиля анализируют результаты совместной деятельности и планируют дальнейшую работу, направленную на развитие инклюзивной практики в образовательном учреждении. В последующей работе с родительским сообществом школы, актуальным стало бы создание психологического клуба родителей («Родительский клуб», «Родительская школа», «Школа матерей», «Мама, папа, я» и другие).

Наиболее эффективно все подобные мероприятия проводить в рамках деятельности родительского клуба, актуальность создания которого обусловлена следующими причинами:

1. *На психологическом уровне* — необходимостью профилактики стресса, имеющего пролонгированный характер, который в свою очередь оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей.

2. *На социальном уровне* — необходимостью установления доверительно — поддерживающих отношений между родителями, поскольку происходит деформация во взаимоотношениях между родителями больного ребенка, вследствие чего нередко наблюдаются разводы, а так же семья становится малообщительной и избирательной в контактах, то есть формируется ограниченный микросоциум, в котором преимущественно и воспитывается ребенок.

3. *На соматическом уровне* — необходимостью прерывания патологической цепочки, которая от заболевания ребенка ведет к психогенному стрессу у матери (но, возможно, и другого родителя), который, в свою очередь, провоцирует соматические или психические заболевания.

Основной целью психологического клуба родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья является социально-психологическая поддержка семей.

Основными задачами являются:

- оптимизация детско - родительских отношений;
- улучшение психо - эмоционального состояния родителей;
- гармонизация супружеских отношений;
- создание и укрепление отношений между семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, в целях расширения круга их взаимодействия.

Работа психологического клуба родителей предполагает как индивидуальную (семейную), так и групповую формы работы. Эффективность работы зависит от участия родителей в прослушивании лекций по особенностям психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, в тренингах, направленных на коррекцию эмоциональных состояний, межличностных и детско-родительских отношений.

Создание такого клуба для родителей позволит оказывать психологическую помощь на всех этапах жизни ребенка, так как, по мере роста и развития ребенка в семье возникают новые стрессовые ситуации, новые проблемы, к решению которых родители часто оказываются совершенно не подготовленными.

15.8 Система поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику

Любое нововведение в практику школьной жизни требует детального анализа ресурсов и состояния субъектов психолого-педагогического сопровождения, обсуждения целей и задач деятельности, детального планирования реализации этих целей. Педагог является центральной фигурой реализующей инклюзивные процессы, создающей психолого-педагогические условия для интеграции ребенка с ОВЗ в образовательное пространство. Значение имеет все — отношение педагога к ребенку, отношение педагога к результату достижений ребенка, умение педагога индивидуализировать процесс обучения, умение хвалить и т. д. Но, одной из основных характеристик педагога является готовность к изменениям, профессиональному поиску и готовность работать в команде специалистов.

У педагогов, начинающих реализовывать инклюзивную практику, на первом этапе возникает сопротивление, которое может иметь следующие известные причины: потеря контроля, потеря компетентности, личная неопределенность, неожиданность, увеличение объема работы.

Если перевести на простой язык, то это основные страхи — страх не справиться и оказаться некомпетентным, страх остаться одному, не получить помощи и поддержки. Таким образом, определяются две содержательные линии необходимой профессиональной поддержки педагогов, которые начинают включаться в инклюзивный процесс в образовательном учреждении:

1. Развитие психолого-педагогической компетентности (овладение новыми и специальными знаниями, принятие ответственности за результаты педагогической деятельности, опора на ресурсы, построение картины профессионального будущего и т. д.).

2. Работа в команде специалистов реализующих инклюзивную практику (обмен информацией, обучение, поддержка в решении проблемных педагогических ситуаций, проведение совместных учебных и внеучебных мероприятий с детьми, родителями).

Можно отметить, что система поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику, как компонент целостного психолого-педагогического сопровождения должна ориентироваться на следующие *принципы*:

1. Принцип потенциала. Ориентация на возможности формирования и развития педагогической компетентности, раскрытия потенциала и наличия ресурсов к осуществлению успешной педагогической деятельности в инклюзивной практике.

2. Принцип осознанности и ответственности. Педагог должен быть уверен в своих силах, а это возможно только в том случае, если педагог ощущает полную ответственность за результаты своего труда. И важным моментом здесь становится, чтобы цели профессиональной деятельности формулировал сам педагог.

3. Принцип будущего. Ориентироваться на потенциал педагога, а не на эффективность его предыдущей деятельности.

Можно выделить следующие компоненты системы поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику:

Организационная поддержка. Создание четких организационных условий, периодичность организационных процедур создает временные и пространственные границы взаимодействия, оказывает помощь в структурировании педагогической деятельности по реализации инклюзивной практики. Основными задачами организационных мероприятий по отношению к педагогу являются:

1. Постановка целей в SMART формате. Цель деятельности должна быть конкретной, измеримой, достижимой, согласованной и на определенное время.

2. Распределение зон ответственности специалистов, введение правил и системы взаимодействия специалистов и педагога по реализации ИОП ребенка.

3. Анализ результатов и приоритетных профессиональных задач.

К наиболее адекватным формам, в которых может быть выстроена такая поддержка:

1. Участие в совещаниях по вопросам реализации инклюзивной практики.

2. Проведение сессий психологомедикопедагогического консультирования.

3. Групповые консультации.

Методическая поддержка: включение в профессиональное сообщество педагогов и специалистов, реализующих инклюзивную практику в образовательных учреждениях.

Основными задачами методической поддержки являются:

- повышение профессиональной психолого-педагогической компетентности в области инклюзивного образования;

- овладение современными педагогическими технологиями;

- обобщение и анализ педагогического опыта по реализации инклюзивной практики.

Формы методической поддержки:

1. Включение педагогов в проектные семинары на базе образовательного учреждения с участием консультантов по инклюзивной практике.

2. Включение педагогов в проблемные семинары по вопросам инклюзивной практики.

3. Включение педагогов в программы повышения квалификации ресурсных центров по развитию инклюзивного образования

4. Реализация интерактивных форм взаимодействия с методистами, педагогами, посещение информационных пространств педагогов реализующих инклюзивную практику

5. Посещение занятий специалистов и уроков коллег.

6. Обучающие и информирующие консультации со специалистами по результатам проведения мониторинга, диагностики.

7. Консультации по реализации ИОП ребенка на базе Окружного ресурсного центра по развитию инклюзивного образования.

8. Оформление методических рекомендаций по результатам педагогической деятельности по включению детей с ОВЗ в образовательное пространство.

Психологическая поддержка педагогов. В первую очередь, такая поддержка включает определение индивидуального педагогического стиля педагога, реализующего инклюзивную практику. Имеет смысл также провести структурированное анкетирование для определения основных представлений и смыслов, которые педагоги «вкладывают» в свое видение инклюзии.

Основные задачи психологической поддержки:

- определение и использование личностных ресурсов;
- постановка целей профессионального развития и составление плана реализации поставленных целей;
- преодоление сложившихся стереотипов;
- обучение навыкам эффективного взаимодействия;
- таймменеджмент;
- рефлексия педагогического опыта, профилактика «синдрома сгорания».

Соответствующие эффективные формы: консультация, коучинг, экспертная оценка, тренинг коммуникативных навыков [28, С. 59-79; 29].

Вопросы:

1. Назовите субъектов инклюзивной практики.
2. Охарактеризуйте структуру психолого-педагогического сопровождения.
3. Опишите содержание работы учителя-дефектолога.
4. Содержание работы учителя-логопеда.
5. Особенности индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ психологом.
6. В чем заключается работа тьютора?
7. Как организуется психолого-педагогическое сопровождение родителей ребёнка с ОВЗ?
8. Почему педагоги, реализующие инклюзивную практику, также нуждаются в психолого-педагогической поддержке?

Задания:

1. Разработайте план родительского собрания на тему «Как помочь «особому» ребенку? Меры взаимодействия». Задачами которого являются:

- ознакомление родителей с понятием «инклюзивное образование и воспитание» и с основными условиями реализации инклюзивного образования;

- сплочение родительского коллектива.

2. Разработайте план методического совета на тему «Пути и средства повышения эффективности и качества урока в инклюзивном классе». Рассматриваемые вопросы:

- мотивация деятельности педагогического коллектива в инклюзивном образовательном пространстве школы;

- раскрытие новых черт современного урока, преобразившегося под влиянием новых педагогических идей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Омарова Н.Н. Основы специальной педагогики.- Караганда, 2006. – 210с.
2. Аксенова Л.И., Архипов Б.А. и др. /Под ред. Назаровой Н.М. Специальная педагогика. - М., 2009. - 300с.
3. <http://bestreferat.ru>
4. <http://allbest.ru>
5. Сулейменова Р.А., Хакимжанова Г.Д. Зарубежный и отечественный опыт включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс: проблемы и пути решения. – Алматы, 2001. –208с.
6. Тебенова К.С. Дети с отклонениями в развитии.- Караганда, 2010.
7. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб., 2005. – 304с.
8. <http://knowledge.ru>
9. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т.- М., 1983.
10. Основы специальной психологии: Учебное пособие для студ. сред.пед.учеб.заведений /Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М., 2002. – 480с.
11. Специальная психология : конспект лекций/Л.В. Ясман, В. П. Ясман. – Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2006.– 89с.
12. <http://psichlib.ru>
13. <http://sspi.ru>
14. Коррекционная педагогика /Под ред.Б.П.Пузанова.-М., 2009.
15. Титов В.А. Специальная педагогика: Конспект лекций. – М., 2004.
16. [www.who.int/gho/publications/ world health statistics/ru/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ru/) Ежегодные отчеты ВОЗ.

17. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.-М., 2013.
18. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии: Учебное пособие. – М., 2002.
19. Ellger-Ruettgardt S.L. Geschichte der Sonderpaedagogik, 2008, с. 109.
20. Deno E.N. «Spezial Education as Developmental Capital» //Exceptional Children, 1970, № 37, 229-237.
21. Концептуальные подходы к развитию инклюзивного образования в Республике Казахстан. – Астана: Национальная академия образования им. И. Алтынсарина, 2015. – 13 с.
22. <http://egov.kz>. Инклюзивное образование в Казахстане, 2014.
23. Сулейменова Р.А. Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития.- Алматы, 2000.
24. <https://www.kt.kz>. Информационное агентство Kazakhstan Today.-Астана, 14 марта 2014.
25. Приказ МОН РК от «11» марта 2009 года № 4-02-4/450
26. <http://vestnikpedagoga.ru>. Залатов Д.А. Разработка и реализация индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, посещающего общеобразовательное учреждение.// Всероссийское образовательное издание «Вестник педагога»
27. <http://referatdb.ru>
28. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. — М.: МГППУ, 2012. — 156 с.
29. <http://psichlib.ru>
30. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении. Методические рекомендации.- Москва: Центр «Школьная книга»,- 2010.

31. <http://www.special-edu.kz/>
32. <http://www.inclusion.kz/content/fakt-list>
33. <http://rud.exdat.com>.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арнайы және инклюзивті білім. Специальное и инклюзивное образование. Special and inclusive education: ғылыми еңбектер жинағы.- 1 шығ. – Қарағанды: «Tengri LTD», 2015.197 б.

2. Организационные основы и формы включения школьников с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс. Методические рекомендации. –Алматы, 2014.-109с.

3. Включение детей с ограниченными возможностями в общее образование. Ресурсные материалы // сост. Елисеева И.Г. –Астана, 2013. -108с.

4. Мүмкіндігі шектеулі оқушыларды жалпы білім беру үрдісіне ендірудің ұйымдастыру негіздері және түрлері. Әдістемелік нұсқаулар. –Алматы,2013. -80б.

5. Методические рекомендации по подготовке педагогов к внедрению инклюзивного образования. / Мовкебаева З.А., Денисова И.А. и др. Алматы, 2013.- 165с.

6. Специальная педагогика: Учебное пособие /Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; / Под ред. Н.М.Назаровой. – М., 2009.

7. Омарова Н.Н. Основы специальной педагогики: Учебное пособие. – Караганда, 2006.

8. Пенин Г.Н. История специальной педагогики.- М., 2007.

9. Трофимова Н.М., Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. Основы специальной педагогики и психологии. – Москва – Минск, 2005.

10. Коржова Г.М. Экскурс в историю становления и развития организаций специального (коррекционного) образования в Казахстане.// Журн. Специальное образование в Казахстане. №1\34, 2011. С.11-14.

11. Специальная психология: Учебное пособие для студ. дефектологических вузов; В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И.

Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского.-М.: Академия, 2007. - 464 с.

12.Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр Академия, 2002. — 480 с.

13.Усанова О.Н. Специальная психология. Спб.: 1-е изд., 2006. — 400 с.

14.Сорокин В.М. Специальная психология. Издательство: СПб.: Речь, 2003. —216с.

15.Специальная психология и педагогика: учебное пособие для студентов вузов;рец.: С.И. Самыгин и др.-Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 253 с.

16.Специальная психология: учебное пособие для студентов-психологов;под науч. ред. Л.М. Шипицыной.-СПб.: Речь, 2004. - 216 с.

17.Специальная психология: учебник для студентов высших педагогических учебных заведений, обучающихся по дефектологическим спец.;под ред. В.И. Лубовского; рец.: Н.Л. Белопольская, В.В. Ткачева.-М.: Академия, 2009. - 558 с.

18.Тебенова Қ. С., Рымханова А.Р. Арнайы психология. - Алматы: Дәуір, 2011. - 263 б.

19.Тебенова К.С. Дети с отклонениями в развитии.- Караганда, 2010.

20.Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: учебное пособие / сост. Астапов В.М., Микадзе Ю.В. - СПб.: Питер, 2001. - 377 с. - (Хрестоматия по психологии)

21.Новоторцева Н. В. Коррекционная педагогика и специальная психология. - Изд. 4-е, перераб. и доп. - СПб. : Каро, 2006. - 138 с.

22.Специальная дошкольная педагогика и психология. / Под общ ред. В.И. Селиверстова, М.: Владос , 2001. — 336 с.

- 23.Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001. - 220 с.
- 24.Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учебное пособие для студентов вузов, МО РФ.-М.: Академия, 2002. - 176с.
- 25.Настольная книга педагога – дефектолога. / Т. Б. Епифанцева и др. - Изд. 4-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. - 565 с.
- 26.Справочник «В помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья». - Владивосток: Автограф, 2003. - 93 с.
- 27.Завденко Н.Н. Как понять ребенка: Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. - 2-е изд. - М.: Школа-Пресс, 2001. - 12 с.
- 28.Введение в психологическую теорию аутизма. Аппе Франческа.Теревинф, 2006 год., 216 стр.
- 29.Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. — СПб., 2001.
- 30.Басилова Т.А. Слепоглухие дети. М.: Издательский центр Академия» // Специальная психология: Учебное пособие для студентов высших пед. учебных заведений. — 2003. — С. 391—406.
- 31.Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития.-СПб.: Питер, 2008. - 192 с.
- 32.Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения.-М.: Владос, 2004. - 319 с.
- 33.Логопсихология: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Логопедия».-Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 254 с.
- 34.Психология детей с нарушениями поведения: пособие для психологов и педагогов.-М.: Владос, 2004. - 351 с.

35. Проблемы социализации: По книге Дэвида Уоррена «Слепота и раннее детское развитие» /Пер. с англ. Л.И.Солнцева. - М.: Логос, 2003. - 72 с.

36. Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна (Организация, содержание и методика работы адаптационных групп): Метод. пособие /Авт. П.Л.Жиянова, М.Ф.Гимадеева. - М.: КРЮК-Престиж, 2002. - 200 с.

37. Солнцева Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – Изд. 3-е. – М.: Логос, 2003. – 164 с.

38. Нет «необучаемых» детей: книга о раннем вмешательстве /под ред.: Е. В. Кожевниковой, Е. В. Клочковой. - СПб. : КАРО, 2007.

39. Сулейменова Р.А. Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития. – Алматы, 2001.

40. Сулейменова Р.А., Байтурсынова А.А. Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ОВР.// Журн. Специальное образование в Казахстане. №2\35, 2011. С.3-13.

41. Сулейменова Р.А., Жалмухамедова А.К. Законодательная база системы социальной и медико-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями. //Журн. Специальное образование в Казахстане. № 1\34, 2011. С.3-10.

42. Малофеев Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения// Журн. Дефектология, № 5, 2005.

43. Малофеев Н.Н. Становление и развитие государственной системы специального образования в России: Дис. в форме научного доклада. д.пед.н.- М., 1996.

44. Малофеев Н.Н. «Почему интеграция в образование закономерна и неизбежна» // Альманах ИКП РАО, №11/2007.

45. Назарова Н.М. Закономерности развития интеграции как социального и педагогического феномена// Компенсирующее обучение: опыт, проблемы, перспективы.-М., 1996.

46. Назарова Н.М. Истоки интеграции: уроки для будущего // В сб.: «Ребенок в современном мире» СПб, 2008.

47. Назарова Н.М. Понятие интеграция в специальной педагогике//Понятийный аппарат педагогики и образования.- Екатеринбург, 1998.- Вып. 3.- С. 262.

48. Никитина М.И. Проблема интеграции детей с особенностями развития//Инновационные процессы в образовании. Интеграция российского и западноевропейского опыта: Сб. статей.- СПб., 2012 (97).- Ч. 2.- С. 152.

49. Шварц С. «Пересматривая наше понимание инклюзии и определяя ее значение для детей». Материалы Национальной Недели инклюзивного образования США, 2001.

50. Шамсутдинова Д.В. Социально-педагогические условия интеграции лиц с ограниченными возможностями.- Казань, 2002.

51. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей инвалидов в современной России.- Саратов, 2003.- С. 99.

52. Тебенова К.С., Туганбекова К.М., Олексюк З.Я. Инклюзивті білім беру саласын дамытуда инклюзивті білім беру кеңестік-тәжірибелік орталықтың өзара үлесі./ Научное и творческое наследие академика Е.А.Букетова. – Материалы междунар. научн.-практ. конф., посв.90-летию Е.А.Букетова. – 2015. – Т.2. – С.300-304.

53. Тебенова К.С., Акбаева Д.Ж. К вопросу о содержании системы инклюзивного образования./ Efektivni nastroje moder-nich ved– 2015. Педагогика: Материалы XI междунар. научн.-практ. конф. – Прага, 2015. – Т.13. – С.98-102.

54. Тебенова К.С., Сухачева А.В., Боброва В.В. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с ООП в

инклюзивной школе./ Свидетельство о гос.регистрации прав на объект авторского права ИС 001187 за №559 от 01.04.2015 г.

55.Тебенова К.С., Дахбай Б.Д., Рымханова А.Р. и др. Проблемы подготовки педагогических кадров для работы в условиях инклюзивного образования. / Международный журнал экспериментального образования. - Москва: ИД «Академия естествознания», 2015. – № 3.Часть 2. С. 168-171.

56.Рымханова А.Р. Алшынбекова Г.К., Саликов Ж.К. и др. К вопросу о подготовке педагогов реализующих инклюзивную практику. /Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - Москва: ИД «Академия естествознания», 2016. – № 1. Часть 2. С. 267-269.
http://rae.ru/upfs/pdf/2016/2016_01_2.pdf

57.Рымханова А.Р., Боброва В.В., Олексюк З.Я. К вопросу о кадровом обеспечении инклюзивного образования./ Вестник КазНПУ им. Абая. Серия «Специальная педагогика». - Алматы, 2015. – №2 (41). – С.17-19.

58.Рымханова А.Р.Сарсенов С.Ж. Экономические основы инклюзивного образования./ Naukowa myśl informacyjnej powieki – 2015: Materiały XI Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji. Volume 8. Pedagogiczne nauki: Przemysł: Nauka i studia, 2015. - S.17-19.

59.Рымханова А.Р., Боброва В.В. Инклюзивтік және интеграцияланған білім беру ұғымдары./ Развитие высшего педагогического образования в Центральном Казахстане: история, задачи, перспективы: Матер.научно-практ.конф.,посвящ. 85-летию Засл. работника образования РК, проф. С.К.Досмагамбетова –Караганда: Изд-во КарГУ, 2013.- Б.215-217.

60.Рымханова А.Р., Солтан С., Бисмельдинова К. Инклюзивті білім беру мәселесі туралы./ «Бейіндік мектеп» жоғары мектептері үшін кадрларды даярлау және 12 жылдық

білім беру үлгісіне көшу мәселелері: Респ. ғылт.әжір. конф. материалдары. –Б.2.- Қарағанды:ҚарМУ басп., 2012.- Б.174-176.

61.Рымханова А.Р., Аббасова Э.Ш., Бақытбайқызы А. Инклюзивті білім беру үдерісінің кейбір мәселелері./ Современное образование: Сб. научных трудов. Выпуск 7: В 3ч.- Ч.III.- Караганда: Изд-во КарГУ, 2014.- С.181 -183.

62.Рымханова А.Р., Рахметова А.Т. Қазақстан Республикасындағы инклюзивті білім беру жүйесі./ Особенности профессиональной подготовки педагогических кадров в условиях перехода в 12-летнее обучение: Матер. Респ. научно-практ. конференции. –Караганда: Изд-во КРУ, 2009. – С.107-109.

63.Рымханова А.Р., Заркенова Ж.Т., Тусупбекова Г.А. и др. Қазақстан Республикасында инклюзивті білім беруді енгізу мәселелері: артықшылықтар мен кемшіліктер./ Классический университет в парадигме современных знаний: Материалы междунар. науч.практ.конф., посвящ. сорокалетнему юбилею КарГУ им. акад. Е.А.Букетова. – Караганда: Изд-во КарГУ, 2012. – С.339-342.

64.The Child With Special Needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth. Stanley I. Greenspan, Robin Simons, Serena Wieder. - Hardcover, 512 p. Published- 1998.

65.Handbook of Special Education Edited. James M. Kauffman, Daniel P. Hallahan.- Published 2011.– 810 p.

66.Hinz A. Von der Integration zur Inclusion –terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, № 53, 2002, s.354-361.

67.Heimlich U. Integrative Paedagogik. Eine Einfuehrung. Muenchen, 2004.

68.Special Children, Challenged Parents: The Struggles and Rewards of Raising a Child with a Disability. Robert A. Naseef. Paperback, 320 p. Published January 1st 2003.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ГЛАВА 1. ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ	5
1.1 Понятие об особых образовательных потребностях. Понятийный аппарат дефектологии.	5
1.2 Проблема нормы развития	16
1.3 Причины отклоняющегося развития	20
1.4 Дизонтогенез. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития	22
1.5 Классификация нарушений.	27
1.6 Современная система специальных образовательных услуг.	29
ГЛАВА 2. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	32
2.1 Общая характеристика умственной отсталости, этнология.	32
2.2 Классификация олигофрении	34
2.3 Психологическая характеристика детей с умственной отсталостью	36
2.4 Обучение и воспитание детей с нарушением интеллекта	41
ГЛАВА 3. ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	45
3.1 Общая характеристика детей с задержкой психического развития (ЗПР).	45
3.2 Этиология и классификация ЗПР	46
3.3 Психологическая характеристика детей с ЗПР	49
3.4 Особенности коррекционно-воспитательной работы с детьми с ЗПР	55
ГЛАВА 4. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	58
4.1 Нарушение слуха у детей, причины и классификация	58
4.2 Психологическая характеристика детей с нарушениями слуха.	60
4.3 Образование лиц с нарушением слуха	67

ГЛАВА 5. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ	70
5.1 Нарушения зрительного анализатора, причины и классификация нарушений.	70
5.2 Психологическая характеристика детей с нарушениями зрения	73
5.3 Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения	79
ГЛАВА 6. ДЕТИ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	82
6.1 Речь. Причины и классификация речевых нарушений.	82
6.2 Психологическая характеристика детей с нарушением речи.	86
6.3 Логопедическая помощь детям с нарушением речи.	89
ГЛАВА 7. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	92
7.1 Причины и виды нарушений опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич	92
7.2 Психологическая характеристика детей с детским церебральным параличом	95
7.3 Образование детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	112
ГЛАВА 8. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ	116
8.1 Нарушения поведения в подростковом возрасте	116
8.2 Психическая декомпенсация невротического типа	132
ГЛАВА 9. РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)	125
9.1 Понятие о синдроме ранний детский аутизм (РДА) и аутистических чертах личности, причины	125
9.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с аутизмом	128
9.3 Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме	138
ГЛАВА 10. ДЕТИ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	142
10.1 Сложные нарушения развития и их причины	142
10.2 Классификация комплексных нарушений.	147
10.3 Психологическая характеристика детей со сложными дефектами	150

10.4 Образование лиц со сложными нарушениями развития	156
ГЛАВА 11. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	160
11.1 Понятия инклюзивного, «включенного образования» и интегрированного обучения	160
11.2 Мировая история становления инклюзивного (интегрированного) образования	165
11.3 Цели, задачи и основные принципы инклюзивного образования	173
11.4 Механизмы реализации концептуальных подходов к развитию инклюзивного образования и условия для создания инклюзивных школ	175
Глава 12. СОВРЕМЕННОЕ ПОНЯТИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ	182
12.1 Дифференциация.	182
12.2 Интеграция и модели интеграции.	184
ГЛАВА 13. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	196
13.1 Развитие интеграционных процессов в специальном образовании в Республике Казахстан.	196
13.2 Перспективы развития инклюзивного образования в Республике Казахстан	207
ГЛАВА 14. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ИНКЛЮЗИВНОГО (ИНТЕГРИРОВАННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ	212
14.1 Рекомендации по приему и комплектации классов интегрированного (инклюзивного) образования.	212
14.2 Рекомендации по адаптации программного материала.	219
14.3 Разработка и реализация индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, посещающего общеобразовательное учреждение	224
14.4 Мониторинг достижений учащихся с особыми образовательными потребностями.	235

ГЛАВА 15. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ СУБЪЕКТОВ ИНКЛЮЗИВНОЙ ПРАКТИКИ	238
15.1 Субъекты инклюзивной практики.	238
15.2 Структура психолого-педагогического сопровождения	245
15.3 Технология сопровождения ребенка с ОВЗ в общеобразовательной школе учителем-дефектологом	247
15.4 Технологии индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ учителем-логопедом	253
15.5 Особенности организации индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ педагогом-психологом	258
15.6 Особенности работы тьютора.	259
15.7 Технология психолого-педагогического сопровождения родителей ребёнка с ОВЗ	271
15.8 Система поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику	276
Список использованной литературы	281
Список рекомендуемой литературы	284
Приложения	295

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Нормативно-правовая база специального и инклюзивного образования [31]

Международные законодательства:

1. Всеобщая Декларация прав человека (1948 г.)
2. Конвенция ООН о правах ребенка (1989 г.)
3. Всемирная Декларация по образованию для всех (1990 г.)
4. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993)
5. Саламанская декларация: о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994 г.)
6. Дакарские рамки действий. Образование для всех: (2000 г.)
7. Конвенция ООН о правах инвалидов (2006 г.)

Законодательная база Республики Казахстан

1. Закон РК «Об образовании» (с дополнениями)
2. Закон «О правах ребенка в Республике Казахстан»
3. Закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»
4. Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»
5. Закон «О специальных социальных услугах»
6. Государственная программа развития образования РК 2011-2020.

Подзаконные акты

1. О внесении изменения и дополнений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 8 ноября 2012 года № 500 «Об утверждении типовых учебных планов начального, основного среднего, общего среднего образования Республики Казахстан» (приказ МОН РК от 25.02.2014 г. №61).

2. Пояснения к типовым учебным планам специальных (коррекционных) организаций образования для детей с ограниченными возможностями.

3. Правила о порядке оказания помощи родителям в обучении детей-инвалидов на дому учебно-воспитательными организациями.

4. Правила методики аттестации педагогических обучающихся специальных (коррекционных) школ.

5. Методические рекомендации по организации деятельности специальных (коррекционных) организаций образования для детей с ОВ.

6. Правила о порядке ведения централизованного учета детей с ОВ.

7. Нормативы минимальных требований к материально-техническому учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования, осуществляющих обучение детей с ОВ в развитии.

8. Об утверждении Типовых правил организации деятельности семейных детских садов, комплексов «школа-детский сад, кабинетов коррекции и инклюзивного образования детей дошкольного возраста, консультационных пунктов для родителей».

9. Типовые квалификационные характеристики должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц.

10. Обеспечение программно-техническими средствами детей-инвалидов (ПТС).

11. Об утверждении Правил аттестации педагогических работников.

12. Типовые квалификационные характеристики должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц.

13. Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования.

14. Методические рекомендации по организации психолого-педагогического сопровождения детей с ОВ.

15. Типовые правила специальных организаций образования для детей с ограниченными возможностями в развитии.

16. Об утверждении Типовых правил деятельности организаций образования, реализующих дополнительные образовательные программы для детей. (Постановление Правительства РК от 17 мая 2013 года № 499)

17. Методические рекомендации по организации деятельности специальных (коррекционных) организаций образования для детей с ограниченными возможностями.

18. Типовые правила видов специальных организаций образования для детей с ограниченными возможностями в развитии (приказ МОН РК от 4 июля 2013 года № 258)

19. Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии.

Неправительственные организаций представляющие интересы детей с ООП в Республике Казахстан [32]

Общественное объединение Центр «Самал»

ОО Центр «Самал» создан в 1996 г. Центр занимается решением проблем детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями, является одним из организаторов международных, республиканских конференций, круглых столов, семинаров с целью лоббирования и реализации прав детей на образование, медицинскую помощь, на жизнь в экологически чистом пространстве, в мире и дружбе с другими народами.

ОО «Общество поддержки детей с нарушениями слуха и кохлеарными имплантами «Дыбыс»

ОО представляет интересы детей с кохлеарными имплантами (КИ) и нарушенным слухом (НС) на всех уровнях и во всех сферах жизнедеятельности в РК; поддержка и защита прав детей с КИ и НС; содействие реабилитации детей с особенностями развития слуха; в получении полноценного академического образования; объединение родителей детей с КИ и непосредственно детей для решения общих вопросов, общения и взаимной поддержки; развитие активности родителей и законных представителей и детей с КИ и НС в сфере их обучения, воспитания и социализации.

ОО проводит психолого-педагогическую консультацию по реабилитации детей с КИ и НС по всей территории Казахстана через интернет, сотовую связь, при встречах на территории

РДКБ «Аксай» и в детском центре развития «Торкид» (г.Талгар). Разрабатывает справочники и методические рекомендации для родителей детей с КИ и детей-кандидатов на КИ.

**Представительство Общественного объединения
Международный благотворительный общественный фонд
«Дети Чернобыля и Арала» в г. Кызылорда**

Представительство ОО Международный благотворительный общественный фонд «Дети Чернобыля и Арала» в г. Кызылорда защищает права и продвижение интересов детей, пострадавших от экологического бедствия и техногенных катастроф. Содействует построению общества равных возможностей, как оказание психологической, юридической, социально-правовой, информационной помощи и поддержки детей с ограниченными возможностями и их родителей; расширение и укрепление сети организаций детей с инвалидностью в Кызылординской обл.; проведение исследований по изучению положения детей с инвалидностью и осуществление сотрудничества с органами власти с целью совершенствования политик и законодательства, в частности, по вопросам обеспечения равных прав и равных возможностей для детей с инвалидностью.

**Общественное объединение
«Центр социальной адаптации детей»**

В 2001 году группа специалистов: врачей, педагогов, психологов объединились для решения проблем детей с проблемами в развитии: социальной адаптации и интеграции их в общество.

Основными направлениями работы, которого являются: социально-психологическая помощь и коррекционно-

развивающее обучение услуги социального работника; лекотека – библиотека, развивающих игрушек тренинги и консультации родителей; работа с волонтерами (привлечение студентов для организации помощи детям, проведение культурно-развлекательных мероприятий); обучающие тренинги; организация культурных мероприятий; внедрение альтернативных социальных программ, как иппотерапия, арттерапии при Океанариуме.

Центр комплексной реабилитации «Кенес»

Центр комплексной реабилитации «Кенес» занимается защитой прав детей с особыми потребностями и оказанием медико-социальной и специализированной психокоррекционной помощи детям, имеющим сложную структуру дефекта. Сложной структурой дефекта называют сочетание двигательных, речевых, умственных и психических нарушений. Эта категория детей и подростков до создания центра «Кенес» не имела возможности получать эффективную комплексную помощь, качественную коррекционную поддержку, социальной адаптацию и реабилитацию. Существующие государственные структуры в системе образования не принимают таких детей, так как официально эти дети признаны необучаемыми.

Общественное объединение «Радуга» матерей детей инвалидов г. Костаная

ОО «Радуга» матерей детей инвалидов г. Костаная создано 29 февраля 2000 г. Миссией ОО «Радуга» является содействие в оказании медико – психолого - педагогической, социальной помощи, реабилитации, адаптации и правовой защиты детей с нарушениями умственного и физического развития, и их семей, создание условий для их интеграции в общество, помощь матерям детей – инвалидов.

«АРДИ»

Ассоциация родителей детей-инвалидов создана в декабре 1991г. группой родителей-энтузиастов, объединенных общей судьбой и стремлением помочь своим детям. «АРДИ» – первая НПО для детей и молодежи с ограниченными возможностями в Казахстане. Опекающая 480 семей, им помогают волонтеры, родители, братья сестры, студенты, врачи и педагоги. В 2004 г. При ней открыт «Центр творческого и физического развития для детей и молодежи с ограниченными возможностями».

Общественный благотворительный фонд «Лучик надежды» г. Караганды

Организован в ноябре 1998г. Миссией организации является социальная поддержка и комплексное решение проблем детей и молодежи с ограниченными возможностями и семей, в которых они воспитываются и их адаптация и интеграция в общество.

Содействие и оказание социальной, правовой защиты и психолого-педагогической помощи детям и молодежи с ограниченными возможностями и членам их семей.

Проводит занятия массаж и ЛФК; занятия с психологом, логопедом-дефектологом; иппотерапии; по развитию познавательной деятельности; компьютерной грамотности; физкультуры. Функционируют студия изобразительного и декоративно-прикладного искусства; кружок юного натуралиста и группа дошкольного развития.

«Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Акбота» г. Караганды

Общественное объединение «Акбота» реализует цель комплексной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в условиях центра «Акбота» кратковременного пребывания. Это - развитие всех психических функций: памяти, внимания, мышления, коммуникабельности через коррекционно-развивающие занятия, игры и тренинги; содействие развитию творческих способностей детей; развитие коммуникативных навыков через работу компьютерного кружка для незрячих детей; организация досуговой деятельности с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья; социально-психологическая реабилитация; укрепление здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья в тренажерном и спортивном зале.

Центры для детей с аутизмом «Асыл Мирас» (Алматы, Астана)

В 2015 г. открылись первые ресурсные центры для детей, страдающих аутизмом. Инициатором является частный благотворительный фонд «Асыл Мирас».

Центры «Асыл Мирас» - уникальные учреждения, где дети с аутизмом и их родители получают многофункциональную помощь профессиональных специалистов. Центры работают по единой коррекционной программе, которая основывается на двух методиках коррекции аутизма. Первая – классическая, предполагает проработку с ребенком социально-коммуникативной и познавательной сферы, языковых и повседневных навыков жизни. С малышом одновременно работают четверо специалистов: психолог, дефектолог, логопед и социальный педагог. Вторая методика работы – это «АВА терапия», которая строится на оценке языковых и базовых навыков поведения [33].

предполагает проработку с ребенком социально-коммуникативной и познавательной сферы, языковых и повседневных навыков жизни. С малышом одновременно работают четверо специалистов: психолог, дефектолог, логопед и социальный педагог. Вторая методика работы – это «АВА терапия», которая строится на оценке языковых и базовых навыков поведения [33].