Краевое государственное казенное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Сосновоборский детский дом»

Коррекционная педагогика и особенности образования и воспитания детей с ОВЗ

1.1. Коррекционная педагогика в системе наук о человеке

Любая отрасль знания вырастает из конкретной реальной действительности, является ее отражением, систематизирует знания о ней. Теоретические знания не могут развиваться сами по себе, в отрыве от практической деятельности, поэтому между наукой и практикой существует тесная связь. Теория, являясь основой для практической деятельности, дает возможность ее направлять и совершенствовать. В то же время педагогическая практика проверяет теоретические положения, выверяет их достоверность, заставляет вносить коррективы в структуру и логику научного исследования. Коррекционная педагогика в научно-теоретическом плане выверяет свой предмет и объект своего исследования, отрабатывает свой понятийный аппарат в существующей в педагогической практике коррекционно-развивающей деятельности с детьми и подростками в общеобразовательной школе.

Коррекционная педагогика возникла на стыке общей и специальной педагогики, которые помогли сформировать ей определенную научнотеоретическую базу. В качестве объекта исследования педагогической науки выступают те явления действительности (обучение и воспитание), которые обусловливают развитие человеческого индивида. Предметом общей педагогики является образование как реальный целостный процесс, организуемый в специально созданных социальных институтах (семье, образовательных, воспитательных учреждениях), изучение его сущности, закономерностей, тенденций, и перспектив развития, влияния их на формирование личности человека (ребенка, подростка, юноши). Причем развитие его проходит в пределах нормы. В то же время специальная педагогика занимается исследованием теории и практики специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях,

определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств затруднительно или невозможно (Н.М. Назарова).

Вместе с тем как в общей и специальной педагогике, так и в современной педагогической практике существует немало моментов, когда бывает трудно дать однозначный диагноз отклонениям в развитии и поведении ребенка. Это происходит тогда, когда дефект неярко выражен, а аномалии в развитии имеют негрубые формы, когда тот или иной недостаток находится в пограничной области между нормой и патологией. Это может быть тогда, когда ребенок имеет затруднения в освоении учебной программы в общеобразовательной массовой школе, но резко опережает детей в развитии и обучении во вспомогательной школе, когда в ликвидации недостатков в его развитии нужны не специальное медицинское лечение, не активное вмешательство дефектологов, логопедов и психологов, а обычная коррекция его познавательных возможностей, изменение условий общего и семейного воспитания, предупреждение и частичное исправление его поведения и помощь в освоении социальных норм и нравственных ценностей.

В современной педагогической науке понятия «недостаток в развитии» и «отклонение от нормы» (как и само понятие нормы) является предметом научной дискуссии. Так, в специальной педагогике понятие «недостаток», «отклонение в развитии» используют тогда, когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общественным социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей. К физическим недостаткам относят подтвержденные в установленном порядке временные или постоянные недостатки в развитии или функционировании органов (органа) человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание. Психический недостаток рассматривается как подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-

волевой сферы, а также нарушения умственного развития, задержку психического развития, создающие трудности в обучении. Недостатки в социальной и педагогической сфере трактуются как отклонения от нормы.

В общей и коррекционной педагогике недостаток ассоциируется с несоответствием психофизиологического и общего развития ребенка установленной норме развития для данного возраста или соответствующего вида деятельности. Кроме того, под недостатком может пониматься отставание от нормы развития в освоении общеобразовательных программ или учебных знаний в той или иной предметной области. Здесь в качестве педагогической нормы выступает стандарт образования. Отклонения в освоении соотносятся с неуспеваемостью, отставанием в обучении, задержкой в общем развитии. Социальные отклонения соотносятся с несоответствием действий и поступков, поведения ребенка общепринятым социальным нормам, правилам поведения. Они проявляются в нарушениях дисциплины, невыполнении поручений или учебных заданий, этических норм и правил, трудновоспитуемости, социально-педагогической запущенности, склонности к правонарушениям и др.

Таким образом, областью научных интересов коррекционной педагогики является своевременное эффективное выявление, предупреждение и преодоление недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, адекватная интеграция их в социальную среду. Необходимо заметить, недостаток, отклонение в развитии и поведении являются временной, переменной величиной в организации педагогического процесса с данной категорией детей и подростков, а, следовательно, поддаются изменению, коррекции.

Предметом исследования коррекционной педагогики является процесс обучения и воспитания детей и подростков с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, испытывающими временные адаптационные трудности и сложности в освоении образовательных программ. Для преодоления этих трудностей необходимы своевременное проведение

диагностикопрофилактической и коррекционно-педагогической работы, способствующей эффективному развитию и формированию личности данной категории детей и подростков в условиях функционирования общеобразовательной школы.

Исходя из сложившейся социально-педагогической ситуации, в которой оказываются дети с недостатками в развитии девиациями (девиация – отклонение) в поведении, коррекционная педагогика призвана помочь в решении следующих задач:

Определить природу и сущность недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, выявить причины и условия их появления.

Изучить историю становления и развития коррекционнопедагогической деятельности с детьми с недостатками в развитии и девиациями в поведении.

Выявить ведущие тенденции в профилактике и педагогической коррекции отклонений в развитии и поведении детей и подростков.

Разработать технологии, совокупность методов, приемов и средств коррекционно-педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении.

Провести анализ опыта коррекционно-развивающего образования детей с отклонениями в развитии и поведении в условиях массовой школы.

Определить организационно-педагогические основы функционирования классов компенсирующего и коррекционно-развивающего обучения.

Создать необходимую учебно-методическую базу в подготовке учителя к коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с недостатками в развитии и девиациями в поведении.

Непременным условием выделения и функционирования любой науки является создание в ней собственного понятийного аппарата. Поскольку коррекционная педагогика является одной из отраслей педагогических знаний, то в ней наряду с собственной специфической терминологией используются и общепедагогические категории и понятия.

В коррекционной педагогике, так же как и в общей, ведущими педагогическими категориями являются обучение, воспитание, развитие.

Воспитание – специально организованная деятельность педагогов и воспитанников в едином педагогическом процессе, целенаправленное и организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств.

Воспитание детей с отклонениями в развитии и поведении осуществляются в рамках единого педагогического процесса и направлено на формирование в ребенке гуманистических, общечеловеческих ценностей, активной гражданской позиции, нравственно-положительных черт и качеств. В воспитании используются как общепедагогические методы и приемы, так и специальные меры воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении в зависимости от степени и структуры недостатка, сущности и характера отклонения, с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей.

Обучение – специфический способ образования, процесс активного целенаправленного взаимодействия обучающего и обучаемого, в результате которого у обучающегося формируются определенные знания, умения, навыки, опыт деятельности и поведения, а также личностные качества.

Обучение в коррекционной педагогике носит специфический характер, определяемый глубиной и характером недостатка. Причем общедидактические методы и приемы, организация учебного процесса дифференцируются в зависимости от степени отставания или педагогической запущенности данного ребенка.

Обучение и развитие – два взаимосвязанных явления. Развивающий характер обучения детей с отклонениями в развитии и поведении предполагает учет зоны ближайшего развития воспитанника (по Л.С. Выготскому), тот запас потенциальных возможностей, формирующихся функций, которые ребенок не в состоянии реализовать самостоятельно в настоящий момент, но успешно их использует при непосредственной помощи учителя. Обучение

активизирует переход зоны ближайшего развития в ее актуальное развитие, когда поддержка учителя помогает раскрыться внутренней активности ребенка, повышает уровень его самостоятельности. Обучения ведет за собой развитие. К сугубо специальным педагогическим понятиям относятся «коррекция», «компенсация», «реабилитация», «адаптация».

Коррекция – (от лат. correctio исправление) – система специальных и общепедагогических мер, направленных на ослабление или преодоление психофизического развития и отклонений в поведении у детей и подростков.

Коррекция может выступать как самостоятельное педагогическое явление, как специфические действия, направленные на частичное исправление недостатка или преодоление дефекта, в то же время коррекция может быть составной частью учебно-воспитательного процесса и выступать как педаг гическое явление, направленное на изменение формирующейся личности ребенка.

В рамках единого педагогического процесса коррекция выступает как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

Коррекционно-воспитательная деятельность охватывает всю совокупность мер педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении. Она направлена на изменение познавательных возможностей ребенка, его эмоционально-волевой сферы, улучшение индивидуальных личностных качеств, на развитие его интересов и склонностей, трудовых, художественно-эстетических и иных способностей.

Коррекционно-развивающее обучения – это система мер дифференцированного образования, позволяющая решать задачи своевременной помощи детям, испытывающим трудности в обучении и школьной адаптации. основная задача данной работы – систематизация знаний, направленных на повышение общего уровня развития ребенка, восполнения его предшествующего развития и обучения, развитие недостаточно сформированных умений и навыков, коррекцию отклонений в

познавательной сфере ребенка, подготовку его к адекватному восприятию учебного материала.

Компенсация – (от лат. compensatio возмещение, уравновешение) – это сложный, многоаспектный процесс перестройки или замещения нарушенных или недоразвитых функций организма.

В процессе компенсации в организме ребенка происходит формирование новых динамических систем и условных связей, перестройка нарушенных или ослабленных функций.

Компенсаторные возможности организма ребенка проявляется на фоне мобилизации резервных ресурсов, активизации защитных средств, сопротивления наступлению патологических процессов в организме. В то же время сопротивляемость дефекту, его компенсация усиливаются при активизации социальных факторов действенной помощи ребенку со стороны педагогов, родителей.

Адаптация школьная (от лат. adaptio – приспособлять) – это процесс приспособления ребенка к условиям школьной жизни, к ее нормам и требованиям, к активной познавательной деятельности, усвоению необходимых учебных знаний и навыков, полноценному усвоению картины мира.

Дети с недостатками в развитии и отклонениями в поведении не готовы к школе, к изменениям своей жизнедеятельности, к требованиям педагогов в силу своего общего развития (точнее, его недостатков) или же ошибок и неблагополучия семейного воспитания. Так возникает проблема школьной дезадаптации, результатом которой является хроническая неуспеваемость, отставанием по ряду предметов в освоении школьной программы, сопротивление педагогическому воздействию, негативное отношение к учению, пропуски занятий, побеги из школы и дома, педагогическая запущенность, асоциальное поведение.

Реабилитация социальная (от лат. rehabilitatio – восстановление) – это процесс включение ребенка с отклонениями в развитии и поведении в

социальную среду, в нормальную общественно полезную деятельность и адекватные взаимоотношения со сверстниками.

Процесс реабилитации – это сложное и многогранное явление поскольку полноценное возвращение в социум происходит через медицинскую реабилитацию (лечении недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств). Реабилитация – это своего рода итог всей коррекционно-педагогической деятельности.

Таким образом, коррекционная педагогика как отдельная отрасль научного знания имеет свой предмет исследования, своя понятийный аппарат и решает свои специфические задачи.

Коррекционная педагогика как одна из отраслей педагогической науки тесно взаимосвязана со всем блоком психолого-педагогических и специальных дисциплин. Коррекция, являясь составной частью единого педагогического процесса, опираясь на него, имеет самую тесную взаимосвязь с общей педагогикой, определяющей цели, содержание, формы и методы обучения и воспитания подрастающего поколения, разносторонне развитие личности ребенка.

Вместе с тем, используя арсенал общей педагогики, ее категориальную систему, принципы, методы и формы организации учебно-воспитательного процесса, передовой педагогический опыт, коррекционная педагогика вносит существенные поправки в методику и технологию применения педагогических знаний, в содержание обучения и воспитания детей и подростков в соответствии с природой и характером имеющихся у них отклонений в развитии и поведении, разрабатывает свои приемы и методы коррекционного воздействия на ребенка и социальную среду, его окружающую.

Построение коррекционно-педагогической деятельности с детьми и подростками, организацию дифференцированного обучения и индивидуального воспитания невозможно осуществить, не зная природы недостатка в развитии ребенка, не выяснив и не изучив причины его отклонений в поведении. Одним словом, без знаний основ общей психологии человека трудно организовать эффективную коррекционную работу, тем более что результаты исследования закономерностей психического развития ребенка показывают, что они идентичны как для нормы, так и для патологии. Вместе с тем для детей с недостатками в развитии характерны такие особенности психики, которые не всегда можно встретить у нормальных детей: задержка общего психического развития, замедленность, слабость и малоподвижность нервных процессов, неразвитость сенсорных анализаторов, неполное (фрагментарное) восприятие окружающего мира и др.

Такое диалектическое единство общего и особенного, обыденного и необычного в психическом состоянии детей и подростков подводит нас к констатации взаимосвязи коррекционной педагогики и философии. кропотливая коррекционная работа, повседневное педагогическое воздействие на недостаток в психическом и физическом развитии приводят к проявлению философской закономерности перехода количества в качество, к уменьшению отклонения или компенсации физического недостатка за счет активизации деятельности здоровых органов или имеющих незначительное недоразвитие.

В коррекционной педагогике прослеживается тесная взаимосвязь с социальной педагогикой, предметом которой является исследование воспитательных сил общества и способов их актуализации, путей интеграции возможностей общественных, государственных и частных организаций в целях создания условий для развития позитивной самореализации человека.

Социология помогает в изучении закономерностей становления, функционирования и развития общества в целом, социальных отношений и социальных общностей.

Таким образом, мы видим довольно разностороннюю взаимосвязь коррекционной педагогики с философскими и социально-педагогическими науками, которая обуславливается и определяется теми задачами, которые призвана решать коррекционная педагогика.

Кроме того, коррекционно-педагогическая деятельность будет тогда эффективной, когда она будет опираться на знания в области медицинских наук. С медицинской точки зрения базой для коррекционной педагогики может быть педиатрия, которая изучает здоровье ребенка и процессы его развития, физиологию, патологию, методы профилактики и лечения заболеваний, угрожающих его гармоничному развитию или представляющих опасность для жизни детского организма.

Психиатрия, изучающая вопросы этиологии, патогенеза, патоморфологии, диагностики, терапии и профилактики психических болезней, поможет коррекционной педагогике найти правильное направление, выбрать верное решение при работе с детьми и подростками, имеющими отклонения в психическом развитии. При коррекции и реабилитации нарушенных психических функций не обойтись без планомерных психических воздействий на человека, т.е. без психотерапии, которая выступает как комплекс психических воздействий на больного, направленных на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию.

Мы только назвали и обозначили перечень тех областей научных знаний, с которыми взаимосвязь коррекционной педагогики наиболее ощутима, но природа любого психобиологического и физического явления многограннее, а сферы их межнаучных контактов разнообразнее и богаче. Но задача коррекционной педагогики состоит в том, чтобы дать общее представление, обозначить общий контур, представить ведущие направления и тенденции, присущие данной области научных знаний.

Становление и развитие коррекционной педагогики как науки

История становления и развития коррекционной педагогики как самостоятельной отрасли научного знания чрезвычайно непродолжительна. Если история возникновения отечественной системы специального образования составляет чуть более полувека, то отдельные отрасли специального обучения, такие, например, как обучение детей с задержкой психического развития, насчитывает лишь 20-25 лет (Н.Н. Малофеев). Следовательно, появление собственно коррекционной педагогики можно отнести ко второй половине XX века. Термин «педагогическая коррекция» в российской педагогике утвердился на рубеже XIX-XX веков.

В конце 80-х начале 90-х гг. XX столетия в связи с кардинальными переменами в социально-политической жизни страны возникла острая необходимость переосмысления всей ситуации, сложившейся в социальнопедагогической и образовательной сферах государства. Детальному анализу подверглась и область специального образования. На смену понятию «дефектология» вначале пришло понятие «коррекционная педагогика». Однако научно-теоретическое осмысление этой специфической области педагогического знания, глубокий историографический анализ накопленного опыта (Н.Н.Малофеев, Н.М.Назарова и др.) дали возможность четко обозначить предмет и объект деятельности специальной педагогики.

Термин «коррекционная педагогика» как учебный предмет и самостоятельная область педагогического знания стал использоваться в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения. В данном случае понятие «коррекция» относится прежде всего к социальной и образовательной среде общеобразовательной школы, которая дискомфортна для определенного круга детей, испытывающих школьную дезадаптацию, имеющих задержку в общем развитии и девиации в поведении (Н. М. Назарова).

В качестве понятия, обозначающего самостоятельную область педагогического знания, термин «коррекционная педагогика» появляется в

работах Г. Ф. Кумариной (198== и определяется как область педагогического знания, предметом которого является разработка и реализация в образовательной практике системы условий, предусматривающих своевременную диагностику, профилактику и коррекцию педагогическими средствами нарушений социально-психологической адаптации индивидов, трудностей в освоении соответствующих возрастным этапам развития социальных ролей.

В середине 90-х гг. понятие «коррекционная педагогика» все чаще используется в области профилактики, психолого-коррекционной и коррекционно-педагогической работы с девиантными подростками, детьми группы риска (А. Д. Гонеев, Р. В.Овчарова, И.А.Невский, Г.М.Потанин и др.). В качестве задач коррекционной педагогики в области предупреждения и преодоления отклонений в развитии и поведении подростков обозначаются задачи своевременного выявления основных дефектов и недостатков в развитии учащихся, в их знаниях, умениях и навыках, поведении, отношении к обществу; установление причин, их вызвавших; нейтрализация и устранение этих причин; адаптация и реабилитация отстающих учащихся.

Однако еще в начале столетия В. П. Кащенко отмечал, что детская исключительность (не только склонность к правонарушениям, но и исключительность характера, исключительность интеллекта, даже физическая исключительность) в существе своем социальна. Бороться с нею, исцелять, лечить, корригировать ее возможно прежде всего педагогическими мероприятиями, т. е. воздействием не на организм ребенка, а на его социальную сущность. Это не означает игнорирования медико-биологических аспектов, ровно как не умаляет значения совершенствования общественных отношений всей среды, в которой происходит становление и развитие личности.

В любом случае, подчеркивал ученый, учителю приходится иметь дело с различными случаями детской исключительности, со сложными или с более легкими отклонениями от нормы, и работа даже с этой категорией детей

будет идти безусловно успешнее, если педагог сможет учесть богатый опыт специальных медико-педагогических учреждений, если он, по мере сил и возможностей, будет учитывать требования коррекционной педагогики». Обосновывая сущность и задачи коррекционной педагогики, В. П. Кащенко отмечал, что возникла она как самостоятельная ветвь общей педагогики, потому что оказалось совершенно неизбежным выделение некоторой вполне определенной категории детей из нормальной народной школы. Коррекционная педагогика строит свою работу на внимательном учете разных типов исключительности, стремится в своих требованиях к ребенку исходить из его индивидуальных интересов, учитывать его индивидуальные силы, в учебно-воспитательном процессе опирается на принцип педоцентризма. Уже в то время «Корректива педагогика» задумывалась ученым как руководство, как учебное пособие для широкого круга учителей, воспитателей, специалистов-дефектологов, родителей детей с недостатками характера и дефектами в поведении.

Сущность коррекционно-педагогической деятельности с детьми и подростками

Коррекционно-педагогическая деятельность – это сложное психофизиологическое и социально-педагогическое явление, пронизывающее весь образовательный процесс (обучение, воспитание и развитие), выступающее как его подсистема, куда входят объект и субъект педагогической деятельности, ее целевой, содержательный, операционно-деятельностный и оценочнорезультативный компоненты. Наряду с коррекционно-развивающей, коррекционно-профилактической существует и воспитательно-коррекционная, коррекционно-образовательная деятельность, которые в своем интегративном единстве и объединяют общее понятие «коррекционно-педагогическая деятельность».

Исходя из существующего положения и трактовки коррекционной работы, правомерно говорить о коррекционно-педагогическом процессе как со

ставной части единого образовательного процесса, в который входит обучение, воспитание и развитие ребенка.

Коррекция как особая форма психолого-педагогического воздействия теоретически базируется на следующих фундаментальных положениях:

положения о том, что позитивно влиять на процесс развития – значит управлять ведущей деятельностью, в данном случае воздействовать на деятельность по воспитанию подростков и на их ведущую деятельность (теория деятельности А.Н. Леонтьева);

положения о социальной ситуации развития Л.С. Выготского как единицы анализа динамики развития ребенка, т.е. совокупности законов, которыми определяется возникновение и изменение структуры личности ребенка на каждом возрастном этапе;

положения о формах психологических контактов между людьми, разработанном С.Л. Рубинштейном;

положении, разработанном в теоретической концепции В.Н. Мясищева, согласно которому личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому эффективная коррекция немыслима без включения в коррекционный процесс самого ребенка и его окружения;

положении, разработанном Д.Б. Элькониным о том, что коррекционный потенциал игры заключается в практике новых социальных отношений, в которые включается человек в процессе специально организованных групповых коррекционных занятий.

Наиболее глубоко психолого-педагогическую сущность коррекционной деятельности и ее профилактическую направленность раскрыли психологи и психотерапевты С.А. Бадмаев, Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова, Ф.Г. Лидерс, Ф.С. Спиваковская и др., которые видят коррекцию как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований,

которые определяются как психологические факторы риска, на воссоздание гармоничных отношений ребенка со средой.

С этой точки зрения коррекционно-педагогическая деятельность – это планируемый и особым образом организуемый педагогический процесс, реализуемый с детьми и подростками, имеющими незначительные отклонения в развитии и поведении, и направленный не только на исправление и реконструкцию индивидуальных качеств и недостатков поведения несовершеннолетних, но и создание необходимых условий для их личностного развития, адекватной интеграции в социум. При коррекции девиаций в поведении и отклонений в развитии важно учитывать, что взаимодействие субъектов педагогического процесса своей конечной целью имеет усвоение воспитанниками опыта, накопленного обществом (как стратегическая задача) и освоение положительных нравственных норм и правил, культуры поведения (тактическая задача).

По мнению отечественных психологов (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин) цель коррекционной работы должна определяться пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельностного субъекта этого процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослыми в форме усвоения общественно-исторического опыта путем его интериоризации (И. (лат. внутренний) формирование внутренних структур человеческой психики благодаря усвоению структур внешней социальной деятельности.).

При формулировке коррекционно-педагогических целей необходимо иметь в виду, что цели коррекции должны:

формулироваться в позитивной, а не в негативной форме;

быть реалистичны и соотноситься с продолжительностью коррекционной работы;

быть привлекательны и оптимистичны, вызывать желание и стремление у ребенка их достигнуть;

учитывать индивидуальные и психологические возможности ребенка, коррелировать с существующими социально-педагогическими условиями и микросоциумом подростка.

Принципы организации коррекционно-педагогической деятельности.

Цели и задачи педагогического процесса должны опираться на основные правила, ведущие идеи, основополагающие требования к деятельности и поведению, вытекающие из закономерностей педагогического процесса, т.е. на педагогические принципы. В педагогической науке принципы – это основа, первоначало, в них отражаются требования к организации педагогической деятельности (в т.ч. и к коррекционно-педагогической), определяются ее направления, конечная цель и результат деятельности. Принципы способствуют интеграции различных средств, форм, методов и приемов в целостную систему, определяют стратегическое напарвление целостного подхода к решению задач коррекционно-педагогического процесса.

В психолого-педагогической литературе существуют различные подходы к классификации принципов коррекционной деятельности. Основанием для классификации ряд исследователей определяет диагностическую либо профилактическую направленность коррекционного процесса, другие – особенности психического развития ребенка и своеобразие межличностных отношений детей с отклонениями в развитии и поведении.

При организации и проведении коррекционно-педагогической деятельности в значительной степени нужно опираться на общепедагогические принципы. Сначала остановимся на рассмотрении общепедагогических принципов, а затем определим группу коррекционно-педагогических принципов, создающих базу для педагогической коррекции отклоняющегося поведения и развития детей и подростков.

Общепедагогические принципы:

Принцип целенаправленности педагогического процесса.

Принцип целостности и системности педагогического процесса.

Принцип гуманистической направленности педагогического процесса.

Принцип уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему.

Принцип опоры на положительное в человеке, на сильные стороны его личности.

Принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе.

Принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий

Специфические принципы коррекционно-педагогической деятельности

Ведущим в системе целенаправленной коррекционно-педагогической деятельности является принцип единства коррекционных, профилактических и развивающих задач, где системность и взаимообусловленность задач отражает взаимосвязь развития различных сторон личности ребенка и их гетерхронность, т.е. неравномерность развития. Каждый человек находится на разных уровнях развития в различных состояниях в одном и том же возрастном периоде. Поэтому при определении целей и задач коррекционно-педагогической деятельности необходимо исходить из ближайшего прогноза развития ребенка, а не сиюминутной ситуации его отклоняющегося поведения.

Своевременно принятые превентивные (профилактические) меры позволят избежать ненужных осложнений в его развитии и поведении, а следовательно, необходимости развертывания в дальнейшем полномасштабных специальных коррекционных мероприятий.

Вместе с тем любая программа коррекции развития воспитанника должна быть направлена не столько на коррекцию отклонений в развитии и поведении, на их предупреждение, сколько на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности ребенка:

Реализация принципа единства диагностики и коррекции обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полноценную коррекционную работу, не зная исходных данных об объекте.

Принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка в коррекционно-педагогическом процессе целесообразнее рассматривается как принцип «нормативности» развития личности, как последовательность сменяющих друг друга возрастов.

Деятельностный принцип коррекции определяет тактику проведения коррекционной работы и способы реализации поставленных целей, подчеркивая, что исходным моментом в их достижении является организация активной деятельности ребенка, создание необходимых условий для его ориентировки в сложных конфликтных ситуациях, выработка алгоритма социально приемлемого поведения. При планировании и организации коррекционнопедагогической деятельности следует выбирать наиболее адекватные целям и задачам коррекции модель деятельности, чтобы в ее содержании, формах и методах реализации были посильно сложные ситуации, которые ребенок в состоянии был бы разрешить, а разрешение их направляло бы его в положительное русло развития. Принцип деятельностного подхода является методологическим принципом построения процесса коррекции.

Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности. Ни в психологии, ни в педагогике не существует универсальных приемов воздействия, способствующих переориентации, изменению направленности личности, резкому изменению поведения детей и подростков. Поэтому в коррекционной педагогике необходима некая совокупность способов и средств, методов и приемов, учитывающих индивидуально-психологические особенности личности, состояние социальной ситуации, уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, подготовленность учителей к его проведению. Должна при этом

присутствовать и определенная логика и последовательность применения педагогических методов и коррекционных приемов, ступенчатость воздействия на сознание ребенка, его эмоциональночувственную сферу, вовлечение его в активную индивидуальную или групповую деятельность со сверстниками или взрослыми.

Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения. Ребенок не может развиваться вне социального окружения, оно активный его компонент, составная часть системы его целостных социальных отношений. Его отклонение в развитии и поведении есть не только результат его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на них родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы, т.е. сложности в поведении – следствие отношения ребенка с ближайшим окружением, форм и способов их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом. Следовательно, успех коррекционной работы с детьми и подростками без сотрудничества с родителями или с другими взрослыми, без опоры на взаимоотношения со сверстниками в зависимости от характера отклонений в развитии и поведении оказывается либо недостаточно эффективным, либо попросту безрезультатным.

Таким образом, основополагающие положения системы коррекционно-педагогической деятельности формирует ее базу, определяют логику коррекционного процесса, намечают общую стратегию и конкретную тактику на соответствующих ступенях управления процессом педагогической коррекции развития и поведения детей и подростков.

Содержание и основные направления коррекционно-педагогической деятельности

Поскольку коррекционно-педагогическая деятельность – составная часть единого педагогического процесса, то она должна обладать определенным

«рабочим полем», быть очерчена «кругом влияния», сферой своего воздействия, иметь определенную структуру и направления воздействия.

Во-первых, в рамках концепции коррекционно-развивающего образования и воспитания детей и подростков коррекционно-педагогическая деятельность занимает центральное положение в едином педагогическом процессе.

Во-вторых, коррекционная деятельность, являясь одной из составных частей общего образования, в то же время имеет свою специфическую направленность при осуществлении учебно-воспитательного процесса.

В-третьих, по объему и значимости коррекционно-педагогического процесса в системе общего образования ему отводится довольно заметное место на пересечении составляющих образовательного процесса (обучение, воспитание, развитие).

В-четвертых, коррекция как самостоятельная единица педагогического процесса должна иметь самостоятельный выход , взаимодействовать с социальной средой, поскольку для коррекционно-педагогического процесса она является не компонентным элементом, а окружающей сферой, той самой границей поля взаимодействия и взаимовлияния компонентов единого педагогического процесса.

Система коррекционно-педагогической работы направлена на то, чтобы реабилитировать и социально адаптировать школьника с отклонениями в развитии и поведении к реалиям окружающего мира, сделать его полноправным и активным членом общества.

А теперь обозначим ведущие стратегические направления этого процесса. Основные направления коррекционной работы могут быть обозначены как стратегические направления:

- корректирующее воздействие на ребенка средовыми факторами (при родными, социальными) – т.е. «терапия средой»;
- специфическая организация учебного процесса (его коррекционная направленность);

целенаправленный подбор культурно-массовых и оздоровительных мероприятий;

психогигиена общения и семейного воспитания.

В коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с отклонениями в развитии и поведении выделяются следующие направления коррекционной деятельности:

нормализация и обогащение отношений ребенка с окружающим миром, прежде всего с педагогами и детским коллективом;

компенсация пробелов и недостатков в его общем развитии, усиление деятельности в той области, которую он любит, в которой он может добиться хороших результатов (компенсация в области интересного дела, увлечение спортом, техникой, музыкой и т.д.);

восстановление у ребенка положительных качеств личности, которые получили незначительную деформацию (девиацию);

постоянная стимуляция положительных качеств, не утративших социальной значимости;

интенсификация положительного развития личности, формирование ведущих положительных качеств;

усвоение и накопление социально-ценного жизненного опыта, обогащение практической деятельности в различных сферах жизни;

накопление навыков нравственного поведения, здоровых привычек и потребностей на основе организации деятельности учащихся по удовлетворению их интересов;

исправление как преодоление отрицательного, т.е. ликвидация пробелов в формировании положительных качеств, искоренение отрицательных качеств и вредных привычек.

В коррекционно-педагогической деятельности существует определенный инструментарий: методы, приемы и средства достижения поставленной цели, реализации конкретных задач; осуществление соответствующих мероприятий по различным направлениям деятельности. В

коррекционнопедагогической деятельности выделяются группа методов: переубеждения, принуждения, приучения, «реконструкции» характера, «взрыва», переключения, поощрения и наказания (А.И. Кочетов).

Вместе с тем педагоги и психологи выделяют и специфические методы коррекции отклонений в поведении и развитии детей и подростков:

суггестивные (суггестия – внушение, намек) и гетеросуггестивные методики психокоррекции, построенные на самовнушении и педагогическом внушении;

дидактические методики коррекции, включающие разъяснение, убеждение и иные приемы рассудочно аргументированного воздействия;

метод «сократического диалога»;

методики обучения саногенному мышлению, направленные на управление собой, на укрепление своего нервно-психического здоровья, саморефлексию;

методики групповой коррекции, разыгрывание ролевых ситуаций;

методы конгруэнтной коммуникации; метод разрушения конфликтов; метод арттерапии; метод социальной терапии; метод поведенческого тренинга и т.д.

Все эти методы и методики коррекция развития и поведения ребенка являются важным инструментом в преодоление существующего недостатка у ребенка, по реабилитации его личности и осуществлению успешной адаптации и интеграции ребенка в социум.

Содержательная часть коррекционно-педагогической деятельности должна быть направлена не только на ликвидацию пробелов в познавательной деятельности, но и на формировании мировоззрения, социально значимых знаний, умений и навыков; вся коррекционно-педагогическая деятельность должна быть практико-ориентирована нацелена на высокий уровень результативности; она должна быть пронизана идеей сотрудничества и взаимодействия между объектом и субъектами коррекционно-педагогического процесса, между ученическим и педагогическим коллективом; коррекционно-педагогическая деятельность должна опираться на прочную базу координаций усилий школы, семьи и социума в решении

задач предупреждения, преодоления недостатков в развитии и поведении детей и подростков, в формировании у них социально значимых качеств личности. Только таким образом, при сохранении строгой последовательности всех элементов и этапов деятельности (от постановки цели до достижения конечного результата, сравнения намеченных рубежей и достигнутого результата до самооценки и самоанализа всего процесса коррекционной деятельности) можно говорить о результативности коррекционно-педагогической деятельности, о ее психолого-педагогической значимости в едином педагогическом процессе общеобразовательной школы.

1.2. Ребенок с отклонениями в развитии и поведении – объект и субъект коррекционно-педагогической деятельности

Понятие «аномалия» в переводе с греческого означает отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность в развитии. В таком значении это понятие существует в педагогической и психологической науках.

Вопрос об аномалиях в развитии психических процессов, в поведении человека может рассматриваться только в контексте знаний о нормальных параметрах этих процессов и поведения. Проблема нормы и ее вариантов одна из самых сложных в современной психологической науке. Она включает в себя такие вопросы, как норма реакции (моторной, сенсорной), норма когнитивных функций (восприятия, памяти, мышления и др.), норма регуляции, эмоциональная норма, норма личности и т.д. Сюда же относятся вопросы половых и возрастных различий. Одно из основных значений термина «норма» (от лат. norma) установленная мера, средняя величина чего-либо. Понятие нормы относительно постоянно. Его содержание зависит от культуры и существенно меняется со временем.

Проблема критериев нормы, нормального развития человека приобретает особую актуальность в контексте коррекционно-развивающей деятельности, решения задач воспитания и перевоспитания. В практической психологии и педагогике сегодня «работающими» являются понятия предметная норма

знания, умения и действия, необходимые ученику для овладения данным предметным содержанием программы (отражается в стандартах образования); социально-возрастная норма показатели интеллектуального и личностного развития школьника (психологические новообразования), которые должны сложиться к концу определенного возрастного этапа; индивидуальная норма проявляется в индивидуальных особенностях развития и саморазвития ребенка (А. К. Маркова). Категория нормы психического развития, по убеждению практиков, позволяет определить подходы к решению коррекционно-развивающих задач.

Проблема психологической нормы междисциплинарная. Ею занимаются различные отрасли психологической науки: дифференциальная психология, психология развития (детская), педагогическая психология, психология личности, нейропсихология и др. Соответственно существуют и различные подходы к этой проблеме. Обратимся к наиболее значимым, на наш взгляд, позициям, представленным в нейропсихологии, детской психологии, психологии личности.

Современная отечественная нейропсихология, созданная трудами выдающегося отечественного нейропсихолога А. Р. Лурия и его учеников, опирается на одно из центральных положений теории мозговой ориентации высших психических функций о том, что мозг при реализации любой психической функции работает как парный орган. Иначе говоря, при осуществлении любой психической функции «задействованы» оба полушария головного мозга, но каждое играет свою роль. Мозг функционирует как единая интегративная система, субстрат психических процессов. А межполушарная асимметрия обусловливает особенности протекания различных психических процессов.

В психологии в большинстве случаев используется понятие левоправополушарность, рассматриваемое как лево-праворукость, т.е. предпочтение правой, левой руки или их равенство в различных актах. Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями

получены факты, свидетельствующие о связи полушарности (рукости) с эмоциональноличностными и познавательными особенностями человека. Так, отмечена связь между рукостью и уровнем невротизации. Мужчины-правши имеют более низкие показатели нейротизма, чем левши и амбидекстры (равенство рук). Леворукие мужчины отличаются большей эмоциональностью, но имеют более низкие показатели социальной адаптированности и уровня самоконтроля по сравнению с праворукими.

Установлена связь ручной доминантности с познавательными процессами. Есть данные о том, что лица с доминированием левой руки чаще обнаруживают художественный тип мышления по сравнению с праворукими. Они решают одни и те же задачи (интеллектуальные и др.) различными способами. Причем лица с доминирующим левым полушарием более успешно решают вербально-логические задачи, а правым наглядно-образные познавательные задачи (Е.Д.Хомская). Многообразие и неоднозначность экспериментальных данных свидетельствуют о сложности проблемы, но вместе с тем за многочисленными фактами, связанными с правшеством-левшеством, стоит сложная психологическая реальность, имеющая немаловажное практическое значение.

Связь типа межполушарной организации мозга с индивидуальными особенностями психических процессов и состояний человека в течение длительного времени исследовалась группой ученых МГУ под руководством профессора Е.Д.Хомской. Установлена закономерная связь типа доминирования не только с особенностями протекания того или иного психического процесса или состояния, но и с целым комплексом психических функций и эмоционально-личностных качеств. Каждое полушарие имеет свою стратегию, свой способ переработки информации и регуляции психических процессов. Стратегия переработки информации левым полушарием характеризуется как вербально-логическая, абстрактно-схематическая, аналитическая, сознательная. Способы же регуляции психических процессов и состояний характеризуются произвольностью и

вербальностью. Правому полушарию свойственны наглядно-образная, непосредственно-конкретная, протекающая, скорее, на бессознательном уровне (интуитивная) стратегия переработки информации и непроизвольный, образный способ регуляции психических процессов. Ученые говорят об относительности в преобладании того или иного «набора» стратегий, поскольку правое и левое полушария функционируют всегда совместно. Но вместе с тем люди с различным типом доминирования различаются по ряду психологических показателей. Это особенности регуляции познавательных, эмоциональных и двигательных процессов. Так, у «чистых» правшей в эмоционально-личностной сфере положительные эмоциональные системы преобладают над отрицательными, что проявляется и в эмоциональной реактивности, и в самооценке своего эмоционального состояния.

У леворуких и левшей двигательные, познавательные и эмоциональные процессы протекают более замедленно, механизмы произвольного контроля психических процессов менее успешны. В эмоционально-личностной сфере преобладают функции отрицательной эмоциональной системы над положительной. Они остро реагируют на отрицательные факторы. В их эмоциональном фоне преобладают негативные состояния, они склонны к отрицательным эмоциям при описании своего эмоционального статуса, недостаточно адекватно оценивают свое состояние здоровья, переоценивают или недооценивают его (Е.Д.Хомская).

Нейропсихологический подход к решению проблемы индивидуальных различий дает возможность, по мнению авторов, классифицировать индивидуальные различия одновременно многих психических процессов и свойств.

Сложной педагогической проблемой является проблема леворукости. Но леворукость, по мнению специалистов, не является патологией. Нельзя связывать низкие умственные способности с леворукостью, хотя и существуют данные о большом проценте левшей среди умственно отсталых детей и детей с трудностями обучения чтению и письму. В этом случае

леворукость может быть результатом патологии, как и умственная отсталость и различные трудности в обучении, а не причиной этих нарушений. У здорового левши могут быть блестящие способности.

По мнению ряда специалистов, при обучении леворуких детей необходимо учитывать их индивидуальные особенности, что должно найти отражение в методике их обучения. Для учителя важно определить ведущую руку ребенка, что может быть осложнено рядом причин, одна из которых переучивание в дошкольном возрасте. У переученного в дошкольном возрасте левши могут возникнуть трудности в обучении, причины которых учителю непонятны. В определении ведущей руки не так все просто. Есть дети, которые одинаково хорошо владеют и правой и левой рукой. Таких людей называют амбидекстрами. Случается и так, что бытовые действия ребенок выполняет левой рукой (причесывается и пр.) «бытовое функциональное превосходство», а пишет, рисует правой «графическое функциональное превосходство». В связи с этим могут быть различные варианты левшества правшества.

Поскольку леворукость ребенка не является отклонением от нормы, а есть проявление индивидуальности в пределах нормы, то насильственное переучивание леворуких детей в дошкольном возрасте, и особенно в процессе обучения детей в школе (обучение письму, рисованию, выполнению сложных бытовых действий правой рукой), вместе с другими отрицательными воздействиями может быть причиной тяжелых психических заболеваний ребенка. Категорически противопоказано «двойное» переучивание после первой четверти I класса, когда ребенка-левшу, научившегося писать правой рукой, при столкновении его с трудностями обучения курсивному письму вновь переучивают, принуждают сменить руку. Подобная тактика, отмечают специалисты, может вызвать тяжелое нервное заболевание писчий спазм. «Портрет» школьника, предрасположенного к писчему спазму, приводит детский психиатр М. И. Буянов.

Это человек очень исполнительный и очень педантичный, порой даже болезненно аккуратный. Он очень внимателен к письму, выводит каждую букву, пишет очень медленно. Когда его заставляют писать быстрее, либо когда во время письма приходится нервничать, то в правой руке появляется вначале легкая дрожь, затем она усиливается, и вскоре школьник уже не может вывести ни одной буквы. Дрожь возникает не только от скорости письма, к которой человек не привык, но и от ссор, конфликтов, непонимания, раздражения, от обид, унижения, чувства досады.

Писчий спазм это невроз. Встречается он чаще всего, начиная с IV-V класса. В начальных классах чаще всего диагностируется особое расстройство, называемое дисграфией, при которой нарушается способность к пространственному синтезу. Ребенок с трудом учится писать, во всем остальном он, как правило, здоров.

Переучивание, смена руки могут быть одной из причин подобных расстройств. Но у леворуких детей гораздо чаще, чем у праворуких, встречаются трудности в обучении письму. Эти трудности достаточно подробно описаны в литературе. Например, у леворуких детей чаще, чем у праворуких, отмечаются зеркальное письмо, выраженные нарушения почерка, тремор, неправильное начертание букв (оптические ошибки), у них медленнее скорость и хуже' связность письма. Особого внимания требуют леворукие дети, которые держат при письме ручку или карандаш над строчкой, при этом рука нахо

дится в инвертированном положении и согнута в виде крючка. Однозначного объяснения причин такого явления в науке нет. Но, по наблюдениям специалистов, инвертированное положение ручки очень часто встречается как у леворуких, так и у праворуких детей. Такое положение ручки необходимо исправлять, поскольку оно вызывает у ребенка очень сильное мышечное напряжение. Однако не стоит настаивать на исправлении положения ручки у леворукого ребенка. Следует также быть более снисходительным к качеству его письма.

Должны быть соблюдены и некоторые организационные требования, важные для леворукого ребенка в школе и дома. Так, при письме, рисовании, чтении свет должен падать с правой стороны. Расположение столов и классной доски не позволяет посадить леворукого ребенка лицом к классу, поэтому целесообразно посадить его у окна слева. Там лучше освещенность, к тому же он не будет мешать соседу.

На уроках труда также необходимо подумать, где посадить такого ребенка, чтобы он не толкал соседа, как расположить инструменты и как их заточить. На уроках физической культуры в поле зрения учителя должно быть развитие координации как левой (рабочей), так и правой руки.

Психологический подход к анализу нормы развития включает общепсихологический и возрастно-психологический аспекты. Остановимся на проблеме возрастной периодизации, в контексте которой рассматриваются основные характеристики нормального психического и личностного развития. Предлагаемая психологами периодизация имеет свою интерпретацию фактов, т.е. объясняет, почему что-то происходит, случается или не случается, а это может служить основанием для выбора конкретных способов воздействия на индивидуальную судьбу человека.

Над периодизацией психического развития работал Л.С. Выготский. Психическое развитие он понимал как процесс качественных преобразований (кризисов), периодической ломки старых, отживших структур и формирования новых. Он разработал периодизацию психического развития в детском возрасте, в которой в качестве основного выступает понятие критический возраст. Выготский выделял несколько критических, поворотных пунктов психического развития ребенка, полагая, что кризисы это необходимые этапы развития. Более того, чем ярче, острее, энергичнее протекает кризис, тем продуктивнее идет процесс формирования личности. В периодизации Л. С. Выготского представлены следующие возрасты и кризисы: кризис новорожденности, кризис одного года, кризис трех лет, кризис семи лет, кризис тринадцати лет, кризис семнадцати лет.

Согласно взглядам Л. С. Выготского, личность ребенка изменяется как целое, и законы изменения этого целого определяют изменение каждой из психических функций. Каждый возрастной период характеризуется особым строением сознания в целом, что и обусловливает особую роль каждой психической функции. В каждом возрасте есть центральное новообразование, которое объединяет и другие.

В работах отечественных психологов А. В. Запорожца, А. Р. Лу-рия, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина, В. В. Давыдова, принадлежащих к школе Выготского, дано теоретическое и экспериментальное обоснование параметров нормального психического и личностного развития ребенка.

Значительный вклад в решение данной проблемы внес талантливый отечественный ученый-психолог Д. Б. Эльконин (1904-1984). Он разработал оригинальную концепцию возрастной периодизации психического развития ребенка, положив в ее основу закономерности развития деятельности растущего человека, т. е. ведущую деятельность.

Исследуя механизмы психического развития, Д. Б. Эльконин обращается к анализу системы отношений человека. Существует две системы отношений: система человек-предмет и система человек-человек. Применительно к развитию эти системы выступают как система ребенок общественный предмет и система ребенок общественный взрослый. Взрослый человек выступает для ребенка носителем новых и все более сложных способов действий с предметами, а также норм, эталонов и мер, выработанных обществом и необходимых для ориентации в окружающей действительности. Формирование личности ребенка осуществляется через деятельность внутри систем ребенок общественный предмет и ребенок общественный взрослый.

Детское развитие, согласно гипотезе Д. Б. Эльконина, периодично. В ходе развития ребенка последовательно сменяются периоды, в которые происходит преимущественное освоение задач, мотивов и норм отношений между людьми и развитие на этой основе мотивационно-потребностной сферы; и периоды, в которые происходит преимущественное освоение

общественно выработанных способов действий с предметами и на этой основе формирование интеллектуально-познавательных способностей детей, их операционно-технических возможностей. Содержание освоения в каждый период своеобразно.

В психическом развитии детей Д.Б. Эльконин выделяет два резких перехода переход от раннего детства к дошкольному возрасту, известный в литературе как кризис трех лет, и переход от младшего школьного возраста к подростковому, который принято называть кризисом полового созревания. Эти переходы имеют большое сходство. В обоих переходах усиливается тенденция к самостоятельности, а также ряд негативных проявлений, связанных с отношениями со взрослыми. Общим их признаком является нарастание трудностей общения взрослого с ребенком, свидетельствующее о том, что ребенок нуждается уже в новых отношениях с ним. Вместе с тем критические периоды протекают индивидуально-вариативно. Кризисы детского развития описаны Л. С. Выготским, Д. Б. Элькониным, А. Н. Леонтьевым, Л. И. Божович и др.

Кризис трех лет научно описал Л. С. Выготский, который выделил как отрицательные, так и положительные его стороны. Первый симптом, свидетельствующий о кризисе, негативизм ребенка, т. е. отказ от выполнения любых требований со стороны взрослого, причем ребенок отрицательно реагирует не на содержание, а на просьбу взрослого. Второй симптом это упрямство, когда ребенок настаивает на чем-то не потому, что он этого хочет, а потому, что он этого потребовал. Следующим симптомом является строптивость, которая в отличие от упрямства носит более генерализированный характер, направлена против устоявшихся норм жизни и вызвана стремлением настоять на собственном желании. Четвертый симптом своеволие, которое проявляется в том, что ребенок настаивает на самостоятельности в принятии решения. Он хочет все делать сам. Ряд других симптомов Выготский называет второстепенными. Это протест-бунт, когда поведение ребенка начинает приобретать черты протеста, как бы

постоянного конфликта. Симптом обесценивания, когда дети начинают употреблять неприличные слова, называть ругательными словами своих любимых мам, пап, бабушек. Выделяется и симптом, который в семьях с одним ребенком может выражаться в форме деспотизма, а в семье с несколькими детьми проявляется в виде ревности по отношению к другим детям. Но за всеми этими симптомами Л.С.Выготский видит и позитивные черты. Это отделение от взрослого, появление психологического новообразования Я-сам, проявление самостоятельности.

Кризис трех лет, по убеждению исследователей, это кризис социальных отношений ребенка со взрослыми, свидетельство того, что ребенка уже не устраивают те формы опеки и контроля, которые взрослые использовали до сих пор, и он нуждается в изменении отношений к нему. Если взрослый поощряет разумную самостоятельность ребенка, то трудности взаимоотношений проходят (Д.Б. Эльконин).

Дошкольный возраст важный период становления личности. Академик А. Н. Леонтьев, предпринявший попытку построить теорию развития ребенка в детском возрасте, пришел к заключению, что именно в дошкольном детстве складываются личностные механизмы поведения. Важнейшими новообразованиями дошкольного возраста он называет возникновение иерархии, соподчиненности мотивов. Это более высокие по своему типу соотношения мотивов, которые устанавливаются «на основе выделения более важных мотивов, подчиняющих себе другие». Деятельность дошкольника побуждается и направляется не отдельными, не связанными между собой мотивами, которые сменяются, подкрепляют друг друга или вступают в конфликт, а системой взаимно соподчиненных мотивов.

С этим центральным психическим образованием А. Н. Леонтьев связывает все другие конкретно-психологические изменения. Среди них особо выделяется развитие произвольности некоторых психических процессов. В дошкольном возрасте возникает и развивается произвольное поведение. Это значит, что к концу дошкольного возраста ребенок умеет удерживать

возникшую цель и действовать по правилам, может планировать предстоящую деятельность в знакомой для него ситуации и добиваться ее результата.

Дошкольник усваивает этические нормы. У него формируются моральные оценки и представления, активное отношение к событиям жизни, сочувствие, заботливость.

Усвоение норм и правил, умение соотносить свои поступки с этими нормами являются первым задатком произвольного поведения.

В дошкольном возрасте возникают элементы самосознания, элементы самооценки и оценки. У ребенка, как замечает Л. И. Божович, появляется потребность в реальной общественно значимой и оцениваемой деятельности, отличной от игры. Выражается тенденция в желании быть школьником.

Кризис семи лет называют кризисом непосредственности (Л. С. Выготский, Д. Б. Эльконин). При переходе к школьному возрасту происходят очевидные изменения в характере и поведении ребенка, он начинает «манерничать» и «паясничать». Происходит утрата непосредственности ребенка, и он может прибегать к манерничанию как средству защиты. Самой существенной чертой кризиса семи лет Л. С. Выготский называет «начало дифференциации внутренней и внешней стороны личности ребенка». Ребенок начинает понимать сам себя, ориентироваться в своих чувствах и переживаниях, причем перестраивается сам характер переживаний. Они начинают приобретать смысл для ребенка. Переживания приводят к потере непосредственности, у ребенка возникают новые отношения к самому себе. Позитивная сторона кризиса семи лет, по мысли Л. С. Выготского, состоит в появлении таких новообразований, как самолюбие и самооценка, возникающие в обобщенном виде именно в этот период.

Кризисы развития детей школьного возраста

Поступление в школу ведет к кардинальному изменению в системе социальных отношений и деятельности ребенка и совпадает с периодом

второго физиологического кризиса, приходящегося на возраст 7 лет. В организме ребенка происходит резкий эндокринный сдвиг, сопровождаемый бурным ростом тела, увеличением внутренних органов, вегетативной перестройкой. Физиологическую перестройку могут сопровождать осложнения: нервнопсихическая ранимость, повышенная утомляемость. Однако это не мешает адаптации ребенка к новым условиям (В. П. Петрунек, Л. Н. Таран).

Принципиально меняется социальная ситуация развития ребенка. Он становится «общественным субъектом», выполняет общественно значимую и общественно оцениваемую деятельность. Все жизненные отношения его перестраиваются и во многом определяются тем, насколько успешно он овладевает учебной деятельностью, которая становится ведущей. Нормальное развитие ребенка в этот период характеризуется формированием следующих качественно новых психологических образований:

ребенок переходит на качественно новый уровень произвольной регуляции поведения и деятельности. У младшего школьника формируются навыки самоконтроля, самоорганизации и саморегуляции, что принципиально изменяет его интеллект, личность, социальные отношения;

происходит перестройка всех познавательных процессов, возникают и развиваются рефлексия, анализ, внутренний план действий;

формируются устойчивые познавательные потребности и интересы, возникает новое познавательное отношение к действительности;

формируется адекватная самооценка, развивается критичность к самому себе и окружающим;

приобретаются навыки общения со сверстниками, умения устанавливать дружеские контакты и отношения;

школьник овладевает «умением учиться», т. е. приобретает навыки и умения учебной работы;

раскрываются индивидуальные способности и возможности ребенка.

Таким образом, нормально развивающийся младший школьник это активный, жизнерадостный ребенок, желающий и умеющий учиться, уверенный в себе, в своих способностях, организованный, умеющий управлять своим вниманием, памятью, умеющий дружить, соотносить свои поступки с нравственными нормами и правилами.

Нормальным психологи признают и тот факт, что большинство этих позитивных достижений внешне могут быть утеряны в период кризиса в подростковом возрасте (И. В.Дубровина).

Изучению подросткового возраста посвящено множество исследований. Это классические работы Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, Т.В.Драгуновой, Д.И.Фельдштейна, Л.И.Божович и современные А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, С. К. Масгутова и др.

Подростковый кризис исследователи объясняют по-разному. В отечественной психологии в контексте идей Л. С. Выготского сложилась позиция, согласно которой подростковый кризис играет существенную роль в общем процессе возрастного развития. Кризисные проявления: противопоставление себя взрослым, отчуждение от взрослых, завоевание новой позиции не только закономерные, т.е. нормальные, явления, но и продуктивные для формирования личности подростка (А. М. Прихожан).

Можно выделить следующие важнейшие проявления подросткового кризиса. Как и все критические периоды развития, кризис подросткового возраста проходит три фазы: негативную, или предкритическую, фазу ломки старых привычек, стереотипов, распада сформировавшихся ранее структур; кульминационную точку кризиса, как правило, это 13 лет, хотя возможны значительные индивидуальные варианты; посткритическую, когда формируются новые структуры, складываются новые отношения.

Значительным является тот факт, что подростки могут как бы провоцировать запретные для себя ситуации, специально «принуждать» родителей к ним, чтобы иметь возможность проверить свои силы в преодолении этих запретов и тем самым раздвинуть границы своей самостоятельности. Это дает

возможность удовлетворить потребность в самоутверждении. Если этого не происходит и развитие в этот период протекает гладко и бесконфликтно, го позднее, в 17-18 лет, может проявиться запоздалый и болезненный кризис, либо инфантильная позиция «ребенка» затягивается и может оставаться даже в зрелом возрасте.

Психологи описывают два основных пути протекания кризиса. Наиболее распространенный кризис независимости. Его симптомы те же, что и в дошкольном возрасте, строптивость, упрямство, негативизм, своеволие, обесценивание взрослых, отрицательно» отношение к их требованиям, которые ранее выполнялись, протест-бунт, ревность к собственности. Но в подростковом возрасте они выражаются по-своему. Так, ревность к собственности обнаруживается в стремлении оградить от внешних посягательств свое индивидуальное внутреннее, психологическое пространство. Главное его собственность это переживание собственного внутреннего мира, что и защищает подросток и ревниво оберегает от других. Второй путь кризис зависимости, симптомы которого против (ложны: чрезмерное послушание, зависимость от старших или сильных, регресс к старым интересам или вкусам, формам поведении. Это своего рода возврат назад, к той системе отношений, которая гарантировала эмоциональное благополучие, чувство уверенности защищенности. Первый и второй варианты это способы способы самоопределения. Но в первом случае он выражается позицией «Я уж не ребенок», а во втором - «Я ребенок и хочу оставаться им». Для развития наиболее благоприятным оказывается первый вариант!

Специалисты подчеркивают, что в симптомах кризиса приветствуют обе тенденции, но одна из них доминирует. Одновременно присутствие стремления к независимости и стремления к зависимости связано с двойственностью позиции подростка. С одной стороны, «взрослые» притязания, требование равных с ними прав, расширение границ самостоятельности, а с другой недостаточна психологическая и социальная

зрелость подростка, вызывающая у него потребность в помощи, поддержке и защите со сторона взрослых. Подросток ждет (конечно, неосознанно), что взрослые обеспечат относительную безопасность этой борьбы, оградят его от слишком рискованных шагов. Именно поэтому попустительско-либеральное, слишком «разрешающее» отношение может вызывав недовольство и даже глухое раздражение подростка, а достаточно жесткий, но аргументированный запрет приводит к эмоциональному благополучию, успокоению, хотя и не исключает первоначальную вспышку негодования.

В контексте культурно-исторической психологии и психологической теории деятельности нормально развивающемуся подростку присущи тенденции развития и самЯ развития таких человеческих качеств, как:

самостоятельность мышления, интеллектуальная активность творческий подход к решению познавательных задач;

это сензитивный период развития творческого мышления;

выраженные и устойчивые интересы, внимание к самому себе и к другому человеку как личности;

адекватные формы утверждения своей самостоятельности личностной автономии, индивидуальности;

адекватная самооценка, высокий уровень притязания, развитое чувство собственного достоинства, внутренние критерии самооценки;

способность сознательно ставить перед собой цели, переподчинять мотивы, принимать решения и быть ответственным за их последствия;

моральные и волевые качества, личностная рефлексия, т. е. понимание, сочувствие и сопереживание другому;

владение способами регуляции поведения, эмоциональных состояний, адекватными способами реагирования в различных жизненных ситуациях;

способность контролировать ситуацию, устойчивость к неблагоприятным воздействиям среды;

положительное отношение к труду, ориентация на культурные, нравственные ценности и человеческие смыслы;

владение навыками дружеского, избирательного общения со сверстниками; ориентация на социально положительного лидера среде сверстников; адекватность поведения в школе и вне ее (Д. Б. Эльконин, А. М. Прихожан).

Существуют и другие научные позиции, в русле которых решается и проблема нормы аномалии. Они широко представлены в зарубежных концепциях личности. Значительный интерес, на наш взгляд, представляет концепция американского психотерапевта Э. Эриксона, который как бы изнутри анализирует жизнь человека и показывает источники его развития по линии норма аномалия. Взгляды Э. Эриксона представлены в книгах «Детство и общество», «Идентичность: юность и кризис».

Ребенок развивается как живое, органическое единство, как целостное явление. Именно поэтому отклонения в его развитии Э. Эриксон рассматривает в контексте целостного развития его личности.

Базовым качеством нормального человека является идентичность, или, иначе говоря, целостность. Это обобщенное понятие, которое включает в себя понятие психического здоровья человека, чувство устойчивости и непрерывности Я, причастности к социальной группе, принятости ею, тождественности. Идентификация, по Эриксону, определяет целостность личности, систему ее ценностей, идеалы, жизненные планы, способности и потребности. Это особый стиль и способ переживания, ощущения себя, восприятия себя с точки зрения других людей и исторического времени.

Формирование идентичности, целостности личности продолжается на протяжении всей жизни человека и проходит ряд стадий. Влияют на этот процесс не только родители и близкие ребенку люди, но и широкое социальное окружение, общество, конкретные социальные условия, т. е. время и место осуществления психической жизни ребенка. Эриксон выделил 8 основных этапов развития идентичности, в течение которых ребенок переходит от одной стадии осознания себя к другой. На каждой стадии возникает возможность формирования противоположных качеств, которые человек осознает в себе и с которыми начинает себя идентифицировать. В

ходе развития у человека последовательно формируются качества, каждое из которых в определенный момент становится определяющим его психическую жизнь и поведение. При этом развитие предполагает наличие реальных и потенциальных свойств, которые избирательно влияют на другие свойства личности и регулируют воздействия социальной среды, отбирая соответствующие возможности ребенка и взрослого. При этом потребность в принятии группой, социальным окружением является важнейшим источником активности человека и проявляется как механизм включения ребенка в систему общественных отношений.

Переход от одной формы идентичности к другой сопровождается кризисами. В этот момент усиливается уязвимость, но одновременно возрастают потенциал человека, энергия для дальнейшего развития. Общество же предлагает человеку новые задачи возможности для реализации этого потенциала. На каждом этапе развития человек оказывается перед выбором полярных отношений к миру и к себе.

Первая стадия до 1 года. Развитие в это время в основном детерминируется близкими людьми, родителями, которые формируют у ребенка чувство базового доверия, т.е. открытости к миру, или недоверия, настороженности, закрытости к окружающему. Возникает чувство собственной идентичности. «Количество веры и надежды, вынесенной из первого жизненного опыта» определяется качеством ухода за ребенком, наличием материнской любви и нежности. Важным условием при этом является уверенность матери в своих действиях. «Мать создает у своего ребенка чувство веры тем типом обращения с ним, который совмещает в себе заботу о нуждах ребенка с твердым чувством полного личностного доверия к нему в рамках того жизненного стиля, которая существует в ее культуре», подчеркивал Э. Эриксон.

Этнографические исследования Э. Эриксона говорят о том, что в разных культурах существуют разные «схемы доверия» и традиции ухода за ребенком. В одних культурах мать проявляет нежность очень эмоционально,

кормит младенца всегда, когда он плачет или капризничает, не пеленает его. В других же культурах принято туго пеленать ребенка, давать ему возможность покричать и поплакать, «чтобы его легкие были сильнее». Такой способ ухода, по мнению Эриксона, характерен для русской культуры. Этим, по его мнению, объясняется особая выразительность глаз русских людей, поскольку туго запеленутый ребенок имеет основной способ связи с миром через глаза (Л. Ф. Обухова).

Вторая стадия от 1 года до 3 лет состоит в формировании и отстаивании ребенком своей автономии и независимости или, напротив, зависимости от окружающих. Это связано с тем, как и взрослые реагируют на первые попытки ребенка добиться самостоятельности. Чувство стыда и сомнения появляется в результате жесткого контроля. Возрастающее чувство самостоятельности не должно подрывать сложившегося базового отношения к миру. Оно поддерживается и сохраняется благодаря контролю со стороны родителей, через ограничение желаний ребенка требовать, присваивать, разрушать. «Внешняя твердость должна предохранять ребенка от потенциальной анархии со стороны еще не тренированного чувства различения, его неспособности осторожно удерживать и отпускать», пишет Э. Эриксон. Но эти ограничения создают основу для негативного чувства стыда и сомнения.

Борьба чувства независимости против стыда и сомнения приводит к установлению соотношения между способностью сотрудничать с другими людьми и настаивать на своем (видимо, упрямство), между свободой самовыражения и ее ограничением. В конце стадии складывается подвижное равновесие между этими противоположностями. Оно будет положительным, если родители и близкие не будут жестко подавлять и чрезмерно управлять стремлением ребенка к автономии. Чувство доброжелательности и гордости происходит из чувства самоконтроля при положительной самооценке. Внешний, чужеродный контроль, утрата чувства самоконтроля приводят к

появлению устойчивой склонности к сомнению и стыду, чувства зависимости от взрослых.

Третья стадия – с 3 до 6 лет. Ребенок жадно и активно познает окружающий мир. В игре он совместно со сверстниками осваивает систему отношений между людьми. У ребенка возникает желание выйти из роли маленького и включиться в реальную совместную со взрослыми деятельность. Но взрослые всемогущественны, они диктуют ему строгие правила поведения, могут стыдить и наказывать. В этот период ребенок учится соотносить свои желания с нормами, принятыми в обществе, осваивает практически социальные, этические нормы и правила. У него развивается чувство инициативы, активной предприимчивости. Именно на этой стадии развития, как ни на какой другой, ребенок готов быстро и жадно учиться. Но это связано с тем, насколько благополучно протекает процесс социализации ребенка, насколько строгие правила ему предъявляются. Агрессивное поведение ребенка ведет к ограничению взрослыми его инициативы и появлению чувства вины и тревожности.

Четвертая стадия от 6 до 14 лет. В это время развивается либо трудолюбие, либо чувство неполноценности. Ребенок идет в школу, начинается систематическое приобщение его к знаниям. Школа, учитель, одноклассники играют доминирующую роль в процессе самоидентификации. От того, насколько ребенок успешно учится, как складываются у него отношения с учителем и одноклассниками, зависит благополучие или неблагополучие становления. Трудолюбию противостоит чувство неадекватности и неполноценности. По мнению Эриксона, ребенок в этом случае переживает отчаяние от своей неумелости и видит себя обреченным на посредственность или неадекватность. Если в благоприятных случаях значимость отца и матери отходит на второй план, то при появлении чувства своего несоответствия требованиям школы семья вновь становится убежищем для ребенка.

Эриксон подчеркивает, что на каждой стадии развивающийся ребенок должен приходить к жизненно важному для него чувству собственной состоятельности. Поэтому снисходительное одобрение или незаслуженная похвала не должны его удовлетворять. Идентичность его полноценна в том случае, когда он понимает, что его достижения соответствуют тем требованиям, которые значимы в данной сфере жизни.

Пятую стадию с 14 до 20 летхарактеризует самый глубокий жизненный кризис. Формируется первая цельная форма идентичности. К этому кризису приводят три линии развитии физический рост и половое созревание, озабоченность тем, «как! выгляжу в глазах других», «что я собой представляю»; необходимость найти свое профессиональное призвание, отвечающее индивидуальным способностям и требованиям общества. В этом кризисе идентичности заново встают все пройденные критические моменте развития. Все прежние, старые задачи он должен теперь решите сознательно, будучи убежденным, что его выбор значим для него и для общества. Именно в таком случае социальное доверие к мире самостоятельность, инициативность, освоенные умения создадут новую целостность личности.

На юношеский возраст приходится основной кризис идентичности, за которым следует либо обретение «взрослой идентичности», либо задержка в развитии. Острота этого кризиса зависни как от степени разрешенности более ранних кризисов (доверия, независимости, активности и др.), так и от всей духовной атмосферы общества. Непреодоленный кризис ведет к задержке в личностном развитии и составляет основу социальной патологии юношеского возраста. «Синдром патологий идентичности», по Э.Эриксону, включает: возврат к инфантильному уровню и желание как можно дольше оставаться ребенком; смутное, но устойчивое состояние тревоги; чувство изоляции и опустошенности; постоянной пребывание в состоянии чего-то такого, что сможет изменить жизнь; страх перед личным общением и неспособность эмоционально воздействовать на лиц другого пола;

враждебность и презрение ко всем признанным общественным ролям, вплоть до мужских и женских («унисекс») и др. (Л. Ф. Обухова).

Становление личностной идентичности позволяет молодому человеку перейти на очередную стадию развития. Последующие стадии развития относятся к периоду взрослости и имеют свои задачи, связанные с формированием самостоятельности, автономности личности, творчества. Таким образом, при неблагоприятных условиях развитие ребенка может идти по линии формирования чувства зависимости, вины, тревоги, неполноценности, агрессии, противоречивости, внутренней конфликтности.

Общепсихологические аспекты проблемы нормы аномалии рассматриваются в рамках развивающейся психологии личности. В отечественной психологии это направление представлено в работах Б. С. Братуся. Согласно его точке зрения, степень личностного здоровья человека определяется его отношением к другому человеку. Признаками и атрибутами нормального развития он считает отношение к другому человеку как к самоценности (это – главный признак), способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целеустремленный характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волепроявлению; возможность самопроектирования будущего; веру в осуществление намеченного; внутреннюю ответственность перед собой и другими, прошлым и будущим поколениями; стремление к обретению сквозного, общего смысла жизни.

Речь, конечно, идет не о состоянии, а о тенденции развития, т. е. это те направления, в которых осуществляется нормальное развитие человека. Эти критерии имеют достаточно общий характер, но ни могут быть конкретизированы (операционализированы) и использованы в практике.

Психическое здоровье и факторы риска в детском возрасте

Многие зарубежные авторы центральное место отводят исследованию механизмов возникновения отклонений, трудностей и негативных сторон

личности. Одним из первых обратил внимание на позитивные стороны развития личности американский психолог гуманистического направления Абрахам Маслоу. Он изучал личности здоровых и творческих людей, считал, что психология должна иметь дело с сильными сторонами личности, а не только с человеческими слабостями. Маслоу разработал концепцию психически здорового человека, сущность которой раскрывается в следующих положениях. «Во-первых, у человека есть собственная сущностная природа, самость. Это врожденные потребности, способности и тенденции, которые по своей сути не злы, а добры или нейтральны.

Во-вторых, полностью здоровое, нормальное и желательное развитие состоит в актуализации этой природы, в реализации этих возможностей. Это скорее самоактуализация, т. е. стремлений к саморазвитию.

В-третьих, эта внутренняя природа человека слаба, тонка, хрупка и может легко одолеваться внешними препятствиями: давлением культуры, неправильным отношением окружающих, собственными привычками и слабостями».

Практически каждое человеческое существо, говорит А. Маслоу, имеет активную волю к здоровью, импульс к росту или к актуализации человеческого потенциала.

У человека нет врожденного зла. Несчастным и невротичным его делает окружение. Маслоу предложил теорию человеческой мотивации, в которой различает базовые потребности и метапотребности. Базовые потребности это потребности в пище, привязанности, безопасности, самоуважении. Метапотребности это потребности в справедливости, доброте, красоте, порядке, единстве, потребности в личностном росте. Базовые потребности сильней метапотребностей и организованы иерархически. Метапотребности также врожденные, и если они не удовлетворяются, то это становится причиной таких психопатологий, как отчужденность, страдание, апатия, цинизм.

Здоровая личность, по А. Маслоу, это самоактуализирующаяся личность, отличительными чертами которой являются:

более адекватное восприятие действительности, свободное от влияния актуальных потребностей, стереотипов и предрассудков интерес к неизведанному;

принятие себя и других такими, какие они есть на самом дели отсутствие искусственных, защитных форм поведения и неприятие такого поведения со стороны другого;

спонтанность проявлений, простота и естественность, деловая направленность;

склонность к одиночеству, позиция отстраненности по отношению ко многим событиям жизни;

автономия и независимость от окружения, устойчивость к фрустрациям;

свежесть восприятия; нахождение каждый раз нового в уже известном;

чувство общности с другими людьми, отсутствие враждебности, завис-демократичность в отношениях, готовность учиться у других;

устойчивые внутренние моральные нормы, острое чувств добра и зла, ориентированность на цели;

«философское» чувство юмора: отношение с юмором к жизни и самому себе, но сочувствие ущербным или попавшим в беду;

креативность (творческость), не зависящая от того, чем человек занимается;

отсутствие склонности к конформности, бездумному бунтарству, критичное отношение к своей культуре.

Существенный вклад в развитие концепции психически здорового человека внес один из основоположников гуманистической психологии К. Роджерс. Многолетний опыт психотерапевта позволил ему сформулировать понятие полноценно функционирующий человек. Это психически здоровый, творческий человек, который «открыт опыту», т.е. способен слышать себя, переживая то, что в нем происходит. Он открыт своим чувствам страха, упадка духа, боли, но и чувствам смелости, нежности и благоговения. Он

способен осознавать свои чувства и жить ими, не прибегая к защитным реакциям.

Существенное качество «хорошей жизни» психически здорового человека, согласно К. Роджерсу, стремление жить настоящим. Жить настоящим моментом означает отсутствие неподвижности, застывших структур, фиксированных форм, но, напротив, изменение, динамику организации Я и личности. Полноценно функционирующий человек все более доверяет нему организму в выборе лучшего варианта поведения из множества возможных в данный момент. Он становится более функциональным человеком, так как полностью осознает себя, свои переживания.

Строгого научного определения понятия норма личности не существует. Между нормальным типом поведения и патологическим (болезненным) находится огромное количество переходных форм. Патологические проявления личности находятся в компетенции психоневрологов, психиатров и др. В компетенцию же педагога |входят коррекция и развитие отклоняющихся от нормы проявлений, состояний, форм поведения здорового ребенка. (Говоря об аномалии, мы будем иметь в виду нарушения развития, которые являются типичными для психически здоровых детей. Это осложнения психического и личностного развития ребенка, которые являются лишь отклонением от нормы, а не симптомом психического заболевания). В психологической литературе такие нарушения иногда называют факторами риска (Г.С.Абрамова).

В дошкольном возрасте факторами риска названы следующие особенности поведения ребенка:

выраженная психомоторная расторможенность, трудности выработки тормозных реакций и запретов, соответствующих возрасту; трудности организации поведения даже в игровых ситуациях;

склонность ребенка к «космической» лжи – приукрашиванию ситуации, в которой он находится, а также к примитивным вымыслам, которые он использует как средство выхода из затруднительного положения или

конфликта; ребенок очень внушаем к неправильным формам поведения, «все дурное к нему так и липнет», он имитирует отклонения в поведении сверстников, более старших, детей и взрослых;

инфантильные эмоциональные проявления с двигательными разрядками, громким настойчивым плачем и криком;

импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, которая обусловливает ссоры и драки даже >ш незначительному поводу;

прямое неподчинение и негативизм с озлобленностью, агрессией в ответ на наказания, замечания, запреты, побеги как реакции ответного протеста и др.

В младшем школьном возрасте факторами риска являются дующие особенности поведения:

сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, которые противоречат нарастающим требованиям социальной роли школьника;

неуменьшающаяся моторная бестормозность, которая ее сочетается с эйфорическим настроением;

повышенная сенсорная жажда в виде стремления к острым ощущениям и бездумным впечатлениям;

акцентуация компонентов влечений: интерес к ситуации, включающим агрессию, жестокость;

наличие немотивированных колебаний настроения, конфликтности, взрывчатости, драчливости в ответ на незначительные требования либо запреты;

отрицательное отношение к занятиям, эпизодические прогулы отдельных «неинтересных» уроков; побеги из дома при угрозе наказания как защитная реакция;

реакции протеста, связанные с нежеланием заниматься в школе, отказ от занятий по самоподготовке; намеренное невыполнение домашних заданий назло взрослым; гиперкомпенсаторные реакции со стремлением обратить на

себя внимание грубостью, злобными шалостями, невыполнением требований учителя;

выявление к концу обучения в начальных классах массовой школы стойких пробелов по основным разделам программы;

возможность усвоения дальнейших разделов программы вследствие слабого интеллекта и отсутствия интереса к учебе;

нарастающее тяготение к асоциальным формам поведения под влиянием более старших детей и взрослых;

дефекты воспитания в виде бесконтрольности, безнадзорности, грубой авторитарности, асоциального поведения членов семьи.

Для подросткового возраста факторами риска, оказывающие влияние на психическое развитие, оказываются:

инфантильность суждений, крайняя зависимость от ситуации, неспособность воздействовать на нее, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание; непосредственность к волевым усилиям, слабость функции самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных образований подросткового возраста;

сложности поведения, обусловленные сочетанием инфантильности с аффективной возбуждаемостью;

ранние проявления половых влечений, повышенный интерес к сексуальным проблемам; у мальчиков склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству;

сочетание указанных проявлений с невыраженностью школьных интересов, отрицательным отношением к учебе;

переориентация интересов на внешкольное окружение; стремление к имитации асоциальных форм взрослого образа жизни (ранние сексуальные эксцессы, упорное стремление к курению, алкоголизации и пр.);

неблагоприятные микросредовые условия (семейные), асоциальное поведение как основа реакции имитации либо протеста;

неадекватные условия обучения, препятствующие усвоению программы (К.С.Лебединская, Г.С.Абрамова).

Как определить, является ли поведение ребенка лишь отклонением от нормы или симптомом психического заболевания? Каковы возрастные особенности проявления отклонений?

Несмотря на сложность проблемы, существуют подходы к ее решению. Богатый эмпирический материал, накопленный в клинической психологии, лечебной педагогике, психиатрии, дает возможность дифференцировать отклоняющееся от нормы поведение от поведения патологического, несмотря на общность прошений этих нарушений.

Нарушения развития, по данным психоневрологов, детских психиатров, специалистов в области лечебной педагогики, наиболее резко проявляются в эмоционально-волевой сфере ребенка и его характере (А.Ф. Лазурский, В.П.Кащенко, М.И.Буянов, А.И.Захаров, А. Е. Личко и др.). В литературе выделяются различные характерологические и поведенческие отклонения ребенка. Перечислим наиболее типичные из них.

Расторможенность, гиперактивность. Двигательная расторможенность может сочетаться с другими отклонениями. Наиболее часто расторможенность сочетается с психической незрелостью, которую называют инфантилизмом (М. И. Буянов).

Повышенная эмоциональная возбудимость (аффективность). Аффективное поведение не медицинский диагноз, а склонность детей к частым, острым и разрушительным эмоциональным состояниям. Проявляется в повышенной обидчивости, необузданности эмоций смеха и плача, капризах, упрямстве, остро выраженных симпатиях и антипатиях к людям, импульсивности поступков побуждений ребенка. Могут быть заторможенность, страхи и ищи иное поведение.

Застенчивостъ, пугливость, наличие болезненных страхов (фобий), пассивностъ свойственны не только ребенку, но и подростку. Они могут быть

выражены в разной степени и разных формах. Пессимизм (уныние, безнадежность, склонность видеть во всем только плохое) в юношеском возрасте тоже аномалия, так же как и его противоположность чрезмерная постоянная веселость. Постоянное недовольство собой и окружением создает множество nроблем в общении, решении жизненных задач.

Особую группу составляют дети с аутичным поведением (ауто погружение в себя, отчужденность от окружения). Такие дети относятся к категории «трудных», поскольку обычные способы взаимодействия и воспитательные воздействия не всегда ими принимаются.

С нарушениями в развитии волевых процессов у человека связывается и такое явление, как импульсивность. Она проявляется в том, что действие непроизвольно вырывается у субъекта, он не может сознательно регулировать свои намерения, взвешивать и, обдумывать их. Иногда это может приниматься за решительность. Однако сильное импульсивное необдуманное действие быстро ослабевает как только встречается с противодействием, требующим длительного усилия.

Восприимчивость к отрицательным влияниям связана с повышенной внушаемостью некритической податливостью действию внушения, готовностью подчиняться внушающим воздействиям окружающих, рекламы и пр. Негативизм проявляется в немотивированном сопротивлению любому влиянию, исходящему от других. Негативизм возник как защитная реакция на воздействия, которые противоречат потребностям человека. Отказ от выполнения требования есть своеобразный способ выхода из конфликта. В психологической литературе называются две формы негативизма пассивный, выражающийся в отказе выполнять предъявляемые требования, и активный, при котором совершаются противоположные действия. Негативные реакции при длительном эмоциональном неблагополучии ребенка могут стать качествами его личности.

Жестокость, деспотизм, агрессивность выражаются в драках, разрушительном отношении к вещам, оскорблениях, брани стремлении

мучить слабого или животных. Агрессия может быть физическая и вербальная, прямая и косвенная.

Бесцельная ложь когда ребенок не знает причины своей неправдивости и не связывает ее с каким-либо умыслом. Непреднамеренная ложь, от которой не может воздержаться.

Бесцельное воровство – зачаточная форма явления, которые специалисты называют клептоманией. Ребенок может коллекционировать самые необычные предметы, и мотивация на первый взгляд остается неясной.

Страсть к бродяжничеству может быть патологическим влечением психопатических или истерических личностей, но может ныть и привычкой при отсутствии болезненного предрасположения. В.П.Кащенко констатирует, что страсть к бродяжничеству развивается иногда в раннем детстве и начинается с того, что ребенок неоднократно после уроков не возвращается домой и до ночи где-нибудь бродит. Постепенно бродяжничество становится привычкой со всеми сопутствующими ему явлениями нищенством, кражами и т.п. Лень как состояние бездеятельности, душевной вялости, пассивности тоже имеет разную природу и может быть «нормальной» и патологической. Чаще всего она проявляется в школьном возрасте. По свидетельству врачей, большинство ленивых школьников совершенно здоровые люди. Но у некоторых учащихся лень есть одно из проявлений патологии. Основными признаками являются малоподвижность, низкая работоспособность, расстройство воли, равнодушие к жизни, высокая подчиняемость другим. Частой причиной такого состояния бывает «соматогенная астения, т.е. физическая и психическая слабость, вызванная соматическим заболеванием». Она вполне преодолевается благодаря щадящему режиму. У здоровых же школьников чаще всего причиной лени, как замечает классик отечественной педагогики К.Д.Ушинский, является прямое нерасположение к той деятельности, к которой взрослый призывает ребенка. Причины такого нерасположения тоже различны, но в них, говорит педагог, виновато само воспитание. Так, нередки случаи, когда ребенку предъявляются требования и

на него обрушивается множество обязанностей, нисколько и него не интересных, к выполнению которых он не готов, но которые он должен выполнить как долг. Постоянное внушение ребенку его обязанностей, требований долга может вызвать обратное действие.

Иногда, пишет К. Д.Ушинский, лень образуется «от неудачных попыток в ученье». С самого начала освоения новой для ребенка деятельности он сталкивается с неуспехом. Систематические неуспехи пугают его и делают ленивым. Впрочем, если ребенок добивается успеха, не прилагая никаких усилий, он тоже может стать ленивым. Но в этом тоже виновато воспитание.

В целом нарушения в развитии проявляются в устойчивой низкой успеваемости или неуспеваемости ребенка; «трудновоспитуемости», асоциальном поведении.

Критерия явления «норма-аномалия»

Закономерно встает вопрос о том, как определить педагоге общеобразовательной школы степень тяжести нарушения, установить лежит ли это отклонение в пределах «нормы» или является патологическим? Вряд ли можно найти исчерпывающие и однозначные критерии. Тем не менее, такие критерии есть. Известен «критерий психопатий Ганнушкина-Кербикова», позволяющий определить патологию характера (Ю. Б. Гиппенрейтер).

Первый признак относительная стабильность характера во времени, т.е. он мало меняется в течение жизни. Если возникшее в детстве нарушение не меняется и не исчезает с возрастом, то это может быть свидетельством патологического нарушения. Примерно то же имеет в виду и В. П. Кащенко, говоря о существенных различиях между «нормальными и ненормальными людьми». Отклоняющиеся черты у нормального ребенка являются случайным признаком, от которого он может легко отделаться если захочет и сделает усилие. Нормальные дети поддаются обычному воспитательному воздействию и способны к необходимой социальной адаптации.

Второй признак тотальность проявлений характера: одни и те же черты проявляются везде: дома, на отдыхе, на работе, среди своих и среди чужих, т.е. при любых обстоятельствах. Если же человек дома один, а «на людях» другой, то это не патология.

Третий признак социальная дезадаптация, заключающаяся в том, что у человека возникают постоянные жизненные трудности, которые испытывает либо он сам, либо окружающие его люди, либо тот и другие вместе (Ю. Б. Гиппенрейтер).

Есть и другие критерии оценки, позволяющие установить отклонения в любом поведении.

Крупный английский специалист в области детской психиатрии М.Раттер для оценки отклонений в любом поведении предложил следующие критерии:

Необходимо учитывать возрастные особенности и половую принадлежность ребенка. Некоторые особенности поведения являются нормальными только для детей определенного возраста. Так, тревога при разлуке с близкими (матерью) типична для малышей, начинающих ходить (это настолько типично, что безразличная реакция ребенка этого возраста на разлуку с родителями возможная причина для беспокойства). Для подростка же болезненное переживание разлуки с близкими явление весьма редкое и поэтому ненормальное. Что касается половых различий, то даже в позднем детстве поведение мальчиков и девочек во многом совпадает. У большинства мальчиков оно окрашено некоторыми женскими чертами, а у меньшинства девочек некоторыми мужскими. Это вполне нормально. Достаточно редко у мальчика встречается «весь набор женских особенностей поведения», и это нарушение.

Длительность сохранения расстройства. Почти каждый ребенок в какой-то момент переживает состояние нежелания идти в школу. Это может продолжаться от одного дня до нескольких недель. Если же такое состояние продолжается несколько месяцев или даже лет, то это должно вызывать тревогу.

Жизненные обстоятельства могут вызывать временные колебания в поведении и эмоциональном состоянии детей. Развитие никогда не происхо дит гладко. «Психологическая энергетика» имеет свои пики и свои падения, в силу чего в одно время дети могут быть очень уязвимы, а в другое обладать достаточной сопротивляемостью и хорошими адаптационными способностями. В одних условиях колебания происходят чаще. Это зависит от обстоятельств жизни ребенка. Для многих детей появление младшего ребенка в семье может стать фактором таких колебаний. Смена школы или класса событие, которое вызывает переживание стресса, повышает чувство тревожности и зависимости.

Дифференциация нормального и аномального поведения не может быть абсолютной. Поведение ребенка должно оцениваться с точки зрения норм его непосредственной культурной среды. Поэтому важно учитывать социокультурные различия, которые имеют место в обществе.

Важно иметь в виду степень нарушения. Отдельные симптомы встречаются гораздо чаще, чем целый ряд симптомов одновременно. Особого внимания требуют дети с множественными эмоциональными или поведенческими расстройствами, особенно если они одновременно касаются разных сторон психической жизни, когда нарушения одной сферы негативно сказываются на других сферах.

Тяжесть и частота симптомов.

При анализе детского поведения следует сравнивать его проявления не только с теми чертами, которые характерны для детей вообще, но и с теми чертами, которые являются обычными для данного ребенка.

Следует обращать внимание на ситуацию, в которой проявляется нарушение поведения. Хотя это не самый важный критерий, но он может пролить определенный свет на динамику развития.

Таким образом, решая вопрос об отклонении поведения от нормы, следует принимать во внимание, по убеждению М. Раттера, комбинацию из всех названых критериях. Хотя и в этом случае определение «ненормальности» не

является вполне достаточным. Необходимо учитывать, насколько отклонение от нормы повреждает развитие. Важно помнить, что конкретный ребенок-это уникальный, неповторимый случай, поэтому диагностика представляет собой сложную работу, предполагающую установление характера нарушения развития личности конкретного ребенка.

Возрастные и индивидуальные особенности детей с отклонениями в развитии и поведении

Процесс становления детской личности сложен и противоречив. Личность ребенка «не только дана, но и задана», подчеркивал известный психолог и педагог В.В. Зеньковский. Личность ребенка индивидуальна и неповторима. Изменчивость – одна из важнейших черт детской личности, которая сказывается как в отдельных чертах, так и во всей личности.

Психологические трудности, временные эмоциональные расстройства и нарушения поведения, которые довольно часто встречаются у большинства детей, составляют неотъемлемую часть развития ребенка. Сами по себе эти расстройства не проблема, но иногда эти расстройства искажают процесс их нормального развития. Эти дети требуют особого внимания и помощи со стороны родителей, педагогов, психологов, врачей.

Значительная часть нарушений детского поведения не имеет качественного отличия от нормы, по совокупности проявлений, может напоминать заболевание.

Обратимся к характеристике конкретных отклонений в отдельные возрастные периоды развития ребенка. В этой связи важен практический опыт педагогов, работающих в классах коррекции, компенсирующего обучения и т.д. В настоящий момент классы компенсирующего обучения, коррекционные классы стали реальностью. Здесь учатся дети группы риска, т.е. имеющие осложнения психического и личностного развития. При «сохранном» интеллекте (это может и нижняя граница нормы) эти

школьники в той или иной степени обнаруживают названные выше особенности поведения. Что значительно осложняет их обучение.

Класс компенсирующего обучения. Для детей, которые обучаются в классах компенсирующего обучения, характерным является повышенная активность и высокая отвлекаемость, низкая работоспособность. Психическая незрелость сказывается на отношении детей к школьным занятиям, учителю, учебным задачам. Позиция ученика принимается ими с трудом, ведут себя на уроках вызывающе.

Низкий уровень самостоятельности и отсутствие произвольности в управлении своим поведением создают значительные сложности в учебной деятельности. Дети класса отличаются повышенной тревожностью, самооценка у большинства неадекватно завышена.

Такие дети не способны к сотрудничеству, они часто ссорятся и вступают в драки по незначительному поводу, т.е. налицо высокая степень социальной дезадаптации.

Класс выравнивания. Дети с низким уровнем развития психических функций: речи, воображения, памяти, мышления. Эти трудности сопровождаются личностными и поведенческими нарушениями. Суть отклонений в каждом случае индивидуальна, но проявления нарушений имеют много общего.

Характерными для этого класса являются низкая познавательная активность, которая сочетается с быстрой утомляемостью и истощаемостью, приводит к потере работоспособности. Это мешает детям обучаться и развиваться. Дети с трудом удерживают в памяти условие задачи, забывают слова, допускают нелепые ошибки. Отвлекаемость внимания и неспособность к умственному сосредоточению – характерная их особенность.

Наиболее типичные нарушения поведения детей – Упрямство.

В клинической психологии упрямство связывается с внушаемостью. Благодаря внушаемости ребенок трансформируется в социуме, делается человеком. Каждый ребенок проходит через несколько «возрастов упрямства». Первый (между 2,5 – 3,5 годами). Ребенок становится

капризным. Стремление воспитателей «переломить» может нанести непоправимый вред для развития личности ребенка, потому что ребенок начинает осознавать свое Я. Чтобы стать человеком он должен быть своевольным. Как быть? 1/3 настаивать на своем, 1/3 уступать, 1/3 отвлекать. Второй (6-7 лет, иногда 8-9 лет). В это время нарастает объем требований в связи с поступлением в школу. В этот период он следует не тому примеру, который перед ним ставят, а тому, который он сам выбирает. Он выбирает того, кто интереснее, приятнее, проникновеннее. Третье обострение упрямства (подростковый возраст) – период гормональной бури, когда максимальными становятся и внушаемость, и антивнушаемость. Подросток бурно стремится узнать мир и себя, примерить новые роли, испытать невероятное, проверить известное. Ему нужны трудности и ошибки, хочет сам делать свою судьбу, но и понять себя. Становится настоятельной потребность в уважении, доверии, принятии, любви.

Современные подростки отличаются некоторыми актуальными тенденциями. Одна из них состоит в принципиальной нерефлексивности жизненной позиции многих детей этого возраста, которое проявляется в том, что подросток как бы растворяются в потоке жизни, не выделяя себя из нее. Наиболее ярко это проявляется в неформальных группах (Я заменяется на МЫ).

Другая тенденция характерна для подростков, которые не теряют своего Я, но это Я действующее, когда на первый план выходит ощущение своей способности что-то сделать, чего-либо добиться, проявить себя.

В этот период подросток меняется, претерпевает изменение его отношение к себе. Открытость, склонность к диалогу и даже потребность в нем сменяется стремлением закрыть свой внутренний мир.

Полноценное развитие личности ребенка в детстве связано с его эмоциональным развитием. Эмоциональная система обеспечивает регуляцию поведения и ориентировку в окружающем мире. Эмоции – это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностей

изменения внешней среды. Положительные эмоции повышают психическую активность, настраивают на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции снижают психический тонус и обуславливают пассивные способы защиты. Правда, такие эмоции как гнев, ярость, усиливают защитные возможности организма даже на физиологическом уровне.

Исследования ученых показывают о разных уровнях активности и глубины аффектного контакта со средой.

Первый уровень – уровень полевой активности обеспечивает общее равновесие организма со средой, состояние комфорта и безопасности в пространстве. Механизм, охраняющий человека от разрушающих воздействий и выводящий в состояние безопасности и комфорта, называют аффективным пресыщением. Этот феномен описал немецкий психолог Курт Левин. Пресыщение нарастает тем быстрее, тем более аффективно (эмоционально) заряжена ситуация, независимо от знака эмоции – положительного или отрицательного. Этот механизм реагирует только на интенсивность.

Первый уровень охраняет организм от перенапряжения. Поддерживать эмоциональное равновесие человека, снимать его эмоциональное напряжение помогает созерцание движение облаков, бликов воды и огня, улицы за окном, красивого пейзажа.

Второй уровень – уровень стереотипов – в большей мере определяет основы формирования эмоциональной индивидуальности человека, обеспечивает избирательность и устойчивость аффективных впечатлений о мире, избирательно усиливает стенические состояния и противодействует развитию астенических.

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень экспансии. Его механизм начинает осваиваться на первом году жизни ребенка и сохраняет свое значение позже. Он обеспечивает активную адаптацию организма к нестабильной ситуации, когда аффективные стереотипы поведения оказываются несостоятельными. Действие этого механизма

проявляется в стремлении к преодолению опасности, препятствий, неизвестной опасной ситуации.

Виды отклонений в развитии и поведении детей и подростков

У детей с проблемами в развитии имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонениям в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваться полностью, другие – лишь корригироваться, а некоторые компенсироваться. Ранее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной степени нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта.

Психолого-педагогическая коррекция развития и поведения детей с проблемами в развитии возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка. В специальной психологии и коррекционной педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В. Лебединский, Б.П. Пузанов и В.А. Лапшин, О.Н. Усанова).

Наибольший интерес представляют исследования В.В. Лебединского, который рассматривает проблемы психического дизонтогенеза – различные формы нарушений онтогенеза, т.е. развития индивида в отличие от развития вида (филогенез).

Характер дизонтогенеза зависит от определенных психологических параметров:

Особенностей функциональной локализации нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два вида дефекта – частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторных систем) и общий (нарушения регуляторных корковых и подкорковых систем).

Времени поражения. Чем раньше произошло поражение, тем больше вероятность психического недоразвития.

Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Первичные нарушения вытекают из биологического характера дефекта (нарушения слуха, зрения и т.д.). Вторичные нарушения возникают опосредованно в процессе аномального развития.

Межфункциональных взаимодействий. К ним относятся механизмы изоляции, патологической фиксации, временные и стойкие регрессии, которые грают большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Пересиленные психологические параметры по-разному проявляются при различных видах дизонтогенеза. В.В. Лебединский выделил следующие вида дизонтогенеза:

Дизонтогенез по типу общего стойкого недоразвития. (раннее время нее поражения, выражена незрелость мозговых систем. типичный пример – олигофрения).

Задержанное развитие – замедленный темп формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Варианты задержанного развития: конституционный, соматогенный, психогенный, церебральный (церебральноорганический).

Поврежденное развитие – в основе наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС. Характерная модель поврежденного развития – органическая деменция.

Дефицитарное развитие – тяжелые нарушения отдельных анализаторных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата).

Искаженное развитие сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Характерный пример детский аутизм.

Дисгармоничное развитие – врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоциональноволевой

сфере. Характерная модель дисгармонического развития – психопатия и патологическое формирование личности.

Выделяются две основные группы причин, которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития: эндогенные (генетические) и экзогенные (факторы среды).

Эндогенные причины: различные наследственные заболевания; заболевания, связанные с изменением численности и структуре хромосом.

Экзогенные причины вызывают отклонения в развитии, которые могут влиять в различные периоды онтогенеза:

в пренатальный (внутриутробный) период (хронические заболевания родителей, особенно матери; инфекционные болезни. интоксикация матери; недостаток питания матери во время беременности; резус-конфликт; травмы; влияние лучевой энергии и т.п.);

в натальный (родовой) период (родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия плода – удушье плода);

в постнатальный период (после рождения) причинами могут быть остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний; различные травмы; интоксикации; несоблюдение санитарно-гигиенических норм и т.п.

Причинами отклонений в развитии могут быть неблагоприятные условия социальной среды, которые оказывают травмирующее воздействие на психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Особенностью психического развития детей с ограниченными возможностями являются трудность их социальной адаптации, затруднения взаимодействия с социальной средой. У этой категории детей проявляются особые образовательные потребности в индивидуализированных условиях обучения, особом содержании и методах обучения, а также в медицинских, социальных и иных услугах, необходимых для успешного обучения.

Образовательные потребности могут реализоваться в специальных образовательных учреждениях (СОУ, центр реабилитации),

общеобразовательных учреждениях (специальный класс в составе ОУ общего типа, школы надомного обучения).

Дети с ЗПР в общеобразовательной школе

Задержка психического развития (ЗПР) это нарушение нормального темпа психического развития. Термин «задержка» подчеркивает временной характер нарушения, то есть уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка. Детей с временной задержкой психического развития нередко ошибочно считают умственно отсталыми. Существуют два отличия детей с ЗПР от умственно отсталых детей. У детей с ЗПР трудности в овладении элементарной грамотой, счетом сочетаются с относительно хорошо развитой речью, значительно более высокой способностью к запоминанию стихов и сказок и с более высоким уровнем развития познавательной деятельности.

Такое сочетание для умственно отсталых детей нехарактерно. Дети с временной ЗПР всегда способны использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и переносят этот принцип на выполнение других сходных заданий. Это показывает, что они обладают полноценными возможностями дальнейшего развития, т.е. будут способны впоследствии выполнить самостоятельно то, что в данный момент в условиях специального обучения могут выполнить с помощью педагога.

Причины ЗПР могут быть различны: дефекты конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматические заболевания, органические поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция). Отягчающими факторами могут служить неблагоприятные социокультурные условия. Главными причинами ЗПР, по результатам исследований П. Улба, выступают биологические механизмы: патология беременности, ненормальные роды, частые соматические болезни ребенка в первые годы жизни. Данные факторы обусловливают сниженный физический статус детей, их маловыносливость, что не позволяет им своевременно усвоить актуальный для их возраста объем

информации. Однако, если объем поступающей информации мал, методы и средства его подачи (образования) неадекватны возможностям ребенка, а окружение продуцирует по отношению к нему стрессогенные ситуации, то причиной ЗПР будут также выступать и социокультурные факторы.

Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью и носят временный характер. При ЗПР имеет место, в отличие от умственной отсталости, обратимость интеллектуального дефекта. В настоящее время единых принципов систематизации пограничных форм интеллектуальной недостаточности нет. Ряд отечественных исследователей (Власова Т.А., Лебединская К.С., Лубовский В.И., Певзнер М.С.) выделяют две наиболее многочисленные группы детей с ЗПР:

Дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Задержка их развития связана с медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки;

Дети с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствиями черепно-мозговых травм. Для этих детей свойственна слабость основных нервных процессов и их лабильность – скорость возникновения и прекращения нервных процессов.

Особенностью ЗПР является неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций; при этом, как указывает Е.М. Мастюкова, логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием и т.д. Неспособность концентрировать внимание на существенных (главных) признаках объектов, избирательное восприятие наблюдаемого являются отличительными особенностями психической деятельности детей с ЗПР. Нарушения психической и недостаточность интегральной деятельности мозга (малое количество образования связей между отдельными перцептивными (перцепция – восприятие) и моторными

функциями), определяют ограниченность и фрагментарность представлений детей об окружающем мире. Кроме того, отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с ЗПР могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Выраженная познавательная активность при выполнении заданий и в ходе повседневной жизнедеятельности не наблюдается. Отмечается слабость регуляции произвольной деятельности, недостаточная ее целенаправленность, несформированность функций контроля. Дети с ЗПР отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения, гиперутомляемость. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик. Это дети с различными формами психофизического инфантилизма (от лат. infantilis детский, младенческий).
Существуют типичные особенности, свойственные детям с ЗПР.

Ребенок с ЗПР уже на первый взгляд не вписывается в атмосферу класса массовой школы своей наивностью, несамостоятельностью, непосредственностью, он часто конфликтует со сверстниками, не воспринимает и не выполняет школьных требований, но в то же время он прекрасно чувствует себя в игре, прибегая к ней в тех случаях, когда возникает необходимость уйти о трудной для него учебной деятельности, хотя высшие формы игры со строгими правилами (например, сюжетно-ролевые игры) детям с ЗПР недоступны и вызывают страх или отказ играть.

Не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей, такой ребенок затрудняется в организации собственной целенаправленной деятельности.

Информацию, идущую от учителя, ученик воспринимает замедленно и так же ее перерабатывает, в для более полного восприятия он нуждается в

наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций. Словесно-логическое мышление недоразвито, поэтому ребенок долго не может освоить свернутые мыслительные операции.

У детей с ЗПР низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость, объем и темп работы ниже, чем у нормального ребенка.

Для них недоступно обучение по программе массовой школы, усвоение которой не соответствует темпу их индивидуального развития.

В массовой школе такой ребенок впервые начинает осознавать свою несостоятельность как ученика, у него возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.

Успешное овладение знаниями и навыками может происходить при достаточно высоком уровне внимания. Внимание же детей с ЗПР характеризуется: неустойчивостью, большой отвлекаемостью, недостаточной концентрированностью. Недостатки внимания сказываются негативно на процессах ощущения и восприятия. У детей с ЗПР отмечаются недостатки в мыслительной деятельности. Это отчетливо проявляется в тех трудностях, которые испытывают дети в процессе решения арифметических задач, в овладении навыками письма и чтения. По сравнению с нормальными детьми дети с ЗПР характеризуются сниженным уровнем познавательной активности. Это проявляется в недостаточной любознательности.

Учитель должен помнить о недостаточной продуктивности непроизвольной памяти и специально активизировать их познавательную деятельность. Такая активизация может достигаться различными путями, в том числе: посредством усиления мотивации; путем сосредоточения внимания учащихся на задании.

Дети с ЗПР обучаются на успехе. В свою очередь, успешность их обучения зависит во многом от своевременной и тактичной помощи учителя, при этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, развить в нем веру в свои силы и возможности.

В системе обучения таких детей используют различные виды помощи: стимулирующие; направляющие; обучающие и др. помощь может быть фронтальной (наглядные схемы, пособия, таблицы) и индивидуальной.

Спефицика коррекционной работы с детьми с ЗПР

Организация обучения и воспитания детей с ЗПР регламентируется рядом нормативных государственных документов: приказ Министерства просвещения СССР от 3 июля 1981 года (№ 10== (на основании этого приказа стали функционировать специальные (коррекционные) ОУ: школыинтернаты, классы выравнивания при ОУ), инструктивное письмо Министерства общего и профессионального образования РСФСР «О специфике деятельности специальных (коррекционных) ОУ I-VIII видов».

Для детей с ЗПР создаются специальные (коррекционные) ОУ VII вида. Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1-ая ступень – начальное общее образование (нормативный срок обучения 3-5 лет);

2-ая ступень – основное общее образование (нормативный срок – 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется по заключению ПМПК с согласия родителей или законных представителей ребенка (опекунов): в подготовительный 1-2 классы, в 3 класс в порядке исключения. При этом дети, начавшие обучение в ОУ с 7-летнего возраста в 1 класс коррекционного учреждения, принимаются во 2 класс коррекционного учреждения. Начавшие обучение с 6-летнего возраста – в 1 класс. Дети, ранее не обучавшиеся в ОУ и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в 1 класс КУ (нормативный срок освоения – 4 года); с 6-летнего возраста – в подготовительный класс (нормативный срок освоения – 5 лет). Наполняемость класса в КУ – 12 человек. Перевод воспитанников в

ОУ осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения начального образования. С целью уточнения диагноза воспитанник может находиться в КУ VII вида в течение одного года.

Однако основная масса детей с ЗПР обучается в ОУ в классах коррекционно-развивающего обучения (классы выравнивания, классы для детей с ЗПР). Механизм направления детей в эти классы и организация обучения такие же, как и в КУ VII вида.

Дети занимаются в этих классах по учебникам массовых ОУ по специальным программам. В настоящее время в основном полно разработаны программы классов КРО 1 ступени. Они обеспечивают усвоение содержание начального образования и реализацию стандарта требований к знаниям и умениям учащихся.

Обучение во 2 ступени (5-9 классы) осуществляется по программам массовых ОУ с некоторыми изменениями (сокращение некоторых тем и объема материала в них).

После получения основного общего образования выпускник школы получает свидетельство об образовании и имеет право продолжить обучение в 3 ступени и получить среднее (полное) общее образование.

При организации обучения детей с ЗПР учитель должен приспосабливать к уровню развития детей с ЗПР темп изучения учебного материала и методы обучения. Учащиеся этой категории требуют особого индивидуального подхода к ним, а их коррекционное обучение необходимо сочетать с лечебнооздоровительными мероприятиями. В случаях тяжелой ЗПР для них должны быть созданы специальные условия обучения. Необходимо каждому из таких учащихся оказать помощь: выявить пробелы в знаниях и восполнить их теми или иными способами; объяснить заново учебный материал и дать дополнительные упражнения; значительно чаще использовать наглядные дидактические пособия и разнообразные карточки, помогающие ребенку сосредоточиться на основном материале урока и освобождающие его от работы, неимеющей прямого отношения к изучаемой теме. При этом важно

помнить, что дети с ЗПР нередко способны работать на уроке всего 10-15 минут, затем наступает утомление, интерес к занятиям пропадает.

Даже элементарные новые навыки вырабатываются у таких детей крайне медленно. Для их закрепления требуются многократные указания и упражнения. Работа с детьми с ЗПР требует не только особых методов, но и большого такта со стороны учителя. Педагог, используя поощрения в учебной работе, тем самым изменяет самооценку ребенка, укрепляет в нем веру в свои силы.

При обучении детей с ЗПР весьма существенным представляется подведение их к обобщению не только материала всего урока, но и по отдельным его этапам. Необходимость поэтапного обобщения проделанной на уроке работы вызывается тем, что таким детям трудно удерживать в памяти весь материал урока и связывать предыдущее с последующим. В учебной деятельности школьнику с ЗПР значительно чаще чем нормальному ребенку дают задания с опорой на образцы. При работе с такими детьми желательно давать им доступные инструкции по отдельным видам деятельности.

Важным моментом в организации КРО является динамическое наблюдение за продвижением каждого ученика (индивидуальная траектория развития ученика).

Коррекция индивидуальных недостатков развития осуществляется на индивидуально-групповых занятиях, специально выделенных для этой цели. Это могут быть общеразвивающие занятия, способствующие коррекции недостатков памяти, внимания, развитию мыслительной деятельности, закреплению в речи поставленных логопедом звуков, обогащению и систематизации словаря. Но могут быть и занятия предметной направленности.

В условиях специально организованного обучения дети с ЗПР способны дать значительную динамику в развитии и усвоить многие знания, умения и навыки, которые нормально развивающиеся сверстники набирают самостоятельно.

Организационно-педагогические основы создания классов компенсирующего обучения

Согласно нормативно-правовым положениям, в современной общеобразовательной школе для детей с трудностями в обучении создаются 2 основных вида классов – классы компенсирующего обучения и классы выравнивания. Кроме того, в некоторых ОУ создаются классы педагогической поддержки, классы адаптации, здоровья и т.д.

КРО в классах выравнивания и классах компенсирующего обучения определяется нормативно-правовыми положениями МО РФ и строится на основе организационно-педагогических и научно-методических положений Концепции КРО, разработанной Институтом коррекционной педагогики, а также психолого-педагогических принципов развивающего обучения. Классы выравнивания создаются для обучения детей с ЗПР, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдается слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Классы компенсирующего обучения создаются в ОУ для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ. Их основная цель – создание адекватных условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию таких детей в условиях ОУ.

В классах компенсирующего обучения принимаются дети группы риска. К этой группе относятся дети в силу различных причин приходят в школу физически и психически ослабленными, социально запущенными, с риском социальной и школьной дезадаптации. Это дети «с сохранным интеллектом», значительно более низкими в сравнении со сверстниками адаптационными возможностями.

Дети группы риска не имеют выраженных отклонений в развитии, т.е. у них нет ЗПР церебрально-органического генеза, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы. При интеллектуальном развитии, соответствующем возрастной норме, эти дети обнаруживают низкую работоспособность, повышенную утомляемость и отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность, низкий уровень производительности психических функций и деятельности, несформированность учебной мотивации и познавательных интересов.

Создание специальных классов КРО позволяет обеспечить оптимальные педагогически условия для детей с трудностями в обучении и проблемами в физическом и нервно-психическом здоровье. Необходимым моментом организации КРО в данных классах является динамическое наблюдение за продвижением каждого ребенка. Наблюдение производится психологической службой школы. Результаты наблюдений обсуждаются не менее 1 раза в четверть на малых педсоветах и консилиумах.

При изучении школьников принимаются во внимание следующие показатели:

Физическое состояние и развитие ребенка: динамика физического развития, особенности слуха и зрения, особенности развития опорнодвигательной сферы, координация движений, особенности работоспособности (утомляемость, истощаемость, рассеянность, количество ошибок к концу урока или при однообразных видах деятельности).

Особенности и уровень познавательных процессов: особенности восприятия пространства и времени, особенности внимания, памяти, мышления, речи, познавательные интересы, любознательность.

Отношение к учебной деятельности, особенности мотивации, уровень освоения учебной деятельности.

Особенности эмоционально-волевой сферы: эмоционально-волевая зрелость, преобладающее настроение, особенности самооценки, отношение

со сверстниками, поведение в школе и дома, нарушения поведения, вредные привычки.

Особенности усвоения ЗУН, предусмотренных программой.

Научной основой КРО являются положения гуманистической педагогики. Основная ценность образования – человек, ребенок. Образование и воспитание должны помочь ему стать человеком, стать самим собой.

Теоретические предпосылки для образовательной коррекционноразвивающей практики созданы научной школой Л.С. Выготского.

Принципы развивающего обучения

Принципы – основные положения, на которых разрабатываются конкретные методики, педагогические технологии. Рассмотрим классификацию принципов, предложенную В.П. Зинченко.

Принцип творческого характера развития. Процесс овладения ребенком культурой, целостной деятельностью содержит в себе единство воспроизводящей и креативной (творческой) тенденций. Ребенок не только усваивает знания, опыт, но именно порождает его. В обучении должен быть решен вопрос о соответствии репродуктивных, консервативных и творческих заданий, способов деятельности. Коррекционные задачи должны ставиться позитивно, т.е. речь должна идти о развитии.

Совместная деятельность и общение. Совместная деятельность и общение – движущая сила развития, средство обучения и воспитания. Интеллектуальное и личностное развитие ребенка невозможно вне сотрудничества, общения со взрослыми в совместной с ними деятельности. Педагогика сотрудничества становится необходимой в условиях развивающего обучения.

Принцип ведущей деятельности. Законы смены ведущей деятельности в процессе развития ребенка глубоко исследовал Д.Б. Эльконин, который экспериментально показал, что психологические образования каждого периода в жизни ребенка определяются осуществляемой им ведущей

деятельностью. Ведущая деятельность не означает, что она является единственной. Все виды деятельности после своего появления могут «сосуществовать, интерферировать и конкурировать» друг с другом. И это становится важной психологической проблемой в связи с формированием и развитием личности, которая должна быть способной выбирать ту или иную деятельность, осуществлять ее и строить новую деятельность. Задача КР педагогики – вызвать у ребенка вкус и волю к деятельности, дать средства для ее овладения, сформировать умения планировать деятельность, ставить цели, определять оптимальные средства для ее достижения, контролировать и оценивать процесс и результаты.

Определение зоны ближайшего развития. Важнейший принцип организации КРО. ЗБР определяется содержанием тех задач, которые ребенок еще не может решить самостоятельно, но уже осуществляет с помощью взрослого. Наличие ЗБР свидетельствует о ведущей роли взрослого в психическом развитии ребенка. То, что первоначально делается ребенком под руководством взрослого, становится затем его собственным достоянием. ЗБР позволяет охарактеризовать возможности и перспективу развития. Ее определение играет важное значение для диагностики психического развития ребенка.

Учет сензитивных периодов развития. Этот принцип Л.С. Выготский называет «чрезвычайно важным законом». Существуют оптимальные периоды обучения тому или иному предмету, усвоения предметных и умственных действий, способов общения, развития определенных психических процессов и свойств, качеств личности. наличие сензитивных периодов делает актуальной проблему поиска содержания и методов обучения, соответствующих этим периодам.

Принцип амплификации (расширения) детского развития.Данный принцип рассматривается как необходимое условие разностороннего воспитания ребенка. Амплификация – это условие свободного развития, поиска и нахождения школьником «себя в материале, в той или иной форме

деятельности или общения». (Л.С. Выготский). Дефицит общения в младенчестве приводит к значительным и трудно компенсируемым задержкам в развитии речи. То же происходит при позднем обучении грамоте или недостаточном эстетическом воспитании. Вообще дефицит предметно-практических действий ничем не может быть восполнен и компенсирован. Речь качественно меняет действие, поднимает его на высшую ступень.

Принцип единства аффекта и интеллекта. Данный принцип был обоснован в трудах Л.С. Выготского, а затем и А.В. Запорожца. Образование должно быть эмоционально привлекательным и «ориентированным на целостную человеческую душу, на познание, чувства и волю человека». Переживание психологи называют «единицей развития» ребенка.

Для КРО недостаточно создать положительный эмоциональный фон, положительное эмоциональное отношение ребенка к занятиям. Необходимо включить учащихся в деятельность, близкую и понятную детям, результативную и успешную. Об этом свидетельствует образовательная практика, обучение и воспитание детей в коррекционных классах.

Психологические основы организации и осуществления коррекционно-развивающего обучения

Обучение в компенсирующих классах строится с опорой на действующие учебники. Однако планирование учебного содержания имеет свои особенности. Специфика обнаруживается в структурировании материала, методике его преподавания. Построение содержания учебного материала в системе КРО осуществляется на основе следующих принципов:

Усиления практической направленности изучаемого материала;

Выделения сущностных признаков изучаемых явлений;

Опоры на жизненный опыт учащегося;

Ориентация на внутренние связи в содержании изучаемого материала как в рамках одного предмета, так и между предметами;

Необходимости и достаточности в определении объема изучаемого материала;

Введения в содержание учебных программ коррекционных разделов, предусматривающих активизацию познавательной деятельности, формирования у учащихся деятельностных функций, необходимых для решения учебных задач.

Составной частью КР УВП является индивидуально-групповая работа, направленная на коррекцию индивидуальных недостатков развития. Это специальные занятия, имеющие целью не только повышение общего, интеллектуального уровня развития, но и решение конкретных задач предметной направленности: подготовка к восприятию трудных тем учебной программы, ликвидация пробелов предшествующего обучения и др.

КРО осуществляется на всех уроках. Технология включает информационный и управленческий компоненты. Информационный компонент технологии обучения предполагает определение объема и состава информации, отбор и ее компоновку, свертывание и развертывание, выделение основных информационных единиц и введение их в учебный процесс, установление зависимости между основным понятием, которое должно быть усвоено, и вспомогательными знаниями (научными фактами, экспериментальными данными, практическими сведениями и т.д.); адаптацию учебного содержания к возрасту и возможностям детей, а также к целям.

Способы трансляции учебной информации, содержание педагогических действий, контакты учителя с учащимися при решении учебной проблемы, реализация обратной связи, прогнозирование своих действий и реакций на них учеников, педагогическая оценка процесса и результатов взаимодействия в учебном процессе – все это необходимые характеристики управленческого компонента технологии обучения.

Важнейшим научным основанием организации и осуществления КРО является особенности формирования учебной деятельности. Учебная деятельность только тогда продуктивна для ребенка, когда он выступает ее

субъектом. Основу учебной деятельности составляют субъект-субъектные отношения. Предметом учебной деятельности является сам ученик, его изменения, а не учебная информация.

Источником деятельности является мотив, который выполняет функцию побуждения и смыслообразования. Благодаря мотиву деятельность становится ориентированной на значительно большее. Она затрагивает сознание и чувства человека, становится источником смыслообразования.

Мотив в свою очередь реализуется через постановку и достижение определенной цели. Цель – это представление о конкретном результате, который должен быть получен. Возникновение целей, их выявление, определение, осознание называется целеполаганием. КРО не может быть успешным без формирования у школьников способностей целеполагания в учебной деятельности.

Принятие учеником учебной цели и актуализация ее для себя возможны, если цель эмоционально заряжена. Эмоциональная заряженность учебных целей – одно из определенных условий успеха КРД.

Организация учебного процесса предполагает каждым учащимся выбор индивидуальной образовательной траектории. При прохождении индивидуального маршрута ученик затрачивает нужное ему время, педагог выбирает наиболее подходящие для его стиля мышления и деятельности, средства обучения. Он также может выбрать для ученика методическое указание или инструкцию, по которым ученик работает согласно своим интеллектуальным возможностям и способностям.

Специфика организации учебного процесса школы надомного обучения такова, что дети часто болеют, проходят плановые курсы лечения, медицинскую реабилитацию на курортах и в санаториях. Поэтому часто приходится «догонять» пропущенный учебный материал. С целью оптимизации учебного процесса, выполнения программы по предмету, формирования умения планировать учащимися свою самостоятельную познавательную деятельность, формулировать ее цели, были предложены к

использованию индивидуальные обучающие программы. Индивидуальные обучающие программы рекомендуется использовать при организации учебной деятельности учащихся 7-11 классов. Для решения тех же учебных задач, что и индивидуальные обучающие программы, в учебном процессе используется новая форма учебных занятий– уроки-консультации. Они являются одним из эффективных методов индивидуального обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Если индивидуальные обучающие программы применяются на этапе изучения нового учебного материала, то уроки-консультации являются одним из способов организации учебной деятельности на этапах закрепления, повторения и обобщения ранее изученного. Эти уроки требуют тщательной подготовки, подробного планирования деятельности учащегося по усвоению, закреплению и повторению материала. Назначение уроков-консультаций формирование у ученика навыков самостоятельного повторения и обобщения. Урокиконсультации рекомендуется применять при обучении учащихся 9-11 классов.

Различные виды самостоятельных работ, индивидуальные обучающие программы, уроки-консультации – эффективные формы обучения именно в школе надомного обучения для детей с ограниченными возможностями здоровья. Их использование способствует развитию не только учебных навыков, но и развитию личностных качеств учащихся, особенно самостоятельности. Все предложенные в рамках технологии формы и методы обучения способствуют решению задачи их социально-педагогической адаптации. Они учитывают индивидуально-личностные особенности учащихся, особенности психические развития и заболевания.

Формирование коммуникативных навыков происходит непосредственно во взаимодействии учителя и ученика. Предпосылкой успешности обучения выступают хорошие человеческие взаимоотношения между педагогом и учащимся. Во многих случаях негативно окрашенное педагогическое взаимодействие затрудняет процесс социально-педагогической адаптации

личности с ограниченными возможностями здоровья. На наш взгляд, конструктивные взаимодействия на уроках создают реальные предпосылки повышения интереса учащегося к самому себе, способствует снятию комплекса неполноценности, способствует проявлению различных видов активности: познавательной, социальной и т.д.

Для решения задачи развития познавательных сил и творческого потенциала учащихся с ограниченными возможностями важным является организация их научно-исследовательской деятельности. Потенциал научноисследовательской деятельности в развитии личности учащихся неоценим

Использование компьютерных технологий обучения в условиях школы является жизненной необходимостью. Ведь в школе обучаются дети и с диагнозом ДЦП. Дети с данным диагнозом – это особая категория учащихся, так как у них нарушена структура чувственного познания, различные виды перцептивных, гностических действий. Ощущение собственной неполноценности из-за многогранных поражений, в частности нарушений движений и речи, обуславливающих изолированность ребенка с ДЦП, оказывает психотравмирующее воздействие на становление и формирование его личности.

Для эффективного использования компьютерных технологий в учебном процессе необходимым условием является владение педагогом знаниями в этой области, но и этого не достаточно. Очень важным является и общая педагогическая подготовка учителя, его научно-методический уровень. Ведь только в сочетании с педагогическими приемами и методами, использование информационных технологий в учебном процессе будет эффективным.

Серьезные проблемы возникают при изучении математики, детиинвалиды по многим объективным причинам имеют недостаточную математическую подготовку, поэтому отличительной чертой учащихся нашей школы является слабое развитие у них мыслительной деятельности, быстрая утомляемость, низкий уровень продуктивной деятельности, плохая память. Содержание

учебного материала оказывается для них труднодоступным. Что делать, чтобы повысить уровень продуктивной деятельности на уроках? Как сделать ученика активным участником учебного процесса? Одним из методов решения этой проблемы является использование коррекционно-развивающих упражнений по развитию памяти, внимания и мышления на уроках математики, на внеклассных занятиях по математике. Коррекционно-развивающие упражнения можно проводить на любом этапе урока. Предложенный комплекс коррекционно-развивающих упражнений поможет учителю, не теряя время, подобрать необходимые задания в соответствии с изучаемой темой и возрастом ребенка.

Таким образом, самостоятельная познавательная деятельность детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения способствует более успешному их умственному и личностному развитию, адекватности их самооценки, активизации самосознания личности. Предложенная технология обучения способствует более успешному развитию и саморазвитию личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, которая является залогом успешной социально-педагогической адаптации и интеграции в общество.

2. Совершенствованию деятельности педагогических работников и сотрудников центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в части комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных школах

В соответствии с рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования (письмо Минобрнауки РФ от 10.0-2015 г. № ВК-268/0 по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее – ППМС-центров) к основным задачам совершенствования деятельности таких Центров относятся:

расширение содержания деятельности;

увеличение охвата различных категорий детей (в том числе различных категорий детей-инвалидов);

разработка и применение инновационных подходов и технологий психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов и их ближайшего окружения;

психологизация образовательной среды.

В контексте обозначенных задач представляется актуальным развитие направления комплексного сопровождения ППМС-центрами детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях.

По данным Росстата в Российской Федерации численность детей- инвалидов в возрасте до 18 лет на 1 января 2016 г., составила более 616 тыс. человек. В целом в стране дети-инвалиды составляют 2,1% к общей численности детского населения, со значительными колебаниями по субъектам РФ: от 12,2% (Чеченская Республика) до 1,4% (Чукотский автономный округ). Ежегодно в РФ федеральными учреждениями медико- социальной экспертизы впервые освидетельствуется на предмет категории «ребенок-инвалид» около 90 тыс. детей.

Большая часть детей-инвалидов получает образование в муниципальных общеобразовательных школах, где пока еще нет необходимых условий для комплексного сопровождения и обучения этих обучающихся. Дефицит или отсутствие специалистов (учителей-логопедов, педагогов-дефектологов, педагогов-психологов и др.), способных осуществлять психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов с разными заболеваниями и нарушениями развития, а также недостаточная компетентность учителей в вопросах разработки и реализации адаптированных основных общеобразовательных программ обусловливают необходимость оказания ППМС-центрами помощи муниципальным общеобразовательным школам по комплексному сопровождению таких детей.

Как известно, дети-инвалиды представляют собой достаточно разнородную группу не только по характеру и тяжести заболеваний, особенностям психофизического развития, но и по своим образовательным потребностям, в том числе определяемыми возможностями обучаемости. Так, одни из них способны полноценно освоить содержание основной общеобразовательной программы, нуждаясь лишь в щадящем режиме обучения (адаптированной под возможности такого ученика организации учебных занятий, дозированной учебной нагрузке). Это преимущественно дети, причиной инвалидности которых является заболевания (в том числе врожденные пороки развития) внутренних органов (болезни органов дыхания, пищеварения, а также сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой и иммунной систем).

У других обучающихсяв связи с имеющимися нарушениями психофизического развития (физическими или психическими недостатками развития), подтвержденными психолого-медико-педагогической комиссией, есть особые образовательные потребности, предполагающие создание специальных условий обучения и разработку адаптированных основных общеобразовательных программ, в том числе с максимальной индивидуализацией их содержания и планируемых образовательных результатов.

В связи с указанными выше различиями детей-инвалидов содержание и организация их комплексного сопровождения в рамках деятельности ППМС-центра должны выстраиваться на основе дифференцированного и индивидуального подходов, ориентированных на создание условий для реализации потенциала способностей ребенка-инвалида, его успешной социализации и дальнейшей социальной адаптации.

При этом основой для определения направлений и разработки содержания программы комплексного сопровождения детей-инвалидов являются:

индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида), предусматривающая

осуществление медицинских, психолого-педагогических, социальных и физкультурно-оздоровительных мероприятий с учетом потребностей ребенка;

рекомендации, указанные в заключении психолого-медико- педагогической комиссии (для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья).

Сама программа комплексного сопровождения должна быть ориентирована на весь комплекс особых образовательных потребностей ребенка-инвалида, выявленных в ходе его целостного изучения, включающего анализ не только проблем, обусловленных заболеванием, но социальными условиями развития.

Решение задач комплексного сопровождения ППМС-центрами различных категорий детей-инвалидов предполагает:

организацию на новом уровне межведомственного взаимодействия органов управления и организаций системы здравоохранения, образования, социальной защиты и др.

обеспечение ППМС-центров подготовленными кадрами (прежде всего педагогами-дефектологами, специальными и клиническими психологами, медицинскими специалистами) с учетом численности детей- инвалидов, нуждающихся в комплексном сопровождение;

материально-техническое и финансовое обеспечение деятельности Центров с учетом объема и характера осуществляемых услуг по комплексному сопровождению детей-инвалидов.

Общие подходы к осуществлению ППМС-центрами комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных организациях

Разработка и реализации программы комплексного сопровождения обучающегося с инвалидностью осуществляется в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида, которая выдается учреждениями медико-социальной экспертизы1. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывается по результатам

проведения медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченным заместителем руководителя главного бюро (Федерального бюро). Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы направляет выписку из ИПРА ребенка-инвалида (далее - Выписка) в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства ребенка-инвалида, определенные в соответствии с его ИПРА исполнителями реабилитационных и/или абилитационных мероприятий. Выписка направляется для выполнения следующих мероприятий:

по медицинской реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

по психолого-педагогической реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования;

по профессиональной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения;

по социальной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения;

по физкультурно-оздоровительным мероприятиям – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта;

по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемых ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета, – в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Органы исполнительной власти и региональные отделения Фонда в 3-дневный срок с даты поступления Выписки в целях реализации предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) реабилитационных или абилитационных мероприятий должны организовать работу по разработке перечня мероприятий, с указанием исполнителей и сроков исполнения мероприятий [66].

В качестве исполнителей мероприятий, предусмотренных перечнем, указываются организации, осуществляющие деятельность по реабилитации или абилитации инвалидов в соответствующей сфере деятельности органа исполнительной власти. Срок исполнения мероприятий, предусмотренных перечнем, не должен превышать срока исполнения мероприятий, возложенных на орган исполнительной власти по реализации ИПРА ребенка-инвалида. Сведения о выполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), представляются органом исполнительной власти (региональным отделением Фонда) бюро (главному бюро, Федеральному бюро) не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида). Оценка результатов проведения мероприятий осуществляется специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) при очередном освидетельствовании ребенка-инвалида.

ППМС-центры, создающиеся органами исполнительной власти в сфере образования, могут осуществлять мероприятия по психолого-педагогической и социальной реабилитации или абилитации детей-инвалидов, а также при наличии условий проводить физкультурно-оздоровительные мероприятия, предусмотренные ИПРА. Эти мероприятия могут осуществляться ППМС-центром при реализации программ коррекционной работы, связанной с оказанием комплексной (психолого-педагогической, медицинской и

социальной) помощи детям, испытывающим трудности в освоении общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, а также в рамках реализации основных общеобразовательных программ дошкольного образования, дополнительных общеобразовательных программ и программ профессионального обучения [66].

Реализация мероприятий в части психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов, предусматривает, прежде всего, психолого-педагогическое сопровождение специалистами ППМС- центра получения образования этими детьми по основным общеобразовательным программам. В рамках договора о сетевой реализации основной общеобразовательной программы, в том числе адаптированной основной общеобразовательной программы (далее ООП или АООП) специалисты ППМС-центра могут реализовывать определенные направления коррекционной работы.

Разработка и реализация программы комплексного сопровождения, включающей мероприятия психолого-педагогической реабилитации и/или абилитации, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалидов, осуществляется на основе следующих принципов:

комплексного подхода в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;

преемственности в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;

непрерывности в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;

учета возрастных и индивидуальных особенностей проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий;

апелляции к личности ребенка-инвалида, использования ресурсов его развития;

динамического наблюдения за развитием ребенка и оценки эффективности реабилитационных или абилитационных мероприятий;

активного привлечения родителей ребенка-инвалида к участию в реабилитационном или абилитационном процессе.

Направления работы по реализации мероприятий психолого- педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов дифференцированы в соответствии с определенными функциями ППМС- центров [72].

В рамках функции ППМС-центров по оказанию психолого- педагогической, медицинской и социальной помощи детям-инвалидам можно выделить следующие направление деятельности:

консультирование родителей (законных представителей) детей- инвалидов по вопросам предупреждения и преодоления трудностей обучения, нарушений социализации и социальной адаптации;

своевременное выявление и коррекция отклонений в развитии детей-инвалидов;

участие специалистов ППМС-центров в разработке и реализации АООП для обучающихся с инвалидностью в соответствии с медицинскими или социально-педагогическими показателями;

организация вариативных форм групп кратковременного пребывания для детей-инвалидов и детей с ОВЗ;

оказание психологической помощи детям-инвалидам, находящимся в кризисном состоянии, ситуации конфликта, состоянии дезадаптации и других состояниях;

оказание комплексной индивидуально-ориентированной помощи детям-инвалидам из приемных и опекунских семей;

обследование детей-инвалидов для определения индивидуальных особенностей, ограничений и ресурсов, оценки ситуации развития, выявления причин трудностей;

проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми- инвалидами, испытывающими трудности в обучении, адаптации, социализации.

Функция ППМС-центров по оказанию помощи организациям, осуществляющим образовательную деятельность, по вопросам реализации

основных общеобразовательных программ, обучения и воспитания обучающихся с инвалидностью [72] предполагают следующие направления деятельности:

проведение комплексной экспертизы образовательных программ, проектов, учебно-методических комплектов, педагогических технологий и инноваций по работе с детьми-инвалидами;

разработка принципов, критериев, инструментов проведения мониторинга психического развития детей, а также мониторинга сформированности универсальных (базовых) учебных действий в соответствии с требованиями к образовательным результатам федеральных государственных образовательных стандартов, в том числе для обучающихся с ОВЗ;

участие в разработке муниципальной модели организации образования и комплексного сопровождения детей-инвалидов и детей с ОВЗ;

участие в организации и проведении научно-исследовательской и опытно-экспериментальной работы, осуществляемой с научными организациями и вузами на основе сетевого взаимодействия ;

проведение обучающих семинаров и курсов повышения квалификации по работе с детьми-инвалидами (при наличии соответствующей лицензии);

обеспечение психолого-педагогического сопровождения реализации основных общеобразовательных программ и адаптированных основных общеобразовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;

оказание ППМС-помощи участникам образовательного процесса – детям и подросткам, родителям (законным представителям), педагогам образовательных организаций в предупреждении и разрешении проблем обучения, самореализации, социализации детей-инвалидов;

оказание методической помощи образовательным организациям по работе ПМПк, разработке образовательных программ, индивидуальных учебных планов, выбору моделей инклюзии, оптимальных методов обучения и

воспитания детей-инвалидов, обучающихсяс ОВЗ и инвалидностью, выявлении и устранении у них препятствий к обучению;

проведение психолого-педагогических мониторингов психофизиологического и психоэмоционального состояния, социального самочувствия, адаптированности к условиям обучения и т.п. обучающихся с инвалидностью;

участие в проектировании образовательной среды в образовательных организациях с учетом результатов проводимых мониторингов;

осуществление мониторинга эффективности оказываемой организациями психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;

осуществление методического, информационного и организационного обеспечения деятельности педагогов и специалистов образовательных организаций по ППМС-сопровождению участников образовательного процесса;

подготовка рекомендаций по оказанию детям ППМС-помощи и организации их обучения и воспитания.

На условиях сетевого взаимодействия с общеобразовательными организациями ППМС-центры осуществляют:

проведение психолого-педагогической диагностики для оценки адаптированности к условиям образования и выявление детей, нуждающихся в ППМС-помощи;

организацию работы психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации;

участие в разработке АООП и индивидуальных учебных планов для детей-инвалидов;

проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми- инвалидами, испытывающими трудности в обучении, адаптации и социализации;

психолого-педагогическое консультирование родителей (законных представителей) детей-инвалидов;

содействие в выборе образовательного маршрута с учетом индивидуальных особенностей, возможностей и склонностей ребенка- инвалида;

осуществление профессиональной ориентации обучающихся с инвалидностью;

проведение мониторинга состояния и динамики развития детей- инвалидов в образовательном процессе;

оказание первичной психологической помощи и поддержки детям и подросткам с инвалидностью в состоянии дезадаптации, стресса;

оказание ППМС-центрами индивидуально-ориентированной психолого-педагогической помощи одаренным детям-инвалидам;

осуществление помощи педагогам в индивидуальном подходе к детям-инвалидам, индивидуализации их обучения;

содействие родителям (законным представителям) детей-инвалидов в сфере детско-родительских отношений и воспитания;

ведение просветительской работы в целях повышения психологической компетентности всех участников [72].

Функции ППМС-центров по обеспечению функционирования психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК):

проведение обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении;

подготовка рекомендаций по оказанию детям ППМС-помощи и организации их обучения и воспитания;

внесение специалистами ПМПК корректировок в ранее данные рекомендации;

оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;

оказание методической, информационной и организационной помощи школам в работе психолого-медико-педагогических консилиумов и другие [72].

Важной составляющей психолого-педагогических мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида и реализуемых ППМС-центрами, является психолого-педагогическая коррекция. В качестве основных принципов ее осуществления выделяют [66]:

Принцип комплексности, предполагающий осуществление комплекса клинико-психолого-педагогических коррекционных воздействий, учитывающих клинические и социальные факторы в развитии ребенка.

Принцип единства диагностики и коррекции, суть которого состоит в том, что любые коррекционные воздействия должны основываться на глубоком и комплексном изучении ребенка, анализе структуры выявленных у него нарушений, а также постоянном отслеживании динамики его развития с помощью различных диагностических инструментов в процессе коррекционной работы.

Принцип личностного подхода, когда ребенок оценивается как целостная личность в совокупности своих возрастных, половых и индивидуальных особенностей, а также характеристик его социальных отношений.

Принцип деятельностного подхода, предусматривающий, что предметом изучения (диагностики) являются все компоненты психической деятельности ребенка, прежде всего ведущей на данном этапе возрастного развитии. При этом сама психическая деятельность, ее основные структурные составляющие, нарушенные или несформированные в результате влияния различных факторов, становятся предметом реабилитационной или коррекционной работы.

Принцип опережающего воздействия, предполагает, что у детей- инвалидов многие высшие психические функции своевременно не формируются, в связи с чем методы психолого-педагогической коррекции должны быть направлены не столько на коррекцию каких-то нежелательных форм

поведения или реагирования, но в основном на формирование тех навыков, способностей и поведенческих реакций, которые понадобятся ребенку на следующей ступени развития (интеллектуального, эмоционального, социального) [66].

Программы коррекционной работы, реализующиеся в ППМС-центрах, осуществляются дефектологами, психологами и логопедами. Такие программы включают направления работы по развитию когнитивной сферы (произвольного внимания, памяти, мышления, пространственной ориентировки и др. высших психических функций), речи, моторных навыков и эмоционально-волевой сферы. Коррекция эмоционально-волевых нарушений рекомендуется для детей при формирующейся психопатии/психопатоподобных нарушениях, расстройствах аутистического спектра, а также в других случаях нарушения коммуникации, норм социального поведения, эмоционального общения в паре родитель-ребенок. В зависимости от характера и выраженности проблем поведения, нарушений эмоциональной сферы, а также возраста и уровня интеллектуального развития для осуществления коррекционной работы могут использоваться поведенческие методы, методики формирования произвольной регуляции поведения, развития эмоциональной сферы (эмоционального гнозиса, словаря эмоций, выражения эмоциональных состояний и др.), методики арт-терапии и др. Коррекцию эмоциональной сферы ребенка желательно осуществлять в условиях индивидуальных психокоррекционных занятий, которые могут быть дополнены и групповыми методами. При нарушениях эмоциональной коммуникации в паре родитель-ребенок коррекционные занятия включают и ребенка, и родителя.

Важнейшим направлением коррекционной работы является формирование социально-бытовых. Данное направление психолого- педагогической коррекции, реализующееся педагогами и педагогами- дефектологами особенно значимо, когда у детей-инвалидов многие навыки бывают несформированы в связи с особенностями заболевания, а также при

неправильном подходе к воспитанию родителей (по типу гиперопеки). Данное направление рассматривается как основное в программе работы с детьми с выраженными формами умственной отсталости.

В период школьного обучения направления психолого-педагогической коррекции связаны с созданием условий для школьной адаптации обучающегося с инвалидностью, формированию у него учебной мотивации и навыков учебной деятельности. Многие дети с инвалидностью нуждаются в выстраивании индивидуального образовательного маршрута, в обучении по индивидуальному учебному плану, а при тяжелых и множественных нарушениях развития в обучении по специальной индивидуальной программе развития (далее – СИПР). На основе сетевого взаимодействия общеобразовательных организаций и ППМС-центров, специалисты (педагоги, учителя-логопеды, педагоги-психологи, педагоги-дефектологи и др.) последних могут участвовать:

в осуществлении диагностики детей-инвалидов;

в реализации коррекционных курсов, а также программ учебных предметов, предусмотренных учебным планом адаптированной основной образовательной программы;

в осуществлении профессиональной ориентации и формировании у школьников-инвалидов мотивации к получению профессионального образования и профессиональному обучению.

Решение проблем школьной адаптации ребенка-инвалида часто связано с формированием его межличностных отношений с учителями и одноклассниками. Большое значение такая психологическая поддержка имеет для детей с повышенной ранимостью, высокой тревожностью по отношению к учителям и школе, в случае конфликтов, а также в начальном этапе вхождения ребенка с особыми потребностями в детский коллектив.

Одним из направлений коррекционной работы является коррекция взаимоотношений в семье ребенка-инвалида. Поддержка семьи и, при

необходимости, коррекция семейных отношений имеет особое значение в два периода жизни ребенка-инвалида.

Первый период связан с ситуацией, когда родители узнают, что у ребенка имеются нарушения здоровья (развития). В этот период члены семьи находятся в состоянии растерянности и нуждаются в поддержке, информационном сопровождении для понимания перспектив ребенка и своей жизни. В этом периоде основная цель коррекции взаимоотношений в семье состоит в подготовке родителей к принятию факта инвалидности ребенка, формированию максимально сбалансированного стиля взаимоотношений между членами семьи и с ребенком.

Второй трудный период в жизни семьи, воспитывающей ребенка- инвалида, связан достижением им подросткового возраста, когда родители осознают, что ребенок взрослеет на фоне продолжающейся от них зависимости. В этот период родители начинают искать решения для обеспечения взрослого будущего их детей, выбора профессии, возможной трудовой деятельности и др. В этой ситуации родителям необходима психологическая поддержка, касающаяся формирования новых взаимоотношений в семье, развития большей самостоятельности у подростка-инвалида, его профориентации и т. д.

Следует отметить, что психологическая поддержка семьи, особенно в части детско-родительских отношений и стиля воспитания, может быть необходимой и более длительное время, требовать постоянного внимания со стороны психологов.

Мероприятия по социальной реабилитации ребенка-инвалида направлены на оказание помощи ребенку в формировании его социального статуса, достижении им материальной независимости в будущем, социальной адаптации и интеграции в общество.

Реализация услуг по социальной реабилитации детей-инвалидов осуществляется поэтапно и непрерывно. Содержание и длительность

процесса реабилитации определяются потребностью ребенка в каждой конкретной услуге [66].

Наряду с мероприятиями по психолого-педагогической реабилитации, ИПРА включает также мероприятия по социальной реабилитации, в том числе:

социально-средовой;

социально-педагогической;

социально-психологической;

социокультурной;

социально-бытовой;

физкультурно-оздоровительной, в том числе спортивных мероприятий.

Нуждаемость в мероприятиях социальной реабилитации детей- инвалидов определяется на основе результатов проведения социальной диагностики ребенка и его семьи.

В реализации этих мероприятий также могут принимать участие специалисты ППМС-центров.

Социально-средовая абилитация или реабилитация направлена на интеграцию ребенка-инвалида в общество путем обеспечения его необходимым набором технических средств реабилитации, обучению пользования ими, созданием доступной среды в ближайшем окружении ребенка-инвалида. Мероприятия по социально-средовой реабилитации ребенка-инвалида заключаются в восстановлении (формировании) или компенсации следующих элементов активности и участия: в обычных общественных взаимоотношениях (встречи с друзьями, родственниками, общение по телефону и др.), вовлеченности в данные отношения, ролевое положение в семье, умение распоряжаться деньгами, посещать магазины, производить покупки, учреждения сферы услуг, делать иные расчеты и др.), умения пользоваться транспортом, транспортными коммуникациями, преодоление препятствий – лестниц, бордюров, умения пользоваться средствами связи, информацией, газетами, чтение книг, журналов,

проведение досуга, физической культуры, спорта, творчества, возможность посещения культурно-массовых учреждений и пользование их услугами.

Социально-педагогическая абилитация или реабилитация осуществляется в ходе обучения ребенка-инвалида по соответствующим его возможностям образовательным программам, посредством формирования знаний, навыков, стереотипов социального поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих полноценное участие детей- инвалидов в общепринятых формах социального взаимодействия. Это направление включает:

социально-педагогическую диагностику; ==социально-педагогическое консультирование;

педагогическую коррекцию;

коррекционное обучение;

педагогическое просвещение;

социально-педагогический патронаж и поддержку [66].

Основной задачей социально-педагогической диагностики выявляется выявление и анализ всего комплекса проблем развития, социализации и социальной адаптации ребенка-инвалида для определении направлений его дальнейшего сопровождения.

Социально-педагогическое консультирование заключается в оказании помощи ребенку-инвалиду или его родителям в получении образовательных услуг с целью принятия осознанного решения по выбору уровня, места, формы и условий обучения/образования, мероприятий, обеспечивающих освоение образовательных программ на оптимальном уровне, по подбору и использованию необходимых учебных пособий и технических средств обучения, учебного оборудования с учетом особенностей образовательного потенциала инвалида и степени ограничений способности к обучению.

Педагогическая коррекция направлена на развитие и исправление недостатков психических и физических функций ребенка-инвалида педагогическими методами и средствами. Педагогическая коррекция осуществляется в процессе индивидуальных и групповых занятий с

логопедом, с педагогом-дефектологом (тифло-, сурдо-, тифлосурдо-, олигофренопедагогами).

Коррекционное обучение включает в себя обучение жизненным навыкам, персональной сохранности, социальному общению, социальной независимости, пользованию техническими средствами реабилитации, языку жестов инвалидов с нарушениями слуха и членов их семей, ясному языку инвалидов с ментальными нарушениями, восстановление социального опыта специальными педагогическими методами, учитывающими имеющиеся у инвалида нарушения функций организма и ограничения способности к обучению.

Педагогическое просвещение, предполагает информирование инвалидов и членов их семей, а также специалистов, работающих с инвалидами, в области знаний об инвалидности, методах и средствах реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

Социально-педагогический патронаж и поддержка детей-инвалидов и их семей включает: ==курирование условий обучения ребенка-инвалида в семье, возможности помощи членов семьи в процессе обучения инвалида, содействие в получении общего и профессионального образования, информирование по вопросам общего и профессионального образования, организацию психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процесса обучения, содействие во включении инвалида в общественные организации инвалидов.

Социально-психологическая абилитация или реабилитация детей-инвалидов направлена на восстановление (формирование) способностей, позволяющих им успешно выполнять различные социальные роли (игровые, образовательные, семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество. Это направление включает:

психологическое консультирование, ориентированное на решение социально-психологических задач и представляющее собой специально организованное взаимодействие между психологом и ребенком (и/или его родителем/опекуном), нуждающимся в психологической помощи, с целью разрешения проблем в области социальных отношений, социальной адаптации, социализации и интеграции;

психологическую диагностику, заключающуюся в выявлении психологических особенностей инвалида, определяющих специфику его поведения и взаимоотношений с окружающими, возможности его социальной адаптации с использованием психодиагностических методов и анализе полученных данных в целях социально-психологической реабилитации;

психологическую коррекцию, направленную на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении инвалида, а также на помощь в формировании необходимых психологических и социальных навыков и компетенций ребенка-инвалида, естественное становление которых затруднено в силу ограничений жизнедеятельности либо особенностей условий развития и среды;

психотерапевтическую помощь, рассматриваемую как систему психологических воздействий, направленных на преодоление нарушений психической деятельности и поведения, обусловленных психогенными воздействиями, а также психотравмирующими обстоятельствами, связанными с болезнью, неблагополучной микросоциальной средой и др. В качестве методов активирующего психотерапевтического воздействия могут быть использованы арт-терапия, психодрама, семейная психотерапия, библиотерапия и другие методы терапии в групповой или индивидуальной форме;

социально-психологический тренинг, направленный на снятие у ребенка-инвалида последствий психотравмирующих ситуаций, нервно- психической напряженности, на развитие и тренинг отдельных психических функций и

качеств личности, ослабленных в силу заболевания или условий социальной среды, а также на формирование способностей, позволяющих успешно выполнять различные социальные роли;

психологическая профилактика, основными задачами которой при работе с детьми и подростками, имеющими инвалидность, являются: повышение социально-психологической компетентности для решения проблем социальной адаптации, коммуникации, предупреждения и преодоления психологического стресса, полноценного психического функционирования и др.;

социально-психологический патронаж, который заключается в систематическом наблюдении за инвалидами и условиями их развития для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта, обусловленных проблемами адаптации инвалида в семье, в социуме в целом, и оказания, при необходимости, психологической помощи.

Социокультурная реабилитация детей-инвалидов представляе собой комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи ребенку-инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости. Социокультурная реабилитация направлена на преодоление или нивелирование дисгармоний психического развития детей вследствие инвалидизирующих заболеваний.

Программы социокультурной реабилитации должны строиться с учетом дифференциации по типу дефекта, личностных расстройств вследствие инвалидизирующей патологии, полу, психофизическим характеристикам, свойственным ребенку в соответствующем возрасте. Учитываются противопоказанные факторы, например, использование средств (клей, бумага и др.), вызывающих аллергические реакции, колющих, режущих предметов при эпилепсии и т.п.

Мероприятия по социокультурной реабилитации ребенка-инвалида включают в себя:

обучение инвалида навыкам проведения отдыха, досуга;

проведение мероприятий, направленных на создание условий возможности полноценного участия детей-инвалидов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих социокультурные и духовные их запросы, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсии, встречи с деятелями литературы и искусства, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия);

обеспечение детей-инвалидов, находящихся в учреждениях, и содействие в обеспечении детей-инвалидов, обслуживаемых на дому, периодической, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературой, аудиокнигами и книгами с рельефно- точечным шрифтом Брайля; создание и предоставление инвалидам по зрению возможности пользоваться адаптированными компьютерными рабочими местами, сетью Интернет, Интернет-документами с учетом ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида;

содействие в обеспечении доступности для детей-инвалидов посещений театров, музеев, кинотеатров, библиотек, возможности ознакомления с литературными произведениями и информацией о доступности учреждений культуры;

разработка и реализация разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, художественно-публицистических, спортивно-развлекательных и т.п.), способствующих формированию здоровой психики, развитию творческой инициативы и самостоятельности [66].

Программы социокультурной реабилитации также могут стимулировать двигательную активность, развивать и корригировать общую и мелкую моторику, способствовать развитию речи; развивать все виды восприятия

(временные и пространственные представления, представления о схеме тела), графические навыки.

Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов направлена на обучение ребенка-инвалида самообслуживанию, а также включает мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Социально-бытовая адаптация ориентирована на детей-инвалидов, не владеющих необходимыми социально-бытовыми навыками и нуждающихся во всесторонней ежедневной поддержке в микросоциальной среде.

Основными составляющими социально-бытовой адаптация являются:

обучение ребенка-инвалида навыкам личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения и др., в том числе с помощью технических средств реабилитации;

информирование и консультирование по вопросам социально- бытовой реабилитации;

мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности [66].

Направление «Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт» включает в себя адаптивную физическую культуру (далее – АФК), физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, спорт инвалидов (включая паралимпийское движение России, сурдлимпийское движение России, специальную олимпиаду России).

Основной целью спортивно-оздоровительной работы с инвалидами является осуществление их непрерывного физкультурного образования и формирование здорового образа жизни. В развитии АФК и спорта инвалидов принципиальным является формирование у инвалида убежденности в полезности и целесообразности занятий физкультурой, осознанном отношении к освоению двигательных навыков, развитию мотивации и самоорганизации здорового образа жизни.

Адаптивная физическая культура включает четыре вида: адаптивное физическое воспитание (образование); адаптивную физическую рекреацию; адаптивную двигательную реабилитацию (физическая реабилитация); адаптивный спорт. Также в адаптивной физической культуре выделены новые направления – креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные и экстремальные виды двигательной активности [66].

Мероприятия по адаптивной физической культуре и спорту могут реализовываться с участием специалистов ППМС-центров в разных организациях (детско-юношеских спортивно-адаптивных школах, отделениях и группах по адаптивному спорту в учреждениях дополнительного образования детей, осуществляющих деятельность в области физической культуры и спорта, образовательных учреждениях, физкультурно-спортивных клубах инвалидов и других физкультурно-спортивных организациях).

Функциональный диагноз как основа реализации дифференцированного и индивидуального подходов к комплексному сопровождению детей-инвалидов

Современное понимание комплексного сопровождения как системы совместных и взаимосвязанных действий специалистов предполагает, что оно осуществляется на основе глубокого и всестороннего изучения ребенка. Такое изучение ребенка ориентирует специалиста на выявление закономерных связей и процессов в контексте имеющихся у него проблем социализации и социальной адаптации.

Максимальная реализация дифференцированного и индивидуального подходов к организации образования и комплексного сопровождения ребенка с ОВЗ может осуществляться с помощью многоосевой функциональной диагностики, принципы проведения которой были разработаны в детской психиатрии в 60-е годы двадцатого века [2,15]. В нашей стране разработка понятия функционального диагноза осуществлялась

в исследованиях Т.А. Гейер, Д.Е. Мелехова, В.В. Ковалева, И.А. Коробейникова, Л.Н. Винокурова, Ю.С. Шевченко и др. [18].

В соответствии с определением В.В. Ковалева под функциональным диагнозом в психиатрии понимается оценка индивидуальных особенностей заболевания, болезненных изменений и сохранных свойств личности, ее реакций на болезнь и возможностей социальной адаптации в условиях болезни [5]. Таким образом, применительно к детскому возрасту в функциональном диагнозе выделялось несколько основных аспектов: клинический, психологический, педагогический и социальный. Наличие этих аспектов предусматривало полидисциплинарный характер диагностики при участии в ее осуществлении представителей смежных специальностей (врачей, психологов и педагогов).3

А.А. Северный отмечает, что такой подход полностью соответствует сформулированной классиками детской психиатрии теории неразрывной связи проявлений и течения расстройств психики, развития, поведения у детей со всем комплексом биологических, эволютивных, социальных, в первую очередь семейных факторов» [18]. На его основе была разработана многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10.

Учитывая, что в нашей стране в последние годы в медицинских диагностических заключениях используются шифры МКБ-10, многоосевой подход может использоваться для определения ПМПК направлений комплексного сопровождения обучающегося с ОВЗ.

3 Следует отметить, что в функциональном диагнозе комплексный характер обследования предполагает не столько оценку разных показателей функционирования обследуемого (состояния здоровья, характера и тяжести его нарушений, уровня развития высших психических функций, условий и особенностей социализации, сформированности навыков), сколько определение их совместного влияния на актуальный уровень социальной адаптации и прогноз дальнейшего развития.

Так, при постановке функционального диагноза обучающемуся с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) многоосевая диагностика включает:

клиническую квалификацию варианта аутистического расстройства по рубрике F84 «Общие расстройства развития» (ось I) МКБ-10), в которую включены: «Детский аутизм» (F-8==0), «Атипичный аутизм» (F-8=, «Синдром Ретта» (F-8=, «Другое дезинтегративное расстройство детского возраста» (F-8=, «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (F-8=, «Синдром Аспергера» (F-8=, «Другие расстройства развития» (F-8, «Общее расстройства развития, неуточненное;

выявление специфических расстройств развития (например, если ребенок с аутизмом имеет расстройства речи, праксиса, школьных навыков и др.) согласно кодам МКБ-10 (ось II), включающих специфические расстройства развития речи (F80), специфические расстройства развития школьных навыков (F8==, специфическое расстройство развития двигательных функций (F8== и смешанные специфические расстройства развития (F8==;

диагностику актуального уровня общего интеллектуального развития ребенка, в том числе определение степени умственной отсталости согласно кодам F70 – F79 (ось III);

оценку соматического состояния, в т. ч. указание текущих соматических заболеваний, требующих медицинской помощи (ось IV);

анализ сопутствующих аномальных психоциальных ситуаций, которые могут иметь значение при планировании коррекционных мероприятий (ось V);

общую оценку нарушения психосоциальной продуктивности, отражающую качество психического и социального функционирования ребенка и позволяющую в дальнейшем отслеживать успешность социализации и социальной адаптации ребенка с РАС (ось VI).

Как видно из представленных осей, каждая из них может отражать определенный блок особых образовательных потребностей ребенка с РАС. Клинические варианты аутизма могут иметь разную природу, характер проявлений, динамику и прогноз, что необходимо учитывать при разработке образовательного маршрута и программы комплексного сопровождения обучающегося с аутизмом.

На основе диагностики уровня актуального развития и оценки зоны ближайшего развития ПМПК может рекомендовать один из четырех вариантов АООП, изменение которого возможно при улучшении / ухудшении динамики развития обучающегося с РАС. Характер специфических расстройств развития должен учитываться при планировании коррекционной работы с ребенком.

Следует отметить, что последовательность осей и представляемых в рамках их информации может меняться с учетом основного варианта психического дизонтогенеза. Например, при умственной отсталости, выступающей в качестве основного нарушения развития, первой представляется первая ось, в которой указывается степень психического недоразвития. При этом должна быть дана характеристика структуры недоразвития. Наличие осложняющих умственную отсталость других нервно-психических (в том числе поведенческих) или соматических расстройств, неблагоприятных семейных и других факторов, затрудняющих социализацию и социальную адаптацию ребенка, представляется ниже [18].

Разработка программы комплексного сопровождения на основе многоосевого функционального диагноза предполагает учет взаимосвязи эмоциональных, когнитивных, речевых, соматических нарушений и их влияний на обучаемость и социальную адаптацию обучающегося с ОВЗ. Поэтому каждый специалист, участвующий в комплексном сопровождении детей с ОВЗ должен иметь представления о содержании работы, проводимой другими специалистами.

В условиях реализации ФГОС ОВЗ возрастает потребность в разработке специальной концепции функционального диагноза при нарушениях психического развития, принципы которой были обозначены в работах И.А. Коробейникова. По его мнению, идея комплексного подхода способна превратиться из декларации в реальность только при условии решения задач как методологического, так и организационно-практического уровня, непосредственно связанных проблемой оптимального сотрудничества специалистов разного профиля, участвующих в диагностической и коррекционной работе.

Особенности психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями

Среди детей-инвалидов достаточно большую группу составляют дети с различными соматическими заболеваниями, в том числе заболеваниями (включая пороки развития) внутренних органов: болезнями органов дыхания, пищеварения, а также сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой и иммунной систем. По данным Минтруда России эти заболевания в совокупности составляют около 14 % в общей структуре заболеваний, обусловливающих инвалидность.

Любое соматическое заболевание, острое либо хроническое, всегда в той или иной степени влияет на человека, на его мозг и психическую деятельность в диапазоне от временного ухудшения общего самочувствия до состояния нетрудоспособности, дающего право на получение «больничного листка» и даже инвалидности. В работах великих отечественных ученых врачей М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и др. уже давно было показано единство организма, психики и личности, находящихся в состоянии сложного взаимовлияния между собой. Соматическое и психическое, являясь качественно различными категориями, одновременно представляют тесно связанные между собой компоненты единого «целого» – живого человека [2,8].

Заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, нарушение функций почек, печени, желудочно-кишечного тракта и др. влияют на человека и его психику посредством интоксикации и нарушений обмена веществ, воздействуя на центральную нервную систему, снижая или искажая качество ее функционирования. При этом, на течение и прогноз соматических нарушений сказывается реакция личности человека на болезнь, его субъективный взгляд на степень её тяжести и возможные последствия. Отсюда нередко возникает своеобразный «порочный круг», когда соматические расстройства порождают невротические реакции, которые, в свою очередь, отягощают течение соматического заболевания, и т.д. [2].

Наиболее типичным нарушением психической деятельности при соматических заболеваниях является соматогенная астения (астенический синдром, обусловленный соматическим заболеванием). Основным и постоянным проявлением соматогенной астении является психическая истощаемость (утомляемость), которая наступает даже при относительно несложных занятиях (легком чтении, просмотре телепередач, разговоров с друзьями). Признаками наступающего утомления являются рассеянность, внутреннее напряжение, а также возникающие неглубокие вегетативные расстройства – головные боли, потливость и др. Вторым классическим проявлением астении является раздражительность (раздражительность и утомляемость часто объединяют в раздражительную слабость), которая может выражаться во вспышках гнева, мгновенном и долгом ухудшении настроения. При заметно выраженной астении раздражительность охватывает и непереносимость внешних раздражений (громких звуков, резких запахов, неожиданных прикосновений, внезапного включения света и др.). При астениях нарушено внимание, причем все его свойства – концентрация, переключаемость, объем, а также мнестические функции, прежде всего процесс репродукции запечатленной информации [45].

Степень астенических проявлений зависит от тяжести и длительности заболевания, отношения ребенка к заболеванию и его последствиям, а также

от нарастающих школьных трудностей. Это относится, прежде всего, к заболеваниям с хроническим течением, эндокринным нарушениям.

На фоне астенического симптомокомплекса могут возникать депрессивные (подавленность, плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость), ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, неверие в выздоровление), истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические (страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие включения [8,9].

Д.Н. Исаев отмечает, что для эндокринных заболеваний часто отмечается психоэндокринный синдром, при котором наблюдаются снижение памяти, нарушения интеллектуальной деятельности, расстройства инстинктивной сферы и мотивации, изменения личности больного в целом. При этом при гипотиреозе более типичны амнестические расстройства в сочетании с аспонтанностью и равнодушием, а при гипертиреозе чаще наблюдаются тревожная торопливость, депрессия, боязливое ожидание несчастья [2].

При сахарном диабете в начале заболевания имеют место явления массивного церебрастенического синдрома5, за которым может последовать коматозное состояние; с улучшением состояния церебрастения сменяется неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, в стадии стабилизации на передний план выдвигаются вегетативные нарушения и диэнцефальные пароксизмы, становится более заметной задержка психического развития [2].

С нейропсихологических позиций А.В. Семенович были изучены нарушения формирования высших психических функций у детей с хроническими заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [43]. На основе проведенного нейропсихологического анализа психического развития детей 6 – 14 лет с ревматическими пороками сердца и бронхиальной астмой автор отмечает, что формирование мозговой организации ВПФ у них протекает иначе, чем в норме и при других вариантах отклоняющегося

развития. Так, у детей с бронхиальной астмой на фоне сохранных двигательных, гностических и оптико-конструктивных функций на первый план выступают дефекты памяти, речи и мышления. Недостаточность мнестических процессов наблюдалось как в слухоречевой, так и в зрительной модальности.

У детей с кардиопатологией также наблюдались особенности онтогенеза познавательных процессов, однако они носили качественно иной характер, чем у детей с бронхиальной астмой. Здесь на первый план выступали трудности в оптико-пространственной сфере. Нарушения памяти проявлялись исключительно в звене непосредственного воспроизведения как слухо-речевого, так и зрительного материала. При этом расстройства мнестической деятельности были связаны с нарушением фактора структурирования, независимо от модальности и степени смысловой организации эталона. При полной сохранности объема и прочности памяти у этих детей наблюдалась невозможность удержания порядка внутри стимульного ряда; постоянные пространственно-временные и сюжетно-смысловые перестановки [43].

По мнению А.В. Семенович, наблюдаемая нейропсихологическая симптоматика у детей с кардиопатологией, (как и в случае бронхиальной астмы), возникает как результат негативного действия на него факторов церебральной декомпенсации, что может в дальнейшем сказываться на познавательном развитии и в особенностях личностной акцентуации этих детей [43].

В исследованиях многих авторов отмечается, что хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности, формируются задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т.п. [2,8,9]. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы [2,8].

В работах Д.Н. Исаева выделено 4 группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья:

К первой группе относятся совершенно здоровые дети с оптимальной адаптированностью.

Вторая группа – это дети с легкими функциональными нарушениями (утомляемостью, нарушениями сна, неустойчивостью настроения).

В третью группу включены дети с «доклиническими состояниями или с астеноневротическим синдромом, с тревожностью, мнительностью, неуверенностью, нарушением биоритмов, вегетативными пароксизмами (головными болями, головокружениями, тошнотой), периодическими аллергическими проявлениями, снижением работоспособности».

В четвертую группу включены дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации [2].

Автор подчеркивает, что у детей второй группы психическое состояние в значительной степени зависит от психологических факторов, а у детей 3 и 4 групп – от биологических факторов.

Таким образом, учитывая особенности нарушений психической деятельности и психического дизонтогенеза при соматических заболеваниях должен осуществляться комплекс реабилитационных и абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА для этой группы детей-инвалидов.

Психолого-педагогические мероприятия представляются в ИПРА ребенка-инвалида дифференцированно с учетом характера и тяжести заболеваний внутренних органов [66]. Так, при состояниях дыхательной недостаточности, характеризующихся стойкими, умеренными (в зависимости от степени – выраженными или значительно выраженными) нарушениями функций дыхательной, сердечно-сосудистой системы, приводящими к ограничению способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, а также обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по психолого-педагогической реабилитации включают:

получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий на уроках труда, рисования, физкультуры, химии;

проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью ТСР, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;

осуществление психокоррекции или психопрофилактики патологических синдромов после операции, проводимых невропатологом, психотерапевтом, психологом с применением медикаментозного лечения;

выбор профессий при профессиональной ориентации с учетом утраченных и сохранных профессионально важных качеств (так с учетом сниженной общей физической работоспособности, рекомендуются профессии с исключением вредных факторов и тяжелой физической нагрузки) [66].

В программу социальной реабилитации при указанных состояниях дыхательной недостаточности у детей входят мероприятия, ориентированные на индивидуальную потребность ребенка, в т.ч. социально-средовая реабилитация: информирование и консультирование членов семьи ребенка по вопросам реабилитации, особенностям течения заболевания дыхательной системы, пользования ТСР, помощи ребенку при приступе и др.; социально-бытовая адаптация: обучение социально-бытовым навыкам с использованием ТСР.

При хронической сердечной недостаточности, представляющей собой сложный клинический синдром, развивающийся при неспособности сердца обеспечить кровоснабжение органов и тканей на уровне нормального метаболизма, приводящей к стойким умеренным (в зависимости от степени выраженным или значительно выраженным) нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, приводящим к ограничению способностей к

самообслуживанию, самостоятельному передвижению и обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по психолого-педагогической реабилитации включают [66]:

– получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий, связанных с активной физической активностью на уроках труда, физкультуры; при длительном лечении ребенок может обучаться, в том числе в медицинской организации (в санатории и др.) или на дому;

проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью технических средств реабилитации, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;

проведение профориентационной работы с ребенком, подборе профессии для обучения и дальнейшего трудоустройства с учетом имеющихся противопоказаний и доступных по состоянию здоровья видов деятельности (выбирают профессии 1 и 2 класса тяжести, в благоприятном микроклимате, без воздействия вредных факторов труда).

Мероприятия ИПРА ребенка-инвалида по социальной реабилитации предусматривают:

социально-средовую реабилитацию, включающую обучение пользования приборами, с применением технических средств реабилитации; информирование и консультирование семьи ребенка об особенностях режима жизни ребенка, ухода за ним и воспитания и др.;

социально-бытовую адаптацию, включающую обучение ребенка социально-бытовым навыкам, в том числе с использованием технических средств реабилитации (при необходимости);

социально-психологическую реабилитацию, направленную на формирование у ребенка адекватного отношения ребенка к болезни, установки на восстановление здоровья собственными тренировочными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, проведение которых должно осуществляться с учетом показаний и противопоказаний (так абсолютными противопоказаниями считают сердечно-сосудистые заболевания: аневризма сердца и аорты, миокардиты любой этиологии, декомпенсированные пороки сердца, нарушения ритма сердца и проводимости, синусовая тахикардия с ЧСС более 100 в минуту и др.).

При осуществлении комплексного сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями особое внимание должно уделяться организации психологической помощи.

Как отмечает И.И. Мамайчук, психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями отличается от психологической помощи детям и подросткам с другими нарушениями в психическом развитии – как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса работы с ребенком. Особенности этой работы определяются [28,29]:

разнообразием этиопатогенетических факторов соматических заболеваний в детском возрасте;

спецификой внутренней картины болезни (ВКБ) в детском и подростковом возрасте;

спецификой психотравмирующих ситуаций, связанных с длительностью и тяжестью заболевания, уровнем аффективной значимости болезни для ребенка (подростка), его психофизическим состоянием в период болезни;

особенносями микросоциального окружения ребенка, включающего в себя отношение родителей к болезни ребенка, стили семейного воспитания, особенности функционирования семьи в целом.

По мнению И.И. Мамайчук, сложность и своеобразие психического развития детей с соматическими заболеваниями требует особого методологического

подхода к его анализу и разработки программ психологической коррекции, психологического сопровождения и поддержки [28]. При этом важными составляющими психологической помощи детям- инвалидам с соматическими заболеваниями, помимо консультирования, психологической коррекции и психотерапии, являются психологическое сопровождение, психологическая поддержка, а также психологическая диагностика и прогностика.

Особое внимание должно уделяться изучению реакции личности ребенка на болезнь. Переживание болезни, по мнению В.В. Ковалева, складывается из общего чувственного и эмоционального фона, сочетающегося с ощущениями, представлениями, психогенными реакциями и другими психическими проявлениями [2,8]. А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым описаны 13 различных типов отношения к соматическому заболеванию:

Гармоничный тип (реалистичный, взвешенный), при котором характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

Эргопатический (стенический) тип, котором наблюдается избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать быть активным, в частности в учебе.

Анозогнозический (эйфорический) тип, для которого характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

Тревожно-депрессивный тип, при котором отмечается непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом типе наблюдаются тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью.

Ипохондрический тип, для которого типично чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

Неврастенический тип, при котором наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости». При этом типе часто отмечаются вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

Меланхолический (витально-тоскливый) тип, при котором отмечается сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на все вокруг.

Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Апатический тип, для которого типично полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

Сенситивный тип, характеризующийся чрезмерной ранимостью, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

Эгоцентрический тип, при котором наблюдается «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью овладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе; другие люди, требующие заботы, рассматриваются как конкуренты.

Паранойяльный тип, при котором больной уверен, что болезнь является результатом злого умысла, наблюдается крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Приписывание осложнений или побочных действий лекарств халатному отношению или злому умыслу персонала и врачей. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Дисфорический, при котором наблюдается преобладание мрачно-озлобленного настроения, зависть и ненависть к здоровым, вспышки гневного аффекта со склонностью [8]. Как отмечает Д.Н. Исаев, реакции на заболевание у ребенка формируются иначе, чем у взрослого человека. Дети

долго не разделяют телесное и психическое. Они думают, что повреждение тела, физическая боль не влияют на мыслительную деятельность – состояние «Я» [8], что создает искаженную картину болезни.

По мнению автора, большое влияние на тип реагирования оказывают возраст, преморбидное состояние6, темперамент, акцентуация характера, наличие психопатических черт личности, незрелость самосознания и личностной самооценки, половая принадлежность, психосексуальное развитие [8]. Имеют значение своеобразие интерперсональных отношений в семье, семейная обстановка, тип воспитания, родительская реакция на болезнь ребенка [8]. Наконец, отношение детей к болезни определяется степенью осознания дефекта, кататимной психологической защитой, представлениями о болезни [8].

В качестве одного из факторов, влияющего на течение заболевания и эффективность лечения ребенка, выделяют внутреннюю картину болезни (ВКБ). Она понимается как комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни и, препятствующих успешности лечения и реабилитации [29]. На формирование ВКБ у ребенка большое влияние оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. Неадекватные стили семейного воспитания формируют у больного ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, пассивности. Основным компонентом ВКБ как у взрослых, так и у детей является отношение к болезни, включающее в себя три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Когнитивный уровень ВКБ включает в себя знания о своем заболевании и осознание его, что у детей в значительной степени зависит от возраста и уровня интеллектуального развития. Исследования показывают, что дети не понимают причин заболевания, рассматривают их как наказание за непослушание, за несоблюдение гигиены и пр., а в более старшем возрасте - связывают болезнь с конфликтами в семье и школе. В некоторых работах также показано, что осознание болезни зависит не только от возраста

ребенка, а также от специфики самого заболевания. Например, в исследовании Ю.Е. Куртановой было показано, что кризис осознания болезни у детей с нефрологическими заболеваниями отмечается в предподростковом возрасте (10-12 лет), при лимфостазе – начинается в предподростковом и продолжается в подростковом возрасте (10-16 лет), при муковисцидозе – в подростковом возрасте (13-16 лет) [8].

Эмоциональный уровень ВКБ у детей и подростков проявляется по- разному и в значительной степени зависит от возраста ребенка. У детей младшей возрастной группы отношение к болезни не затрагивает смысловой иерархии личности. С возрастом у детей проявляются собственные эмоциональные оценки болезни и ее последствий, т.е. возрастает переживание болезни.

Поведенческий уровень отношения к болезни включает в себя выработку определенной стратегии поведения ребенка в ситуации болезни, т.е. принятие роли больного, борьба с болезнью, установка на нее. В отличие от взрослых больных, у детей и подростков почти не наблюдается факта «отрицания болезни» и «ухода в болезнь», а проявляется в таких защитных механизмах их личности как фантазирование, регресс, уход от проблем, вытеснение и др. [29].

По мнению Д.Н. Исаева мобилизовать личность ребенка на участие в процессе выздоровления возможно, если будет точно оценена ВКБ и жизненная (психосоматическая) ситуация больного [8]. Последняя может определяться следующими факторами.

Объективные факторы:

стимулы (постановка или отмена диагноза, поощрения за соблюдение постельного режима);

эпизоды (госпитализация, выписка из больницы, болезненная процедура);

ситуации (хирургическая операция, длительный отрыв от родителей);

окружение (отсутствие сверстников в палате, круглосуточный уход за больным);

среда (домашняя обстановка, вместе с проживающими членами семьи, палата или бокс больницы).

Субъективные факторы:

межличностные отношения в семье, больничной палате, в отношениях с медицинским персоналом;

социально-психологический климат, возникающий в процессе воспитания, лечения, пребывания в санатории;

групповые нормы, установившиеся между детьми в палате;

ценности больного (преданность родителям, вера, стремление к познанию, приобретаемым навыкам, страсть к игре);

стереотипы сознания (быть здоровым, подчиняться взрослым, быть независимым, всего остерегаться).

При осуществлении психологической помощи детям-инвалидам с соматическими заболеваниями следует учитывать их индивидуально-личностные особенности, в том числе преморбидные. Так, изучена негативная роль тревожности как преморбидного радикала личности ребенка, которая обусловливает готовность к возникновению тревожных реакций и приводит к нарушению адаптивного поведения в период болезни и лечения.

Кроме тревожности выделяются такие преморбидные радикалы личности как эмоциональность, которая проявляется в позитивных или негативных реакциях ребенка на его окружение. При определенных условиях, эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовать формированию эмоционального напряжения, что нередко приводит ребенка к невротическим или соматическим расстройствам [8, 29].

У детей с чертами тревожности нередко отмечается состояние страха (страх предстоящей операции, перевязки, боли и пр.). При этом страхи у детей-инвалидов с соматическими заболеваниями могут быть двух типов: нормальные, проявляющиеся как естественная реакция (например, страх перед предстоящей операцией) и патологическим (фобии).

В процессе психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями необходимо учитывать:

сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом преморбидных личностных характеристик;

социальную ситуацию развития детей и подростков с соматическими заболеваниями;

систему детско-родительских отношений;

выраженность изменений личности, связанных с имеющимся соматическим заболеванием.

Сложность, многообразие и специфика психических нарушений у детей с соматическими заболеваниями предполагают системный подхода к разработке программы психокоррекционной работы, которая должна быть, прежде всего, направлена на гармонизацию личностной структуры, семейных взаимоотношений и конструктивное решение актуальных психотравмирующих проблем [28].

При составлении психокоррекционных программ в роботе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями рекомендуется:

сформулировать основные цели психологической коррекции;

выделить круг задач, которые конкретизируют поставленную цель;

определить содержание занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков, их структуры и степени тяжести;

выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальную, групповую или семейную);

определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач- педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи);

отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка (подростка);

предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса [28].

В практике психологического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями используются различные методы психологической коррекции и психотерапии. Выбор конкретных методов психологической коррекции определяется с учетом возраста ребенка, уровня его интеллектуального развития, личностных особенностей, анализа ВКБ, особенностей самого заболевания, его тяжести и стадии.

В соответствии с дифференциацией видов психологической коррекции на общую, специальную и дифференцированную И.И. Мамайчук рекомендует [28] определить для каждого из них свои стратегические и тактические задачи, а также выбрать определенные методы психологической коррекции.

Таблица 1 – Виды психологической коррекции и их особенности у детей с соматическими заболеваниями

Вид психологической коррекции	Стратегические задачи	Тактические задачи	Психотехники
Общая психокоррекция	Гармонизация развития личности ребенка (подростка) с соматическими заболеваниями.	Организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме (в школе, в семье и пр.) с учетом его реальных и потенциальных возможностей.	Знакомство психолога с социальным окружением ребенка (подростка). Рекомендации родителям, педагогам, направленные на охранительностимулирующи й режим для ребенка или подростка,

			оптимизацию его коммуникативного и эмоционального потенциала в процессе жизнедеятельности.
Специальная психокоррекция	Организация конкретных психокоррекционных воздействий с учетом возрастных, психологопедагогических особенностей ребенка (подростка).	Разработка и использование различных психокоррекционных методов: игротерапия, арттерапия, психорегулирующая гимнастика и пр. с учетом клинических, возрастных и личностных особенностей ребенка (подростка).	Направленные ролевые игры в занятиях, арттерапия, музыкотерапия и пр. в форме семейных, групповых или индивидуальных занятий с ребенком (подростком).
Дифференцированная психокоррекция	Ориентация на коррекцию конкретных проблем у детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом	Разработка индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию конкретных нарушений у	Специальные игры, занятия в рамках индивидуальных занятий и семейной психокоррекции.

	индивидуально типологических, клиникопсихологических особенностей.	ребенка (подростка). Например, аффективность, агрессивность, некоммуникабельность и пр.	

Каждый из видов психологической коррекции имеет свои специфические задачи и направленность в зависимости от особенностей и степени тяжести заболевания, характеристик личностного развития ребенка и его микросоциального окружения, включающих родительские отношения к ребенку и болезни, а также стили семейного воспитания.

При разработке психокоррекционных технологий И.И. Мамайчук рекомендует использовать методы онтогенетической ориентации, которые предполагают возврат ребенка и родителей к ранним этапам общения и поведения [28,52].

Для коррекции детско-родительских отношений автором рекомендуется использовать ролевые игры в семейной группе (родитель- ребенок), содержание которых составляют ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям предлагается обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках.

В процессе работы с семьей ребенка-инвалида предлагается исследовать особенности семейного функционирования, отражающей сложную систему отношений между членами семьи и их личностные особенности.

Так, в результате исследования семей детей с бронхиальной астмой были выделены три группы семей:

семьи с выраженной жесткой системой семейного функционирования с преобладанием ригидных установок в распределении семейных ролей, в доминирующей роли матери, в нарушении внутрисемейного общения,

выраженной гиперпротекцией в процессе воспитания детей, авторитарностью матерей и воспитательной неуверенностью отцов;

неустойчивая интегрированность членов семьи, искаженный образ ребенка, особенно у матери, высокая эмоциональная концентрация на болезни ребенка у обоих родителей;

умеренная интегрированность членов семьи с лидирующей ролью отца, гиперопека со стороны обоих родителей, тенденция к установлению партнерских отношений с ребенком, повышенные требования и санкции к ребенку со стороны отцов.

С учетом выявленных особенностей функционирования семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, а также характеристик выделенных групп семей были определены направления и технологии психологической коррекции. Направления и содержание коррекционной работы определялись в зависимости от степени тяжести нарушений семейного функционирования.

Таблица 2 – Направления психологической коррекции в семьях с детьми, страдающими бронхиальной астмой в зависимости от особенностей семейного функционирования

Группа	Направления психологической коррекции	Психокоррекционные технологии
Группа 1. Выраженная жесткая система семейного функционирования	• Формирование рефлексивности родителей с целью осознания своего поведения в процессе группового взаимодействия. • Формирование способности находить	Групповая психокоррекция с у2-3 семьями со сходными проблемами в два этапа. На первом этапе работа только с родительскими парами с целью формирования •рефлексивности и социальной поддержки. Психотехники: психодрамы, в процессе

		социальную поддержкукоторых между родителями,выстраивать конструктивные межличностные отношения в системе «мать - ребенок - отец».Обучение родителейпреодолевать негативныеэмоциональные реакции,возникающие в процессеобщения внутри семьи	проходит разыгрывание семейных конфликтов с последующим их обсуждением в группе. Разыгрываются жизненные проблемы конкретных семей, участвующих в занятиях, также с последующим обсуждением. На втором этапе работа в системе родители-ребенок с целью формирования адекватных стилей семейного воспитания в системе «родители - ребенок». Психотехники: проективное рисование с целью выявления и анализа внутриличностной и межличностной проблематики у членов семьи.
Группа Неустойчивая интегрированность членов семьи, искаженный образ ребенка.	2.	• Формирование адекватных представлений о ребенке и его потенциальных возможностях. Формирование позитивных установок у родителей на лечебный процесс, на согласованность стилей	Семейная психокррекция в системе мать-ребенок-отец. Специальные игры, направленные на создание эффективной иерархической структуры семьи, в которой родители являются авторитетом для ребенка. Усиление родительской подсистемы, в которой

		воспитания, снижение эмоционального напряжения	родители поддерживают друг друга при предъявлении требований к ребенку. Психотехники: социометрические приемы - построение скульптуры семьи, семейные социограммы, когнитивные приемы - составление списка семейных правил (что принято, что требует изменения, совместное обсуждение трудностей (см. Мамайчук, 2015).
Группа 3. Умеренная интегрированность членов семьи с лидирующей ролью отца, гиперопека со стороны обоих родителей	• Осознание реальных и потенциальных возможностей ребенка • Осознание родителями и создание гармоничной модели развития ребенка. Оптимизация воспитательных воздействий родителей в соответствии с реальными возможностями ребенка		Занятия проводятся в семейных группах: мать-ребенок-отец. Используются психотехники: «Чтение мыслей», когда родители должны угадать, какое чувство использует ребенок; игра «Живая скульптура», направленная на свободное выражение чувств, вспонтанность поведения. Ролевые игры, совместное обыгрывание ситуаций из жизни семьи с позитивной и негативной окраской. Игры драматизации, когда ребенок

выполняет роль родителя в конфликтной ситуации, а родитель роль ребенка. Другой родитель выполняет роль судьи, анализирует особенности воспитательных воздействий (Мамайчук, 2015).

Для коррекции индивидуальных проблем ребенка, в том числе определяющих особенности ВКД, ИИ. Мамайчук рекомендует использовать психодраматические игры, которые помогают детям глубже понять свои неосознаваемые мотивы, скрытые желания и страхи, истинные отношения и установки, а также «проективные рисунки», направленные на выявление и понимание детьми трудно вербализуемых проблем и переживаний [29].

С учетом специфики психического онтогенеза и наличием недостаточности высших психических функций можно рекомендовать использование в рамках комплексной коррекционной программы методики сенсомоторной коррекции в целях преодоления имеющихся у таких детей нарушений морфофункционального созревания мозговых структур, предупреждения развития патологических состояний и укрепления психического здоровья. Сенсомоторная коррекция может являться средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате нарушений психосоматического развития: задержки физического развития, позднего формирования моторных навыков, навыков самообслуживания и ряда других нарушений.

Методологические сенсомоторная коррекция основывается на теории А.Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга. Эффективность использования данного метода определяется его направленностью на механизмы психического дизонтогенеза, воздействием через двигательные и сенсорные компоненты на всю психику ребенка в целом, при достаточно

директивном подходе и особым образом организованном взаимодействии с ребенком.

Выделяются следующие этапы проведения сенсомоторной коррекции.

Диагностический этап, предполагающий комплексную оценку сформированности различных компонентов психической деятельности посредством нейропсихологических методик, адаптированных к детскому возрасту (Симерницкая Э.Г., Глозман Ж.М. Цветкова Л.С., Семенович А.В.). Преимущество нейропсихологической диагностики заключается в том, что с ее помощью можно выявить не только актуальный уровень знаний и умений ребенка, но и базисные патогенные факторы, приводящие к наблюдающимся нарушениям.

Установочный этап, целью которого является создание у ребенка и его родителей активной установки на психокоррекционную работу, формирование мотивов самопознания и самосовершенствования, снижение тревожности, усиление уверенности в возможности достижения позитивных изменений.

Коррекционный этап, в ходе которого реализуется технология сенсомоторной коррекции, включающая определенные блоки упражнений. Первый блок включает преимущественно упражнения, направленные в основном на функционирования подкорковых структур, улучшение мозгового кровообращения, нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности. Второй блок упражнений ориентирован на развитие двигательной, пространственной сферы, становление адекватной схемы тела и образа физического «Я». Упражнения этих двух блоков способствуют развитию мелкой моторики, преодолению патологических синкинезий, улучшению функций межполушарного взаимодействия. Третий блок упражнений направлен на повышение уровня саморегуляции и произвольного контроля. Порядок выполнения ребенком упражнений соответствует направлению онтогенетического развития (начиная с положения лежа). Как отмечается в

литературе, улучшение состояния соматической сферы ребенка происходит опосредованно через оптимизацию функционирования мозговых структур, регулирующих работу внутренних органов, нейрогуморальной и иммунной систем, а также через стимуляцию рефлексии и самоконтроля, в том числе в сфере телесности. Содержание данной методике подробно представлено в работах А.В. Семенович, а также других авторов [3,42].

На последнем этапе осуществляется оценка эффективности коррекционной работы, посредством той же диагностической методики, которая использовалась перед началом коррекционной работы (на диагностическом этапе). Кроме того, объективно измерить улучшение состояния ребенка возможно путем медицинского обследования и клинических исследований (ЭЭГ, РеоЭГ и др.)

Важнейшей составляющей психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями является работа специалистов ППМС-центров с ближайшим окружением таких детей. Это, прежде всего, педагоги, осуществляющие обучение ребенка. С педагогами необходимо обсуждать вопросы организации учебного процесс, дозирования учебной нагрузки, использования методов и приемов обучения с учетом психофизического состояния ребенка. В процессе осуществления психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями в условиях общеобразовательного учреждения должен осуществляться постоянный мониторинг, предполагающий систематическое отслеживание динамики развития и школьной адаптации ребенка (подростка).

Сама система комплексного сопровождения должна быть направлена на организацию жизнедеятельности ребенка-инвалида с учетом его психических и физических возможностей и своевременное оказание необходимой психологической помощи как самому ребенку (подростку), так и его родителям и родственникам. Особое значение в системе психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов, страдающих

соматическими заболеваниями должно уделяться взаимодействию с педагогами школы, где обучается ребенок, и с врачом, который его постоянно наблюдает.

По завершению основного этапа коррекционной работы дети-инвалиды и их родители нуждаются в психологической поддержке, которая может осуществляться в форме социально-психологического патронажа. Цели и задачи такого патронажа зависят от состояния ребенка, успешности его социальной адаптации, динамики выздоровления и развития, особенностей функционирования семьи и др.

К основным задачам психологической поддержки детей-инвалидов с соматическими заболеваниями в рамках социально-педагогического патронажа относят [28]:

- укрепление социально-психологического статуса ребенка и подростка в семье, детских коллективах (классе, группе) и пр.;
- оказание помощи ребенку-инвалиду (подростку) в самореализации с ориентацией на формирование адекватной самооценки и саморегуляции поведения;
- оказание помощи ребенку-инвалиду (подростку) в осознании и разрешении конфликтных ситуаций, проблем внутриличностного и межличностного характера.

В качестве основных направлений психологической поддержки родителей выделяют:

- снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей;
- поддержание уверенности родителей в возможностях социальнопсихологической и психической адаптации детей;
- формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу;
- сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания [29].

В процессе работы с ближайшим окружением ребенка-инвалида необходимо создавать условия, чтобы психологическую поддержку он мог получить не только непосредственно от психолога, но и от своих родителей, педагогов, родственников и сверстников, для чего необходимо обеспечить высокий уровень их сотрудничества с психологом.

На основании всего вышеизложенного можно отметить следующие особенности комплексного сопровождения детей, инвалидность которых связана с соматическим заболеванием:

Необходимость организации постоянного взаимодействия специалистов ППМС-центров с медицинскими специалистами, осуществляющими лечение ребенка-инвалида, а также учителями, осуществляющими его обучение, и родителями.

Использование организационных форм (индивидуальных, групповых, смешанных) и технологий психолого-педагогического сопровождения ребенка-инвалида с учетом особенностей (характера, тяжести, стадии и др.) соматического заболевания, рекомендаций ИПРА ребенка-инвалида, условий обучения (в классе, надомном обучении, обучении в медицинской организации при длительном лечении)==

Выбор направлений и методов коррекционной работы с учетом имеющихся нарушений психического развития (в том числе проявлениями психического дизонтогенеза, непосредственно связанными с соматическим заболеванием); специфики ВКБ и личностных особенностей детей- инвалидов; психотравмирующих ситуаций, связанных с длительностью и тяжестью заболевания; особенностями микросоциального окружения ребенка, включающими отношение родителей к болезни ребенка, стили семейного воспитания, особенности функционирования семьи в целом.

Обеспечение особой психологизации образовательной среды на основе постоянного наблюдения за психофизическим состоянием ребенка-инвалида, информирования учителей об особенностях его работоспособности, эмоциональной сферы, возможных поведенческих

реакциях, осуществления психокоррекционной работы по преодолению и предупреждению трудностей обучения, а также психологической поддержки учащегося в образовательном процессе.

Одним из возможных направлений деятельности ППМС-центров является также психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов [72].

Задача поддержки талантливых и одаренных детей была обозначена еще национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» [56]. Как известно, к категории талантливых детей относятся дети, которые выделяются яркими, очевидными, иногда выдающимися достижениями. К одаренным детям относятся дети, которые еще могли не проявить в полной мере свои таланты, но имеют внутренние предпосылки для достижений в том или ином виде деятельности. Само понятие одаренности в настоящее время рассматривается как системное, развивающееся в течение жизни качество психики.

Одаренные дети есть и среди детей-инвалидов. Они нуждаются в особых подходах к организации психолого-педагогического сопровождения для реализации их потенциала способностей. Одаренные дети-инвалиды представляют собой очень неоднородную группу как по характеру заболеваний и нарушений развития (дети с тяжелыми соматическими заболеваниями, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с сенсорными нарушениями (нарушениями слуха и зрения), нарушениями речи, с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, со сложными недостатками развития), так и по и специфике одаренности.

Система комплексного сопровождения одаренных детей-инвалидов должна включать четыре блока: психологический, педагогический, медицинский и социальный.

Психологический блок предусматривает выявление, изучение и поддержку одаренных детей-инвалидов посредством психологических методик. Медицинский блок реализуется при участии специалистов медицинских

учреждений соответствующего профиля (врачи-педиатры, врачи-психоневрологи, врачи ЛФК), с применением необходимых в каждом индивидуальном случае методов.

Педагогический блок предполагает организацию педагогического (учителями, педагогами-дефектологами) сопровождения, поддержки, использование технологий обучения с учетом специфики особых образовательных потребностей одаренных детей. Изучение детей в рамках этого блока осуществляется с помощью методов наблюдения, интервью, анализа продуктов учебной деятельности и методов педагогической диагностики. Социальный блок предполагает выстраивание социокультурного пространства для реализации потенциала способностей одаренного ребенка.

Авторами «Рабочей концепции одаренности» [48] были сформулированы следующие основные принципы выявления одаренных детей:

комплексный характер оценивания разных сторон поведения и деятельности ребенка, что позволит использовать различные источники информации и охватить как можно более широкий спектр его способностей;

длительность идентификации (развернутое во времени наблюдение за поведением данного ребенка в разных ситуациях);

анализ его поведения в тех сферах деятельности, которые в максимальной мере соответствуют его склонностям и интересам (включение ребенка в специально организованные предметно-игровые занятия, вовлечение его в различные формы соответствующей предметной деятельности и т.д.);

использование тренинговых методов, в рамках которых можно организовывать определенные развивающие влияния, снимать типичные для данного ребенка психологические «преграды» и т.п.;

подключение к оценке одаренного ребенка экспертов: специалистов высшей квалификации в соответствующей предметной области деятельности (математиков, филологов, шахматистов, инженеров и т.д.).

оценка признаков одаренности ребенка не только по отношению к актуальному уровню его психического развития, но и с учетом зоны ближайшего развития (в частности, на основе организации определенной образовательной среды с выстраиванием для данного ребенка индивидуальной траектории обучения);

преимущественная опора на методы психодиагностики, имеющие дело с оценкой реального поведения ребенка в реальной ситуации, таких как: анализ продуктов деятельности, наблюдение, беседа, экспертные оценки учителей и родителей, естественный эксперимент.

Для выявления одаренных детей в психолого-педагогической практике используют: методику оценки общей одаренности (автор – А.И. Савенков), анкету Дж. Рензулли и соавторов (в адаптации Л.В. Поповой), методику «Карта одаренности» (Хаана и Каффа), методику «Уровень сформированности свойств личности, характеризующих одаренность у наблюдаемого ребенка» (автор – А.И. Савенков), Креативные тесты Вильямса и др. [44].

Психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов ППМС-центрами может осуществляться:

непосредственно на базе ППМС-центра при реализации программы психолого-педагогической работы с одаренными детьми-инвалидами и их родителями;

в рамках реализации дополнительных общеразвивающих образовательных программ в условиях ППМС-центров;

в общеобразовательной организации на условиях сетевого взаимодействия при реализации основных общеобразовательных программ, в том числе АООП.

В качестве основных функций ППМС-центров по психолого-педагогическому сопровождению детей инвалидов можно выделить оказание помощи общеобразовательным организациям:

в разработке индивидуальных образовательных маршрутов для одаренных детей-инвалидов с учетом их индивидуальных особенностей и образовательных потребностей;

в осуществлении индивидуального психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов в процессе их обучения, а также в организации коррекционно-развивающих занятий для их адаптации к условиям обучения, преодоления препятствий в коммуникации и освоении образовательной программы;

в осуществлении тьюторского сопровождения одаренных детей-инвалидов, а также практическое обучение тьюторов подходам и методам индивидуального психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов, взаимодействию с их учителями и родителями;

в создании атмосферы принятия детей с ОВЗ;

в формировании толерантных отношений всех участников образовательного процесса; в разрешении возникающих противоречий, кризисов, конфликтов.

К дополнительным общеразвивающим образовательным программам, в рамках которых может осуществляться работа с одаренными детьми-инвалидами относятся коррекционно-развивающие, развивающие, просветительские и иные программы, реализуемые специалистами ППМС-центра.

В соответствии с пунктом 1 статьи 79 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Далее - ФЗ № 27== содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Таким образом, адаптированными образовательными программами могут быть как основные, так и дополнительные8 образовательные программы.

В настоящее время цели, содержание и условия реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ представлены в следующих нормативных документах:

Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Далее - ФЗ № 27).

Концепция развития дополнительного образования детей, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1726-р (Далее - Концепция).

Приказ Министерства образования и науки РФ от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам» (Далее - Приказ № 100)

Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Далее - Приказ № =

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 4 июля 2014 г. № 41 «Об утверждении СанПиН 3172-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей».

Методические рекомендации по проектированию дополнительных общеразвивающих программ от 18.11.2015 г. Министерство образования и науки РФ.

Адаптированная дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа представляет собой «комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных данным Федеральным законом, форм аттестации, который представлен в виде

учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов».

Проектирование и реализация адаптированных дополнительных общеобразовательных программ должны строиться на основе дифференцированного подхода, учитывающего как типологические особенности каждой группы лиц с ОВЗ, так и индивидуальные характеристики, возможности и особые образовательные потребности учащегося, а также обозначенных в Концепции принципов (Концепция, раздел IV):

свободе выбора образовательных программ и режима их освоения;

соответствии образовательных программ и форм дополнительного образования возрастным особенностям детей;

вариативности, гибкости и мобильности образовательных программ;

разноуровневости (ступенчатости) образовательных программ;

модульности содержания образовательных программ, возможности взаимозачета результатов;

ориентации на метапредметные и личностные результаты образования9;

творческом и продуктивном характере образовательных программ;

открытом и сетевом характере реализации.

При разработке и реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ для детей должны учитываться их возрастные и индивидуальные особенности (ФЗ № 273, ст.75, п.==, но при этом к освоению образовательного содержания могут допускаться любые лица без предъявления требований к уровню образования, если иное не обусловлено спецификой реализуемой образовательной программы (ФЗ № 273, ст.75, п.==. Таким образом, к освоению содержания адаптированной дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы могут допускаться обучающиесяс ОВЗ, имеющие разный характер нарушений и уровень

интеллектуального развития, в том числе в рамках той или иной модели инклюзии. В работе объединений при наличии условий и согласия руководителя объединения могут участвовать совместно с несовершеннолетними учащимися с ОВЗ их родители (законные представители) без включения в основной состав (Приказ № 1008).

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы реализуются в пространстве, не ограниченном образовательными стандартами: в дополнительном образовании федеральные государственные образовательные стандарты не предусматриваются (ФЗ № 273, ст.2, п. 1==, а только федеральные государственные требования и то, исключительно по отношению к дополнительным предпрофессиональным программам.

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы по содержанию могут иметь разную направленность, в том числе непосредственно связанную с решением задач абилитации и реабилитации обучающихсяс ограниченными возможностями здоровья. При этом реализация дополнительной адаптированной общеобразовательной общеразвивающей программы любой направленности должна обеспечивать решение задач коррекции развития (реабилитации) обучающихсяс ограниченными возможностями здоровья (в т. ч. детей- инвалидов).

Адаптированные дополнительные общеобразовательные общеразвивающие программы по целевому ориентиру и уровню сложности делятся на три уровня: ознакомительный, базовый и углубленный.

Содержание программы оформляется в учебном плане. Учебный план – это документ, который определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение по периодам обучения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), тем, практики, иных видов учебной деятельности и формы аттестации обучающихся (ФЗ № 273, ст.2, п. 22; ст. 47).

Особенностью содержания адаптированных дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ является наличие в их

структуре раздела, отражающего психолого-педагогические особенности обучающихся с ограниченными возможностями.

Основными формами организации работы по реализации программ дополнительного образования одаренных детей-инвалидов являются индивидуальные и групповые занятия, тренинги. Целесообразность выбора определенной формы организации работы определяет специалисты ППМС-центра в зависимости от решаемой проблемы и реализуемой программы. Прием детей в ППМС-центр на занятия по дополнительным образовательным программам осуществляется при обращении родителей детей-инвалидов за консультативной помощью на основе свободного выбора образовательной области и образовательных программ.

Порядок комплектования групп осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными документами органов управления образованием с учетом психолого-педагогических и (или) медицинских показаний на основе диагностического комплексного обследования детей-инвалидов. Возраст, количество занимающихся в группах, а также количество и периодичность занятий определяются используемыми программами, а также психолого-педагогическим или медицинским диагнозом. При определении предельной наполняемости групп рекомендуется руководствоваться Приложением №1 «Рекомендуемые состав и площади помещений в организациях дополнительного образования». Минимальная наполняемость в группах – 3-5 человек, максимальная до 15 человек.

Для всех видов аудиторных занятий устанавливается академический час, продолжительность которого определяется в соответствии с возрастом детей и требованиями СанПин. Для работы в тренинговом режиме устанавливается время работы в соответствии с его целями и задачами, методами проведения (аналогично для игры). Занятия могут проводиться в одновозрастных и разновозрастных группах детей, имеющих одинаковые проблемы. Обучение

детей с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано в интегрированной форме при наличии соответствующих условий.

Режим занятий регламентируются расписанием, утверждаемым директором ППМС-центра и составляемым с учетом соблюдения санитарно-гигиенических и психолого-педагогических требований, а также с учетом режима посещения ребенком основного (общеобразовательного, дошкольного и т.д.) образовательного учреждения.

Продолжительность обучения по индивидуально- ориентированным программам в каждом конкретном случае зависит от индивидуально-психологических особенностей обучающихся.

При поступлении ребенка в ППМС-центр на него заводится карта, которая ведется в течение всего времени пребывания ребенка в центре. В карту заносятся результаты диагностических обследований, наблюдений, изучения его игровой, учебной деятельности, взаимоотношений с другими детьми, родителями (законными представителями), педагогами. Вся полученная информация является конфиденциальной и не может использоваться во вред правам и законным интересам ребенка.

Работа с одаренными детьми-инвалидами представляет собой сложную систему абилитационных и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности, формирование системы ценностей, развитие своей одаренности.

Психологическое сопровождение одаренных детей-инвалидов рекомендуется проводить блоками, длительно, в том числе в структуре общего восстановительного лечения. При этом основной акцент психологического воздействия должен быть направлен на развитие личности одаренного ребенка, на коррекцию его Я-концепции [4].

Необходимо изменить отношение больного ребенка к себе, к своей болезни или физическим недостаткам. Благодаря этому возможно изменение

отношения к окружающему миру, формирование позитивного образа будущего, адекватных притязаний и представлений.

Психологическую работу следует проводить в рамках личностно-ориентированного подхода. При разработке программы психологического и педагогического сопровождения детей-инвалидов рекомендуется провести анализ:

структуры и динамики психологических аспектов качества жизни (т. е. личностные особенности ребенка и его связь с социумом);

возрастные и социальные показатели качества жизни;

наличие или отсутствие корреляций между психологическими аспектами качества жизни ребенка и качеством жизни его близкого окружения [4].

Особенностью большинства одаренных детей-инвалидов является наличие нарушений психической деятельности, проявляющихся повышенной утомляемостью (так называемые астенические состояния), как физической, так и психической, вследствие чего становятся вялыми, раздражительными. Для этих детей характерна повышенная возбудимость и высокая эмоциональная лабильность, быстрый переход от веселого настроения к плаксивости, а также высокая впечатлительность, чувствительность к малейшему изменению тона голоса или настроения близких ему людей. У многих одаренных детей-инвалидов наблюдается повышенная фиксация на состоянии своего здоровья, самочувствии и малейших его изменениях.

Для одаренных детей-инвалидов характерна также фиксация на профиле своей одаренности. Такая фиксация имеет как положительные, так и отрицательные стороны для социализации этих детей. С одной стороны, сфера постоянных интересов способствует постоянному развитию в данном виде деятельности, получения положительных эмоций. С другой же стороны, у детей может обнаруживаться тенденция к еще большему уходу от общения с окружающими в жизнь в своем собственном мире.

Психолого-педагогическое сопровождение одаренных детей-инвалидов должно быть направлено на создание условий для повышения автономности

и социальной активности этих детей, формирования ценностных установок, соответствующих психическим и физическим возможностям ребенка.

Система психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов включает: диагностику, коррекционную работу, консультирование и профилактику нарушений социализации и социальной адаптации с учетом специфических задач, целей и динамики развития детей на разных этапах возрастного развития.

Выделяются следующие этапы психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов.

Подготовительный этап. Он включает комплексную оценку состояния здоровья и развития ребенка, в том числе:

оценка соматического здоровья;

оценка психологического здоровья одаренного ребенка;

оценка физического состояния ребенка, с целью определения необходимых темпа, формы, содержания обучения;

определение основных образовательных барьеров данного ребенка, их причин и способов устранения.

На этом этапе предполагается разработка индивидуального образовательного маршрута, в том числе в форме индивидуального обучения, предполагающего, что педагог взаимодействует с одним учеником. Эта модель обучения позволяет полностью адаптировать содержание, темпы и методы учебного процесса под конкретного ученика, что приводит к наиболее полному раскрытию его способностей. Индивидуализация образования возможна и при групповой форме обучения. В этом случае в условиях класса осуществляется варьирование темпа, целей, методов обучения, учебного материала и др.

Обучение одаренных детей-инвалидов может осуществляться и с помощью дистанционных образовательных технологий, что позволяет обеспечить:

получение качественного образования, несмотря на актуальное состояние здоровья ребенка;

возможность общения со сверстниками и учителями, т.е. получения необходимого навыка социализации;

формирование навыков в сфере информационных технологий, обеспечивающих одаренному ребенку, впоследствии, возможность к успешной профессиональной самореализации.

Образовательный процесс может быть построен на сочетании очной и заочной форм обучения, что позволяет одаренному ребенку заниматься в удобное для него время и в комфортном для него темпе, усваивая при этом все, соответствующие его возрасту, материалы учебной программы.

При этом особое внимание должно уделяться работе с семьей одаренного ребенка-инвалида. Так как родители склонны выдвигать в качестве мотива для отказов от такой работы недостаток времени, целесообразно, в первую очередь, решать на этих занятиях насущные проблемы семьи. Рекомендуется в рамках таких занятий консультировать родителей по социально-правовым вопросам, с заполнением заявлений на получение каких-либо льгот и преимуществ, с организацией совместных праздников и экскурсий.

Постоянная работа с семьями одаренных детей-инвалидов может иметь характер социального патронажа, предполагающее регулярное посещение семей с целью оказания социально-психологической, социально-бытовой, социально-трудовой и социально-правовой помощи и поддержки для создания оптимальных условий жизни. Основная задача такой работы – активизировать действия самих членов семьи.

Целями второго этапа являются реализация стратегий обучения одаренных детей-инвалидов и обеспечение их социально-образовательной интеграции и социальной адаптации.

Выделяются следующие стратегии обучения интеллектуально одаренных детей [19]:

Ускорение. Это стратегия позволяет учесть образовательные потребности детей-инвалидов, отличающихся высоким темпом развития. Вместе с тем,

рекомендуется использовать ускорение обучения лишь по отношению к обогащенному и в той или иной мере углубленному учебному содержанию.

Углубление. Данный тип стратегии обучения предполагает более глубокое изучение тем, дисциплин или областей знания, что может осуществляться в рамках учебной и внеурочной деятельности, а также в условиях дополнительного образования детей. При реализации этой стратегии рекомендуется учитывать, что углубленное изучение отдельных дисциплин, особенно на ранних этапах обучения, может способствовать «насильственной» или слишком ранней специализации, наносящей ущерб общему развитию ребенка. Эти недостатки во многом снимаются при обучении по обогащенным программам.

Обогащение. Соответствующая стратегия обучения ориентирована на качественно иное содержание обучения с выходом за рамки изучения традиционных тем за счет установления связей с другими темами, проблемами или дисциплинами. Обогащенная программа предполагает обучение детей разнообразным способам и приемам работы. Отечественные варианты инновационного обучения могут рассматриваться как примеры обогащенных программ.

Проблематизация. Использование оригинальных объяснений, пересмотр имеющихся сведений, поиск новых смыслов и альтернативных интерпретаций, что способствует формированию у обучающихсяисследовательского мышления, умения выдвигать гипотезы, осуществлять эксперимент.

Процесс социально-образовательной интеграции одаренного ребенка-инвалида может включать одновременное использование различных форм организации образовательного процесса, в том числе с использованием рекомендуемых моделей инклюзивного образования. В зависимости от состояния здоровья ребенка, характера и тяжести имеющихся у него нарушений, ему могут быть рекомендованы:

совместная образовательная деятельность со сверстниками, не имеющими ограничений по здоровью;

совместная образовательная в группе детей-инвалидов.

В любом случае процесс социально-образовательной интеграции осуществляется одновременно с психолого-педагогическим сопровождением, включающим и оказание коррекционной помощи, направленной на компенсацию нарушений в развитии ребенка. При этом психологи и педагоги-дефектологи ППМС-центров помогают педагогам выстроить индивидуальную образовательную траекторию для одаренного ребенка-инвалида, сопровождают его на всех этапах процесса обучения и корректируют образовательную траекторию в соответствии с состоянием здоровья ребенка.

Аналитический этап предполагает оценку результатов психолого-педагогического сопровождения, на основании анализа которых принимается решение о необходимости продолжения этого сопровождения на следующем этапе обучения или профессиональной самореализации одаренного ребенка-инвалида.

Показателями успешности психолого-педагогического сопровождения одаренных детей-инвалидов могут быть:

развитие социальных отношений и успешная социальная адаптация (наличие друзей, умение взаимодействовать с другими людьми, решать проблем и др.);

успешные результаты освоения основной образовательной программы;

самореализация одаренного ребенка-инвалида в видах деятельности, в которых он демонстрирует высокие результаты.

Ресурсное обеспечение ППМС-центрами организации инклюзивного образования детей-инвалидов

В связи с реализацией направления государственной образовательной политики в части обеспечения равнодоступности качественного образования

для детей с ОВЗ и инвалидностью перед ППМС-центрами ставится задача по координации инклюзивного образования, которая может быть реализована в виде его ресурсного обеспечения.

Такое ресурсное обеспечение могут осуществлять ППМС-центры:

обеспечивающие на своей базе работу ПМПК;

реализующие общеобразовательные программы для детей с особыми образовательными потребностями, адаптированные основные общеобразовательные программы на основе ФГОС образования обучающихся с ОВЗ;

осуществляющие специализированную коррекционно-развивающую помощь детям с различными нарушениями развития, в том числе со сложными, ментальными и эмоционально-волевыми нарушениями, включая расстройства аутистического спектра.

Осуществление ППМС-центрами помощи организациям, осуществляющим образовательную деятельность, должна охватывать все этапы организации инклюзивного образовательного процесса:

проектирование инклюзивной образовательной среды;

внедрение моделей инклюзии;

обеспечение условий для функционирования инклюзивной практики;

анализ эффективности и обобщение опыта организации инклюзивного образования.

ППМС-центры могут использовать различные организационные формы ресурсного обеспечения инклюзивного образования в образовательных организациях, такие как: методические объединения педагогов и специалистов инклюзивной практики, творческие лаборатории и профессиональные мастерские, методические кабинеты, кабинеты внедрения инклюзивных подходов и технологий, подготовку и выпуск практико-ориентированных сборников по вопросам инклюзивного образования, муниципальные конкурсы профессионального мастерства педагогов, осуществляющих инклюзивное образования и др.

В качестве возможных функций ресурсного обеспечения ППМС- центрами инклюзивного образования детей-инвалидов можно выделить:

оказание методической помощи образовательным организациям в разработке локальных нормативных документов, а также в создании специальных условий обучения детей-инвалидов, в том числе безбарьерной образовательной среды, адаптивных средств обучения, предметной коррекционно-развивающей и социализирующей среды;

оказание помощь образовательным организациям в разработке АООП для детей с ОВЗ, а также индивидуальных учебных планов с учетом их индивидуальных особых образовательных потребностей;

содействие муниципальным общеобразовательным организациям в осуществлении индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов в процессе обучения, в организации коррекционно-развивающих занятий, преодолении препятствий в коммуникации и трудностей освоении образовательной программы;

участие в осуществлении тьюторского сопровождения детей с ОВЗ при реализации АООП для этих обучающихсяна условиях сетевого взаимодействия, а также практическое обучение тьюторов образовательной организации подходам и методам индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, взаимодействию с их учителями и родителями.

оказание помощи в организации учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях для реализации моделей инклюзивного образования;

сопровождение деятельности психолого-медико-педагогических консилиумов и координации деятельности специалистов сопровождения, в том числе тьюторов;

организация на своей базе системы комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных школах.

Следует отметить, что школьное инклюзивное образование, хотя и направлено на включение детей с ОВЗ в коллективы обучающихся без ограничений здоровья, но основывается на дифференцированном подходе, который, в свою очередь, предусматривает разные модели организации этой инклюзии.

Различные модели интеграции (в нашем понимании – инклюзии) обучающихся с ОВЗ разработаны сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО и прошли экспериментальную апробацию в ряде регионов Российской Федерации10 [23,26]. Эти модели можно разделить на две группы в зависимости от их реализации в учебной или внеурочной деятельности обучающихся. Каждую из представленных моделей можно соотнести с определенным вариантом АООП [17].

Рис. 1. Модели инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ

Для обучающихся с ОВЗ, которым ПМПК рекомендовано обучение по первому варианту АООП НОО, Стандартами предусматривается совместное обучение с их сверстниками без ограничений в здоровье, т. е. модель постоянной полной инклюзии [67]. Требования к комплектованию таких смешанных (инклюзивных) классов представлены в Постановлении Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10 июля 2015 года № 26 «Об утверждении СанПиН 3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». Психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов, получающих образование совместно с другими обучающимися в соответствии с этой моделью, осуществляется в рамках реализации программы коррекционной работы, предусмотренной АООП для первого варианта.

Для обучения детей, уровень психического развития которых ниже возрастной нормы, могут быть рекомендованы различные варианты дозированной инклюзии, выбор которой зависит как от особенностей ребенка (уровня интеллектуального развития или степени интеллектуального дефекта, наличия сопутствующих нарушений развития, поведенческих расстройств), так и условий и возможностей образовательной организации.

Форма постоянной неполной инклюзии может быть рекомендована для детей, чей уровень психического развития несколько ниже возрастной нормы, кто нуждается в систематической и значительной коррекционной помощи, но при этом способен в целом ряде предметных областей обучаться совместно и наравне с нормально развивающимися сверстниками, а также проводить с ними большую часть внеклассного времени [26].

При постоянной, но неполной инклюзии обучающиеся с ОВЗ объединяются с нормально развивающимися детьми в один класс под названием «гибкий». Следует отметить, что такие «гибкие» классы могут быть организованы только в тех массовых школах, где имеется несколько параллельных классов, поскольку в состав каждого класса вводятся 2–3 ребенка с ОВЗ, которые периодически должны объединяться в одну группу для проведения дефектологом учебных занятий по специальным программам.

В настоящее время наиболее оптимальными вариантами включения детей с отставаниями в развитии в общее с другими детьми образовательное пространство являются, на наш взгляд, вариативные модели дозированной инклюзии: постоянной частичной и временной систематической. Эти модели инклюзии могут быть использованы и как переходный вариант к более полному включению ребенка с ОВЗ в совместный с другими детьми образовательный процесс [26].

Модели постоянной частичной и временной систематической инклюзии могут быть реализованы в тех массовых школах, где открыты специальные классы для детей с определенным отклонением в развитии.

При частичной инклюзии дети с ОВЗ являются учениками специальных классов, которые комплектуются по существующим для таких классов правилам. В соответствии с моделью частичной инклюзии предусматривается, что дети с более высоким уровнем развития из этих классов систематически вводятся в обычные классы по 1–3 человека во внеурочной деятельности. Включение этих детей в совместную урочную деятельность возможно только по отдельным предметам, например, на уроках физкультуры. Эта модель также может быть рекомендована, например, для обучающихся с задержкой психического развития и легкой неосложненной умственной отсталостью [17] .

В соответствии с моделью частичной инклюзии в процесс воспитания и обучения детей с ОВЗ вовлечены педагог общеобразовательной школы и педагог-дефектолог. Учитель-дефектолог специального класса должен быть знаком с перспективным планом работы педагога того массового класса, в который интегрируются его ученики. Это необходимо для того, чтобы он на своих фронтальных и индивидуальных коррекционных занятиях обратил особое внимание на подготовку воспитанников к успешному участию в совместных с нормально развивающимися детьми занятиях.

Учитель-дефектолог специального класса должен систематически оказывать методическую помощь массовым педагогам в организации общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья, включенным во внеурочной деятельности в коллектив нормально развивающихся сверстников, в привлечении их к занятиям, к играм. Он ведет наблюдение за их адаптацией в массовом классе, посещает занятия, фиксирует для себя те трудности, с которыми сталкивается каждый ребенок, и пытается подготовить его к их преодолению на своих фронтальных и индивидуальных занятиях.

По мнению Н.Н. Малофеева и Н.Д. Шматко, смыслом временной инклюзии является создание условий для приобретения детьми с ОВЗ начального опыта общения с нормально развивающимися сверстниками. Временная инклюзия

может рассматриваться также как этап подготовки к возможной в дальнейшем более совершенной форме инклюзии [26].

Педагоги массового и специального классов проводят подготовительную работу, необходимую для более полноценного включения таких детей-инвалидов в совместные игры, праздники, развлечения и т. п. Задача специальных и массовых педагогов состоит в том, чтобы со временем дети-инвалиды стали соучастниками этой деятельности, а нормально развивающиеся дети воспринимали их как партнеров, которым нередко требуется их помощь и поддержка.

Предполагается, что в условиях временной инклюзии взаимодействие детей должно происходить не реже двух раз в месяц. Школьники с ОВЗ объединяются с нормально развивающимися детьми в рамках дополнительного образования. Они вместе посещают кружки и спортивные секции.

Эпизодическая инклюзия рекомендуется детям с более глубоким интеллектуальным дефектом, с отягощенной умственной отсталостью либо имеющим выраженные расстройства поведения (третий и четвертый варианты АООП).

Кроме того, она ориентирована на специальные школьные учреждения, которые ограничены в возможностях проведения целенаправленной работы по совместному с нормально развивающимися детьми воспитанию и обучению своих воспитанников.

Эпизодическая инклюзия ориентирована на обеспечение хотя бы минимального социального взаимодействия детей с выраженными нарушениями развития со сверстниками, преодоление тех объективных ограничений в социальном общении, которые создаются в условиях специальных (коррекционных) учреждений, где обучаются только дети с ограниченными возможностями здоровья [26].

Таким образом, выбор той или иной модели образовательной инклюзии зависит как от особенностей, возможностей и потребностей самого ребенка-

инвалида, так и условий, которые может создать для его обучения общеобразовательная организация.

Можно выделить следующие принципы реализации той или иной модели инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ.

Любая модель образовательной инклюзии может быть реализована при условии объективной и всесторонней оценки ее полезности для психофизического развития, успешной социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, а также отсутствии рисков ухудшения условий и ограничения возможностей образования и социализации в целом для других обучающихся, в группу которых он включается [18].

Выбор модели инклюзии, рекомендуемой для конкретного обучающегося с ОВЗ, должен осуществляется на основе:

индивидуального подхода к обучающемуся с ОВЗ с учетом характера и тяжести имеющихся у него нарушений психофизического развития, актуального уровня сформированности произвольной регуляции поведения, учебных, социально-бытовых, гигиенических и коммуникативных навыков;

рекомендуемого психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) варианта АООП;

оценки готовности и возможности родителей обучающегося с ОВЗ участвовать во взаимодействии с педагогами и специалистами в работе по его включению в совместную образовательную деятельность с другими обучающимися, коррекции недостатков психофизического развития, формированию учебных и различных социальных навыков;

комплекса показателей, характеризующих наличие в образовательной организации специальных образовательных условий для реализации рекомендуемой модели инклюзии;

изучения отношения всех участников образовательного процесса к рекомендуемой модели инклюзии.

В ходе реализации любой модели инклюзии в образовательной организации должен осуществляться постоянный мониторинг, включающий:

оценку динамики психического развития, социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ на основе показателей, включенных в систему комплексного оценивания результатов образования по соответствующему варианту АООП или АОП дополнительного образования;

учет показателей удовлетворенности родителей и других участников образовательного процесса (педагогов, других обучающихся и их родителей) результатами и условиями реализуемой модели инклюзии;

регулярного анализа соответствия специальных условий, созданных для реализации выбранной модели инклюзии, особым образовательным потребностям обучающегося с ОВЗ [18].

С учетом данных мониторинга реализующейся модели инклюзии, на основе комплексной оценки образовательных результатов, динамики психофизического развития, уровня социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, что может быть основанием и для изменения варианта АООП, обучающемуся с ОВЗ может быть рекомендована другая модель инклюзии.

Полезная для социализации ребенка с ОВЗ организационная форма получения образования (совместное обучение со здоровыми сверстниками или обучение в коррекционном классе) и соответствующая ей модель инклюзии может быть рекомендована ПМПК.

Следует отметить, что ПМПК может только рекомендовать вариант АООП и наиболее оптимальную для обучающегося с ОВЗ организационную форму его обучения (в коррекционной школе, коррекционном классе обычной школы или совместно с другими детьми, которые не имеют ограничений по здоровью). Право выбора этой формы получения образования сохраняется за родителями ребенка с ОВЗ. Это обстоятельство определяет особую значимость информационно-просветительской работы с родителями детей с ОВЗ [18].

Разработка рабочих программ учебных предметов (коррекционных курсов) в соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью

В соответствии с рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования (письмо Минобрнауки РФ от 10.0-2015 г. № ВК-268 по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в качестве одной из функций ППМС-центров предполагается их участие в разработке адаптированных образовательных программ и индивидуальных учебных планов, оптимизации обучения и воспитания обучающихся, испытывающих учебные трудности, детей с ОВЗ и инвалидностью.

В связи с этим педагоги ППМС-центров должны повысить уровень своей профессиональной компетентности в вопросах разработки адаптированных основных общеобразовательных программ для обучающихся с ОВЗ.

Варианты АООП для детей с ОВЗ разрабатываются в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью должны быть отражены в АООП. Исключительным правом на разработку и утверждение АООП обладает образовательная организация. Согласно ч. 5 ст. 12 Федерального закона № 273-ФЗ, «образовательные программы самостоятельно разрабатываются и утверждаются организацией, осуществляющей образовательную деятельность». Статья 28 «Компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации» подтверждает это положение. Она относит к компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности разработку и утверждение образовательных программ образовательной организации. Сама же образовательная организация решает вопрос о целесообразности проведения экспертизы, разработанной АООП. Согласования образовательной программы не требуется. Объектом внешней оценки АООП становится

только в период прохождения процедуры лицензирования и государственной аккредитации [74].

Структура адаптированной основной общеобразовательной программы:

пояснительная записка;

планируемые результаты освоения обучающимися с ОВЗ АООП;

система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП обучающимися с ОВЗ;

программы отдельных учебных предметов;

программа коррекционной работы;

программа духовно-нравственного развития;

программа формирования универсальных учебных действий обучающихся (базовых учебных действий);

программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни;

программа внеурочной деятельности;

учебный план;

система условий реализации АООП.

В качестве дополнительных разделов в программу могут быть включены паспорт программы, основные понятия, детальная характеристика контингента обучающихся по различным параметрам, имеющим значение для дальнейшей организации обучения и др.

Одним из основных элементов содержательного раздела АООП является рабочая программа. Рабочая программа, как компонент основной образовательной программы образовательной организации, является средством фиксации содержания образования, планируемых результатов, системы оценки на уровне учебных предметов, коррекционных курсов и курсов внеурочной деятельности, предусмотренных учебным планом образовательной организации.

Рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается для обучающихся с ОВЗ с учетом рекомендуемого им ПМПК варианта АООП [18].

В зависимости от варианта АООП рабочая программа по предмету, курсу должна соответствовать требованиям и положениям:

ФГОС начального общего образования (для обучающихся с ОВЗ по первому варианту АООП НОО), ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ (для обучающихся с ОВЗ по второму, третьему и четвертому вариантам АООП НОО) или ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (для обучающихся по первому и второму вариантам АООП образования обучающихся с умственной отсталостью);

варианту ПАООП для категории обучающихся с ОВЗ, которые обучаются в образовательной организации;

АООП для категории обучающихся с ОВЗ, разработанной образовательной организацией на основе соответствующего варианта ПАООП.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по первому варианту АООП НОО, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел примерной основной образовательной программы начального общего образования;

примерной программы учебного предмета, составленной на основе ФГОС начального общего образования;

программы (рабочей программы) автора учебно-методического комплекта по учебному предмету (если в программе есть ссылка, что она составлена в соответствии с примерной программой учебного предмета и учебники этого УМК включены в действующий Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию);

программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по второму и третьему варианту АООП НОО, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ;

программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию в образовательном процессе для категории обучающихся с ОВЗ.

Разработка рабочей программы учебного предмета на основании материалов, указанных в пункте 2, допускается только при условии приведения существующей программы учебного предмета по использующемуся в образовательной организации учебнику в соответствии с примерной программой этого учебного предмета, включенной в содержательный раздел рекомендованного ПМПК варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ.

Для обучающихся с ОВЗ, обучение которых осуществляется по четвертому варианту АООП НОО, предусматривающему разработку на каждый год специальной индивидуальной программы развития (СИПР), рабочая программа учебного предмета, курса составляется на основе примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел четвертого варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ.

Для обучающихся с умственной отсталостью, обучение которых осуществляется по первому варианту АООП обучающихся с умственной отсталостью, рабочая программа учебного предмета, курса разрабатывается на основе программ предмета, курса, представленных в следующих формах:

примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ;

программы (рабочей программы) учебного предмета к учебнику, используемому в образовательной организации, включенному в Федеральный перечень учебников, рекомендуемых к использованию.

Разработка рабочей программы учебного предмета на основании материалов, указанных в пункте 2, допускается также лишь при условии приведения существующей программы учебного предмета по использующемуся в образовательной организации учебнику в соответствии с примерной программой этого учебного предмета, включенной в содержательный раздел второго варианта примерной адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ [18].

Для обучающихся с умственной отсталостью, обучение которых осуществляется по второму варианту АООП образования обучающихся с умственной отсталостью, предусматривающему разработку на каждый год специальной индивидуальной программы развития (далее – СИПР), рабочая программа учебного предмета, курса составляется на основе примерной программы учебного предмета, курса, включенной в содержательный раздел второго варианта примерной адаптированной основной образовательной программы образования обучающихся с умственной отсталостью [18].

Примерные программы учебных предметов, курсов размешены непосредственно в текстах Примерных основных образовательных программ начального общего образования, Примерных адаптированных основных образовательных программ начального общего образования

обучающихся с ОВЗ и Примерных адаптированных основных образовательных программ образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), внесенных в реестр образовательных программ, одобренных федеральным учебно-методическим объединением по общему образованию.

Организация работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ

В связи с тем, что специалисты ППМС-центров могут участвовать в реализации АООП, им следует учитывать изменения в содержании специального образования, связанные с введением ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью. Эти изменения во многом связаны с провозглашением в качестве основной методологической составляющей стандартов деятельностного подхода, в соответствии с которым развитие личности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (в том числе обучающихся с умственной отсталостью) зависит от характера организации доступной им деятельности, в первую очередь, учебной. При этом основные структурные компоненты деятельности (личностные, регулятивные, познавательные, коммуникативные) рассматриваются как предмет целенаправленного формирования и представляются в Стандартах как образовательные результаты.

В соответствии с деятельностным подходом, являющимся общеметодологической основой современного отечественного образования, группой авторов (А.Г. Асмолов, Г.В. Бурменская, И.А. Володарскаяи др.) была разработана концепция развития универсальных учебных действий, согласно которой содержание учебных предметов и образовательных технологий должны выстраиваться с ориентацией на формирование системы общеучебных умений, обеспечивающих успешность обучения школьников [11]. По мнению авторов этой концепции, учебная деятельность представляет

собой целостную систему, в которой формирование каждого вида учебного действия определяется его отношением с другими видами учебных действий и особенностями психического развития детей.

Следует отметить, что указанные положения концепции развития универсальных учебных действий во многом совпадают с принципами коррекционно-развивающего обучения. Так как имеющиеся у многих обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) эмоционально-волевые и когнитивные нарушения обусловливают значительные трудности формирования структуры учебной деятельности, составляющие ее компоненты (учебная мотивация, общеучебные и общетрудовые умения) были всегда объектом коррекционно-развивающей работы в специальном образовании [6,7,18].

В понятии общеучебное умение или универсальное учебное действие авторами концепции выделяется еще очень важный аспект – его ориентированность на успешную социальную адаптацию за счет формирования жизненно важных компетенций [18].

Такой подход полностью соответствует целям и задачам специального образования с его направленностью на максимальную социальную адаптацию выпускника [25]. Очевидно, что круг знаний, умений, жизненных компетенций выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений не может ограничиваться только теми, которые сформировались у них в период обучения в школе. Этот круг постоянно расширяется в процессе их дальнейшей социализации, приспособления к условиям постоянно изменяющейся среды жизнедеятельности. Поэтому содержание, технологии и специальные условия образования обучающихся с ОВЗ должны обеспечить формирование у них способностей к дальнейшей социализации и социальной адаптации.

В соответствии с деятельностным подходом требованиями Стандартов предусмотрено включение в содержательный раздел цензовых вариантов (т. е. соответствующих по итоговым образовательным результатам ФГОС

начального общего образования) АООП программы формирования универсальных учебных действий, а для нецензовых (предусмотренных для обучающихся с разной степенью выраженности умственной отсталости) – программы формирования базовых учебных действий.

Учитывая, что термин базовое учебное действие используется в специальном образовании относительно недавно, остановимся на отдельных его характеристиках, представленных в примерных АООП.

Разработка программы формирования базовых учебных действий предусматривается Стандартами для следующих вариантов АООП:

АООП глухих обучающихся;

АООП слабослышащих обучающихся;

АООП обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

АООП обучающихся с расстройствами аутистического спектра;

АООП обучающихся с умственной отсталостью (ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью).

Реализация программы формирования базовых учебных действий, направлена на достижение личностных и предметных результатов.

Под базовыми учебными действиями в примерных АООП понимаются элементарные и необходимые единицы учебной деятельности, формирование которых обеспечивает овладение содержанием образования обучающимися с умственной отсталостью [9]. В отличие от универсальных учебных действий базовые учебные действия не обладают той степенью обобщенности, которая обеспечивает самостоятельность учебной деятельности и ее реализацию в изменяющихся учебных и внеучебных условиях. Кроме того, они формируются и реализуются только в совместной деятельности педагога и обучающегося.

Формирование базовых учебных действий у школьника с умственной отсталостью направлено на становление его как субъекта учебной деятельности, которая обеспечивает одно из направлений его подготовки к

самостоятельной жизни в обществе и овладения доступными видами профильного труда [9].

К функциям базовых учебных действий относится:

обеспечение успешности (эффективности) изучения содержания любой предметной области;

реализация преемственности обучения на всех ступенях образования;

формирование готовности обучающегося с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) к дальнейшей трудовой деятельности;

обеспечение целостности развития личности обучающегося.

С учетом этих функций базовые учебные действия могут рассматриваться как условие и как предпосылка формирования различных жизненных компетенций, конкретных способов поведения, обеспечивающих социальную (в т. ч. социально-бытовую) ориентировку и социальную адаптацию [18]. Следовательно, от степени их сформированности у выпускника коррекционной школы зависит успешность овладения в дальнейшем новыми видами деятельности и необходимыми для социальной адаптации компетенциями.

Структура базовых учебных действий включает мотивационный, операционный и регулятивный компоненты учебной деятельности.

Следует отметить, что проблема формирования учебной деятельности, особенно ее операционного и регулятивного компонентов, составляющих ядро общеучебных и общетрудовых умений, достаточно давно находится в центре внимания в олигофренопедагогике. В исследованиях Е.Г. Еременко и его сотрудников было показано, что в условиях специально организованного обучения познавательные и регулятивные способности школьников с легкой умственной отсталостью развиваются. Уже на пятом и шестом годах обучения дети могут дифференцировать сходные по внешнему виду предметы; выполнять действия сравнения, анализа, классификации и обобщения в пределах своих возможностей; понимать содержание картин и литературных текстов [7].

Следовательно, учитывая потенциал возможностей детей с умственной отсталостью, на протяжении всего обучения должна проводиться целенаправленная работа по формированию учебной деятельности, в которой особое внимание уделяется развитию и коррекции мотивационного и операционного компонентов учебной деятельности, т.к. они во многом определяют уровень ее сформированности и успешность обучения школьника. Таким образом, программа базовых учебных действий позволяет реализовывать коррекционно-развивающий потенциал образования школьников с умственной отсталостью.

Как и в цензовых вариантах АООП НОО, предусматривающих формирование универсальных учебных действий, программа формирования БУД включает четыре их группы:

личностные базовые учебные действия;

коммуникативные базовые учебные действия;

регулятивные базовые учебные действия;

познавательные базовые учебные действия.

Вместе с тем, в отличие от цензовых вариантов АООП, в которых виды личностные, коммуникативные, регулятивные и познавательные универсальные учебные действия соответствуют личностным и метапредметным результатам образования, БУД соотносятся с личностными и предметными образовательными результатами. Соотнесение образовательных результатов и базовых учебных действий может быть представлено следующим образом:

Личностные результаты – личностные и коммуникативные базовые учебные действия.

Предметные результаты – регулятивные и познавательные базовые учебные действия.

Согласно требованиям ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ уровень сформированности базовых учебных действий определяется на момент завершения обучения в начальной школе, а в соответствии с требованиями

ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью – на момент завершения обучения в школе. С учетом возрастных особенностей обучающихся с легкой степенью умственной отсталости состав и содержание БУД различается для I (I1==-IV и V-IX классов.

Представленный в примерной АООП перечень видов базовых учебных действий может быть пронумерован для дальнейшего сокращенного (в виде шифра) представления в рабочих программах и календарно-тематическом планировании (например, вид личностного БУД «осознание себя как ученика, заинтересованного посещением школы, обучением, занятиями, как члена семьи, одноклассника, друга» может быть обозначен: Л.1.)

Умение использовать все группы действий в различных образовательных ситуациях является показателем их сформированности. В процессе обучения предполагается осуществление мониторинга всех групп базовых учебных действий, который будет отражать индивидуальные достижения обучающихся и позволит делать выводы об эффективности проводимой в этом направлении работы. Учет сформированности базовых учебных действий является важнейшим показателем для промежуточной аттестации обучающихся.

Согласно Стандартам на протяжении всего периода обучения должна проводиться целенаправленная работа по формированию учебной деятельности, в которой особое внимание уделяется развитию и коррекции мотивационного и регулятивного компонентов учебной деятельности, т.к. они во многом определяют уровень ее сформированности и успешность обучения школьника.

Универсальные и базовые учебные действия, формируемые у младших школьников, обеспечивают, с одной стороны, успешное начало школьного обучения и осознанное отношение к обучению, с другой – составляют основу формирования в старших классах более сложных действий, которые содействуют дальнейшему становлению ученика как субъекта осознанной активной учебной деятельности на доступном для него уровне.

В соответствии с дифференцированным подходом, учитывающим типологические особенности каждой группы обучающихся с ОВЗ, содержание программ формирования универсальных или базовых учебных действий в примерных АООП имеет свои особенности. Так, в примерной АООП для глухих обучающихся (вариант 1.== выделены следующие виды универсальных учебных действий: учебно-организационные умения, учебно-информационные умения, учебно-коммуникативные и учебно-интеллектуальные умения. При выделении этих видов универсальных учебных действий разработчиками примерной АООП учитывалось, что многие общеучебные умения на начальной стадии формирования выступают в качестве предметных (чтение, письмо, некоторые грамматические, математические умения), а в дальнейшем, на более поздней стадии обучения, становятся общими для различных видов учебной деятельности.

Программа формирования универсальных (базовых) учебных действий предполагает интеграцию и координацию деятельности педагогов и специалистов ППМС-центров, реализующих программы учебной и внеурочной деятельности.

Стандартами предусмотрено формирование у обучающихся системы универсальных или базовых учебных действий в разных видах учебной и внеурочной деятельности, включая различные коррекционные занятия, реализуемые в групповой и индивидуальной формах.

Предусмотренные ФГОС ОВЗ требования к формированию универсальных и базовых учебных действий предполагают определенные изменения в сложившихся формах организации и содержании учебной и коррекционно-воспитательной работы, а также психолого-педагогического сопровождения обучающихся.

Рис. 2. Система работы по формированию учебных действий у обучающихся в образовательной организации

В соответствии с деятельностным подходом и принципами коррекционно-развивающего обучения универсальные (базовые) учебные действия формируются в специально проектируемых ситуациях с учетом типологических особенностей обучающихся с ОВЗ. Важнейшим условием эффективности программы является обеспечение взаимосвязи между всеми направлениями работы по формированию этих учебных действий на основе общих принципов, методов и алгоритмов, а также единых критериев и показателей оценки их сформированности. Кроме того, следует учитывать структуру и уровневое строение учебных действий, а также особенности нарушений психических функций у детей для осуществления коррекционно-развивающей работы.

Таким образом, организация работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий должна выстраиваться на основе системного подхода1== Следует отметить, что в специальной педагогике на основе системного подхода осуществляется анализ структуры дефекта, оценка роли внешних и внутренних факторов, влияющих на нарушение социализации и социальной адаптации, разработка коррекционных программ и программ комплексного сопровождения и т.д.

В качестве основных задач, решение которых обеспечивает реализацию системного подхода к формированию универсальных (базовых) учебных действий, можно выделить следующие:

Определение направлений формирования универсальных (базовых) учебных действий и их связи с определенными учебными предметами и курсами.

Подбор методов и приемов, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ в учебной и внеурочной деятельности.

Проектирование учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий.

Разработку технологической карты урока с определением учебных ситуаций, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий.

Разработка рабочих программ учебных предметов, курсов, предусматривающих деятельность по формированию универсальных (базовых) учебных действий.

Разработку показателей и уровней сформированности универсальных (базовых) учебных действий.

Отбор методов педагогической и психологической диагностики, а также разработку формы мониторинга сформированности универсальных (базовых) учебных действий.

Организацию взаимодействия педагогов и специалистов по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся.

Большинство видов универсальных (базовых) учебных действий, составляющих ядро любой учебной деятельности, актуализируются и формируются на каждом учебном занятии. Вместе с тем, для целенаправленной работы по формированию определенных видов универсальных (базовых) учебных действий должны создаваться специальные условия.

Направления формирования разных видов универсальных (базовых) учебных действий определяются исходя из специфики образовательных областей, коррекционной работы и внеурочной деятельности. Например, формированию познавательного базового учебного действия «делать простейшие обобщения, сравнивать, классифицировать на наглядном материале» в большей степени способствует содержание таких образовательных областей, как «Естествознание» и «Язык и речевая практика», а другому познавательному базовому учебному действию, связанному с выполнением арифметических операций, т. е. имеющему более предметный характер, определенно соответствует образовательная область «Математика».

Как уже было отмечено выше, выбор направленности формирования тех или иных универсальных (базовых) учебных действий в коррекционной работе должен определяться на основе дифференцированного подхода с учетом типологических особенностей обучающихся с умственной отсталостью (например, в рамках выделенных В.В. Воронковой уровней обучаемости), а в условиях индивидуальной работы – на основе анализа структуры дефекта конкретного обучающегося [35].

Таким образом, связь видов универсальных (базовых) учебных действий с определенными учебными предметами и курсами определяется с учетом:

- содержания учебного предмета, коррекционного курса или внеурочной деятельности обучающихся;
- используемых образовательных технологий, методов и приемов обучения, воспитания, коррекционной работы;
- организационных форм, используемых в образовательном процессе.

Установленные связи различных видов универсальных (базовых) учебных действий с определенными учебными предметами и курсами представляются в виде таблицы в программе формирования универсальных (базовых) учебных действий, включающейся в содержательный раздел АООП.

В каждом учебном предмете или коррекционном курсе педагог может использовать широкий арсенал методов и приемов для формирования универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся. При этом на начальных этапах обучения особое внимание должно уделяться формированию регулятивных учебных действий, обеспечивающих организацию учебной деятельности школьника. Среди базовых регулятивных учебных действий к таким относятся умения адекватно соблюдать ритуалы школьного поведения (поднимать руку, вставать и выходить из-за парты и т. д.), а также принимать цели, произвольно включаться в деятельность и следовать предложенному плану. По единым алгоритмам учеников младших классов ежедневно следует приучать подготавливать к уроку свое рабочее

место, ориентироваться в тетради и учебнике, правильно выбирать способы выполнения задания, планировать свои действия и многое другое.

Учитывая, что для большинства обучающихся с умственной отсталостью характерен низкий уровень сформированности произвольной регуляции, а также недостаточное осознание требований ситуации школьного обучения, для формирования школьного поведения на первых этапах обучения возможно использование поведенческих методов. Применение этих методов позволит за счет различных внешних стимуляций (например, модификаций жетонного метода) создать условия для соблюдения обучающимися норм школьного поведения с последующей интериоризацией этих регулятивных действий. Эти методы оказываются особенно эффективными при работе с детьми с грубыми нарушениями целенаправленного поведения.

Для дальнейшего развития регулятивных умений, например, действовать по плану, можно начать с обучения детей составлению плана уже выполненной работы. Этот прием позволяет учащимся осознать, что задание следует всегда выполнять в определенной последовательности, и подготавливает основу для перехода к последующему этапу обучения – составлению плана предстоящей работы. После овладения школьниками умением составлять план выполненной работы можно рекомендовать обучать их умению работать по предложенному педагогом плану. В этом случае план вначале дается к знакомым, а затем и к новым заданиям. Педагог же должен сопровождать обучение объяснениями и демонстрациями рисунков, наглядно представляющих последовательность совершаемых действий.

Специальная коррекционно-воспитательная работа требуется для развития приемов и способов самоконтроля. Формирование самоконтроля зависит от уровня осмысленности совершаемых действий и способности сопоставить их результат с образцом. К условиям формирования самоконтроля у обучающегося относится понимание им цели совершаемого действия, а также сформированность у него следующих познавательных базовых учебных действий: выделять некоторые существенные, общие и

отличительные свойства хорошо знакомых предметов; сравнивать и классифицировать на наглядном материале; наблюдать под руководством взрослого за предметами и явлениями окружающей действительности и др. Формированию этих умений могут способствовать выполняемые совместно с учителем упражнения по развитию различных видов зрительного гнозиса. При этом учитель с помощью вопросов организует восприятие ребенка с целью привлечения внимания к дифференцирующим объект признакам.

Разнообразные методы и приемы формирования регулятивных и познавательных базовых учебных действий (например, таких как сравнение предметов, сериация, а также более предметных по содержанию базовых учебных действий – умений читать, писать, выполнять арифметические действия) на таких учебных предметах, как «Русский язык», «Чтение», «Математика» можно найти в соответствующих учебных пособиях для учителей по методикам преподавания этих предметов.

В качестве общих принципов формирования базовых учебных действий у обучающихся в учебной деятельности можно выделить принципы, сформулированные еще 60-е годы прошлого века Б.И. Пинским, по мнению которого для развития общеучебных умений необходима [37,38]:

- помощь и направляющее воздействие учителя, подготавливающие обучающихсяк предстоящим действиям ;
- систематическая тренировка школьников в выполнении умственных действий, их постепенное превращение в приемы деятельности;
- включение в учебный процесс упражнений в применении усвоенных знаний.

На этих же принципах может выстраиваться работа по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся и во внеурочной деятельности, где педагог имеет большие возможности выбора как содержания деятельности, так и методов и приемов работы с детьми.

В коррекционной работе психолога по формированию универсальных (базовых) учебных действий могут быть использованы материалы методики

комплексной сенсомоторной коррекции, разработанной А.В. Семенович. В этой методике большое внимание уделяется развитию произвольной регуляции деятельности, формированию у детей функций гнозиса, праксиса, пространственного анализа и синтеза, т. е. функций, обеспечивающих формирование различных регулятивных, познавательных и коммуникативных БУД [42].

Важнейшим элементом рассматриваемой здесь системы работы является подготовка и проведение учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий. При проектировании каждого урока учителем должны определяться конкретные универсальных (базовых) учебных действий, формирующиеся на разных этапах учебного занятия. Учителем должны продумываться учебные ситуации, включающие учебный материал, методы и приемы организации деятельности обучающихся, обеспечивающие формирование этих учебных действий.

Общий алгоритм проектирования учебного занятия может быть следующим:

Сформулировать задачи урока, связанные с формированием определенных универсальных (базовых) учебных действий.

Определить на основе программы и тематического плана виды деятельности, методы, приемы и средства обучения, обеспечивающие формирование определенных универсальных (базовых) учебных действий в ходе урока.

Продумать учебные ситуации на уроке, в рамках которых будет осуществляться формирование универсальных (базовых) учебных действий. Здесь должно быть предусмотрено, что будут делать дети в каждой из этих учебных ситуаций (слушать, отвечать на вопросы, выполнять задание в рабочей тетради и т. д.), как часто будут меняться виды деятельности, какие формы работы будут использоваться (фронтальная работа, работа в группе, работа в паре, самостоятельная работа).

Определить моменты урока, в которые нужно организовать проверку выполнения учащимися заданий по предложенному алгоритму, в том числе само- и взаимопроверку, а также ситуации, обеспечивающие формирование у обучающихся способности оценивать деятельность свою и других: когда, что, кого, кто, по каким критериям должны оценивать и пр.

Предусмотреть рефлексивные моменты на уроке: подведение итогов работы, оценку настроения, постановку целей будущей работы и др.

Проектирование уроков с направленностью на формирование универсальных (базовых) учебных действий предполагает создание условий для постепенного перехода учеников к саморегуляции своей деятельности и самоконтролю, в том числе за счет развернутой алгоритмизации обучения, повторения общих алгоритмов действий в ориентировке, исполнении, контроле и оценивании в каждом учебном задании. В едином алгоритме на каждом занятии учителем должны организовываться работа обучающихсяс учебным материалом с четким определением операций: нахождение в учебнике ответа на заданный учителем вопрос; совместное с учителем составление простого плана по прочитанному рассказу.

Для удобства подготовки урока с реализацией задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий, может использоваться технологическая карта урока, которая представляет собой способ графического проектирования урока, таблицу, позволяющую структурировать урок по выбранным учителем параметрам. Такими параметрами могут быть этапы урока, его цели, содержание учебного материала, методы и приемы организации учебной деятельности обучающихся, деятельность учителя и деятельность обучающихся и т.д.

Форма записи урока в виде технологической карты позволяет детально продумать его еще на стадии подготовки, оценить разумность и потенциальную эффективность выбранных методических приемов, средств и подходов к организации деятельности обучающихся на каждом этапе урока. Это дает возможность учителю оценить рациональность отбора содержания

учебного материала, соответствие применяемых форм и методов работы поставленным целям.

В соответствии с требованиями ФГОС ОВЗ система работы по формированию БУД должна быть отражена как в соответствующем разделе АООП (программе формирования базовых учебных действий), так и в каждой рабочей программе учебного предмета, курса. Требования к структуре программы формирования БУД и рабочей программы представлены в Стандартах.

Можно рекомендовать следующий алгоритм включения видов универсальных (базовых) учебных действий в содержание рабочих программ учебных предметов:

Проанализировать содержание разделов и тем программы на предмет его использования для формирования определенных видов универсальных (базовых) учебных действий.

Разработать рабочую программу учебного предмета на основе примерной, указав в пояснительной записке, а также в разделах программы формируемые универсальные (базовые) учебные действия.

Выбрать методы и средства формирования универсальных (базовых) учебных действий для каждого урока с учетом содержания изучаемой темы.

Разработать систему типовых заданий для формирования универсальных (базовых) учебных действий в рамках учебного предмета.

Разработать диагностический материал для оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий в учебном процессе.

Учитывая, что для отдельных обучающихся могут разрабатываться и индивидуальные учебные планы, в этих планах могут отражаться и особенности работы по формированию БУД. Подобным образом может осуществляться включение универсальных (базовых) учебных действий в содержание программ внеурочной деятельности.

Комплексная диагностика сформированности универсальных (базовых) учебных действий у детей-инвалидов, обучающихся по АООП

Обеспечение эффективности работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ предполагает постоянный мониторинг ее результатов. С целью его проведения должна быть разработана система оценивания, предусматривающая определение показателей и уровней сформированности БУД.

В соответствии с примерной АООП при определении подходов к осуществлению оценки результатов рекомендуется опираться на следующие принципы:

дифференцированный подход к оценке достижений с учетом типологических и индивидуальных особенностей развития и особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью;

изучение всего комплекса изменений психического и социального развития, индивидуальных способностей и возможностей обучающихся;

единства параметров, критериев и инструментария оценки достижений в освоении содержания образовательной программы, что сможет обеспечить объективность оценки в разных образовательных организациях.

Реализация этих принципов предполагает создание методического обеспечения (определение показателей и уровней сформированности универсальных (базовых) учебных действий, описание диагностических материалов, процедур их применения, сбора, формализации, обработки) процесса осуществления оценки достижений обучающихся.

В работах, посвященных проблеме изучения динамики развития детей с умственной отсталостью, в качестве наиболее информативных и репрезентативных его показателей относят: сознательность познавательной деятельности обучающихся, уровень развития у них обобщения и абстрагирования, темп познавательных действий; динамичность познавательных процессов, уровень самостоятельности, обученность, обучаемость, учебная работоспособность.

Показатель сознательности деятельности дает возможность определить уровень понимания обучающимся цели ее осуществления, ориентировки в ситуации, задании и др., что выявляется посредством беседы или наблюдения. Главным критерием здесь выступает соотношение между прямым отражением действительности в виде ее копирования и аналитическим восприятием с проникновением в суть предметов и явлений.

Другой показатель характеризует уровень развития обобщения и абстрагирования, недостаточность которых являются ядерным нарушением при легкой умственной отсталости. Эти умения могут также постепенно формироваться при специальных условиях обучения у детей с умственной отсталостью, конечно в значительно меньшей степени, чем у детей с сохранным интеллектом. Показатель уровня развития обобщения и абстрагирования позволяет определить степень выраженности и специфические признаки главного симптома умственной отсталости – недоразвития высших познавательных процессов.

В ходе изучения познавательной деятельности детей с легкой умственной отсталостью рассматривается степень сформированности у них приемов построения обобщающих действий, способность их:

выделять некоторые существенные, общие и отличительные свойства хорошо знакомых предметов;

устанавливать видо-родовые отношения предметов;

делать простейшие обобщения, сравнивать, классифицировать на наглядном материале;

объединять предметы в одну группу по общим признакам и абстрагироваться от объектов, которые их не имеют;

пользоваться знаками, символами, предметами-заместителями.

Важнейшим показателем сформированности как универсальных, так и базовых учебных действий, характеризующих динамику психического развития обучающихсяв целом, является их обучаемость, т. е. то, как они поддаются обучению. Критерием обучаемости является объем и характер

помощи, необходимых учащемуся для усвоения знаний или способов действий. Этот критерий указывает как на уровень ориентировки в задании, так и сформированность самоконтроля.

Соответственно, с учетом объема и характера помощи взрослого, учитывается и показатель самостоятельности деятельности обучающегося, которая определяется путем учета количества работы, выполненной учащимся без помощи извне.

С учетом особенностей психического состояния, структуры дефекта детей с ОВЗ значимыми являются также показатели динамики психических процессов. Показатель темпа деятельности позволяет выяснить, с какой скоростью протекает у обучающихсяучебная деятельность: восприятие и осознание учебной информации, выполнение ручных операций и решение умственных задач. Существенным показателем, характеризующим динамику психических процессов, является также показатель способности к видоизменению, перестройке усвоенных знаний и способов действий в соответствии с новыми потребностями и в разных условиях деятельности. Этот показатель позволяет, например, определить меру проявления свойственной учащимся с умственной отсталостью инертности психических процессов.

Перечисленные показатели отражают наиболее существенные стороны учебной деятельности, которые необходимо учитывать при организации обучения детей с ОВЗ. При этом они также указывают на те объекты коррекционной работы, которые должны быть в центре внимания всех специалистов, участвующих в образовательном процессе.

В соответствии с рекомендациями примерной АООП для обучающихся с умственной отсталостью их поведение и деятельность могут оцениваться по системе показателей, характеризующих уровень сформированности видов базовых учебных действий.

Для определения уровня сформированности базовых учебных действий можно использовать следующую бальную систему оценки:

0 баллов – действие не может быть выполнено, смысл его обучающийся не понимает и поэтому не включается в процесс выполнения вместе с учителем (взрослым1==;

1 балл – обучающийся понимает смысл действия, но связывает его только с конкретной ситуацией, способен выполнить действие только по прямому указанию учителя (взрослого) и с его значительной организующей помощью;

2 балла – обучающийся преимущественно выполняет действие под руководством учителя (взрослого), но объем организующей помощи и контроль за выполнением действия со стороны учителя (взрослого) становится меньше;

3 балла – обучающийся способен самостоятельно выполнять действие, нуждаясь в незначительной организующей или активизирующей помощи, но допускает ошибки, которые исправляет по прямому указанию учителя;

4 балла – обучающийся способен самостоятельно применять действие, но иногда допускает ошибки, которые исправляет по замечанию учителя (например, обращением внимания ученика к правильности выполнения действия);

5 баллов – обучающийся знает, в какой ситуации надо применить действие, самостоятельно применяет его в различных ситуациях, не нуждаясь в контроле со стороны учителя.

Используя общие показатели и уровни сформированности универсальных (базовых) учебных действий можно осуществлять их комплексную оценку, основанную на данных диагностики проводимой разными специалистами (учителями, воспитателями, учителями- дефектологами, психологом).

В комплексном исследовании развития детей с ОВЗ могут использоваться общеизвестные педагогические и психологические диагностические методы: наблюдение, беседа, различные виды психолого- педагогического эксперимента, анализ продуктов деятельности обучающихся, анкетирование родителей и педагогов.

Рис. 3. Модель комплексной диагностики сформированности универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ

Метод наблюдения позволяет оценить степень сформированности регулятивного компонента деятельности, в частности, таких ее показателей, как ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения деятельности. Педагогическое наблюдение позволяет также выявить особенности отношения учащегося к окружающим и к самому себе.

Педагогическое наблюдение как один из методов комплексной диагностики может носить формализованный характер, т. е. осуществляться по конкретным показателям (перечню видов) универсальных (базовых) учебных действий) и выбранной системой их бальной оценки. Оценка сформированности универсальных (базовых) учебных действий посредством метода наблюдения может осуществляться разными учителями в начале и конце учебного года. Данные наблюдения по каждому обучающемуся заносятся в таблицу, образец которой представлен в приложении == Сам процесс наблюдения за учащимися класса для оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий на начало или конец года рекомендуется осуществлять в течение нескольких дней.

Для оценки сформированности отдельных универсальных (базовых) учебных действий могут использоваться типовые задачи1== Характер выполнения учащимися этих типовых задач также может является предметом оценивания с помощью бальной шкалы, указанной выше.

Для осуществления педагогической диагностики сформированности универсальных учебных действий у обучающихся с ОВЗ по первому и второму вариантам АООП НОО могут быть использованы типовые задачи, представленные в различных учебно-методических комплексах, соответствующих требованиями ФГОС НОО.

Для психологической диагностики универсальных (базовых) учебных действий можно рекомендовать использование нейропсихологических и

патопсихологических методик, позволяющих выявить уровень сформированности произвольной регуляции деятельности, наглядно-действенного, наглядно-образного, вербально-логического мышления, чтения, письма, счетных операций, а также функций, являющихся важнейшими предпосылками формирования учебных действий: различных видов гнозиса, праксиса, мнестических функций, показателей нейродинамики. Здесь также рекомендуется использовать единую бальную систему оценивания для определения уровня сформированности универсальных (базовых) учебных действий. Подобная система оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий может осуществляться учителями коррекционных предметов и учителем-логопедом. Данные результатов наблюдения, психологической и логопедической диагностики заносятся каждым специалистом в индивидуальную карту развития обучающегося

Важнейшей составляющей комплексной диагностики универсальных (базовых) учебных действий является оценивание уровня их сформированности родителями. С ними, как с полноправными участниками образовательного процесса, заранее согласуются показатели сформированности универсальных (базовых) учебных действий и в дальнейшем оценивается (например, посредством анкетирования) динамика их формирования у детей.

В заключение следует отметить, что главным условием успешности реализации системного подхода к формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с умственной отсталостью является выстроенная работа по взаимодействию учителей, специалистов и родителей детей. Выстраивание такого взаимодействия может осуществляться в рамках деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума, к функциям которого относится отслеживание общей динамики развития обучающихся, в т.ч. за счет оценки сформированности универсальных

(базовых) учебных действий, а также разработка и корректировка образовательных маршрутов.

Необходимым условием успешного взаимодействия всех участников образовательного процесса является непрерывное повышение уровня профессиональной компетенции педагогов в вопросах реализации деятельностного подхода в коррекционно-педагогической работе с детьми. Эту функцию также могли бы взять ППМС-центры в рамках деятельности по оказанию методической помощи муниципальным общеобразовательным организациям. В качестве форм повышения квалификации педагогов внутри образовательной организации можно рекомендовать обучающие и проблемные семинары, мастер-классы, анализы и обсуждения учебных и коррекционных занятий на методических объединениях.

3.1. Теоретические подходы к организации работы с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Синдром дефицита внимания и гиперактивность (СДВГ) – это расстройство, проявляющееся в дошкольном или раннем школьном возрасте. Таким детям тяжело контролировать свое поведение и/или концентрировать внимание. Установлено, что от 3-х до 5-ти процентов детской популяции в мире страдают СДВГ. Это значит, что в каждом втором классе, состоящем из 25-30-ти детей, хотя бы у одного будет СДВГ.

Проявления СДВГ могут быть распределены по трем основным группам симптомов: нарушения внимания, импульсивности и гиперактивности. Также значимой (хотя и не входящей в «клинические признаки») является социальная дезадаптация.

Довольно часто гиперактивные дети сообразительны и быстро «схватывают» информацию, обладают неординарными способностями. Развитие интеллекта у детей с СДВГ долгое время было предметом дискуссий – одни специалисты полагали, что оно не отличается от нормы, другие считали, что дефицит внимания приводит к серьезному снижению умственных способностей.

Последние исследования (использовался тест Векслера) показали, что по таким показателям, как общая осведомленность и объем простых знаний, дети с гиперактивностью не отличаются от здоровых сверстников, а вот умение строить умозаключения, способность к применению социальных правил и норм, самостоятельность, долговременная слухоречевая память у них сформированы хуже нормы. Исследования показывают, что наглядно-образное мышление у детей с СДВГ также имеет особенности: есть трудности в выделении существенных признаков предмета (идет смещение похожих предметов), в различении предметов внутри одной группы (сапог – ботинок; жираф – верблюд; петух – цыпленок – курица), трудности в актуализации образа по слову- наименованию и в номинативной функции речи (называние образов). Есть трудности и в пространственном и квазипространственном (понимание логико-грамматических конструкций) восприятии, зрительно-предметной памяти.

Среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые, но и случаи задержки психического развития у данной категории детей не являются редкостью. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей в общем сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ: беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность и импульсивность поступков, повышенная возбудимость, – часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо), что ведет к выраженной школьной дезадаптации.

Если говорить о собственно произвольной регуляции поведения гиперактивных детей, то здесь данные неоднозначны: показано, что такие дети испытывают трудности с выработкой стратегии поведения, хуже усваивают инструкции и алгоритмы действий, у них повышено число импульсивных ответов и персевераций (навязчивых повторов) предыдущих действий, их деятельность неустойчива к побочным влияниям. Импульсивность проявляется в неряшливом выполнении заданий (несмотря на усилие все делать правильно), в несдержанности в словах, поступках и

действиях (например, выкрикивание с места, неспособность дождаться своей очереди), в неумении проигрывать, излишней настойчивости и отстаивании своих интересов (невзирая на требования взрослого).

Присутствие взрослого не является для детей с СДВГ сдерживающим фактором: они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети могут вести себя только в их отсутствии. Зато по способности переключаться с одной программы на другую, способности пользоваться опосредующими звеньями в деятельности («узелок на память») и критичности к результатам своей деятельности гиперактивные ребята не отличаются от нормы.

У гиперактивных детей есть и свои личностные особенности: отсутствие чувства безопасности, склонность к агрессии, нестойкость к стрессу, стремление удовлетворять свои эмоции в мире фантазии, тревожность. Все это, наряду со снижением внимания и познавательных функций, приводит к снижению их адаптивного потенциала. В целом для обсуждаемой группы детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем бывает в их возрасте: будучи отстающими зачастую в психическом развитии от сверстников, эти дети стремятся руководить, ведут себя агрессивно и требовательно. Импульсивные гиперактивные дети быстро реагируют на запрет или резкое замечание, отвечают резкостью, непослушанием. Попытки сдержать их приводят к действиям по принципу «отпущенной пружины». От этого страдают не только окружающие, но и сам ребенок, который хочет выполнить обещание, но не сдерживает его.

Традиционно СДВГ рассматривают в нашей стране в рамках минимальных мозговых дисфункций. К ним относятся две группы состояний по классификации МКБ-10. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (или гиперкинетическое расстройство) представлен в разделе F9: поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста.

В эту же группу минимальных мозговых дисфункций входят нарушения психологического развития (раздел F==, расстройства развития речи,

расстройства формирования школьных навыков (дисграфия, дислексия, дискалькулия) и диспраксия развития или статико-локомоторная недостаточность.

Известно (об этом говорят данные лонгитюдных исследований), что симптоматика по мере взросления ослабевает, но продолжает проявляться в подростковом и даже во взрослом возрасте у достаточно большого числа пациентов.

Дополнительную негативную роль могут факторы играть социально-психологические, прежде всего, негативные внутрисемейные. В результате у ребенка будет страдать формирование высших психических функций, отмечаться отклонения поведения и все те клинические симптомы, которые мы только что рассмотрели.

Если говорить о высших психических функциях, которые страдают при данном состоянии и недостаточно сформированы, это функции управляющие. Они обеспечиваются лобными долями, прежде всего, передними их отделами, префронтальными структурами мозга.

Именно префронтальные структуры отвечают за управляющие функции и поведенческое торможение. Соответственно, пациенты с СДВГ обнаруживают управляющую дисфункцию.

Компоненты управляющих функций. Именно эти аспекты поведения страдают при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью:

Контроль внимания.

Торможение, сдерживание, контроль импульсов.

Планирование и организация.

Внутренняя речь.

Рабочая или оперативная память.

Предвидение, прогнозирование, предусмотрительность, которая, безусловно, должна основываться на взгляде в прошлое, ретроспективной оценке прошедших событий и допущенных просчетов.

Выбор приоритетов.

Умение распределять время.

Изменение, пересмотр планов.

Отделение эмоций от реальных фактов.

В результате влияния этих нейробиологических факторов страдают функции целой мозговой системы контроля внимания и организации поведения. Эта система включает целый ряд областей мозга: ассоциативная кора, подкорковые узлы, зрительный бугор, мозжечок, префронтальная кора.

Ребенка с СДВГ ждут впереди трудные, но не непреодолимые задачи. Для того чтобы потенциал таких детей полностью реализовался, им нужны помощь, руководство и понимание родителей, школьных психологов и специально выстроенная система обучения.

На сегодняшний день не вызывает сомнения нейробиологическая природа этого расстройства. Состояние обусловлено задержанным развитием связанных между собой мозговых структур, которые обеспечивают процессы поведенческого торможения, самоконтроля. Они определяются на сегодняшний день как управляющие функции мозга.

Ключевыми симптомами СДВГ являются нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. Наиболее характерные симптомы расстройства формулируются как диагностические его критерии. 9 признаков проявления гиперактивности и импульсивности, 9 признаков нарушения внимания.

Начнем с перечня проявлений гиперактивности, поскольку уже в дошкольном возрасте они бывают выраженными:

Ребенок постоянно крутится, вертится.

Не может усидеть на месте, когда это необходимо.

Для него характерна чрезмерная и бесцельная двигательная активность.

Он не может тихо, спокойно играть.

Находится в постоянном движении.

Отличается болтливостью.

Гиперактивность всегда сочетается с импульсивностью.

Отвечает на вопросы, не задумываясь.

Не может дождаться своей очереди.

Мешает другим людям, перебивает их.

Надо сказать, что для СДВГ характерна определенная возрастная динамика. Именно проявления гиперактивности уменьшаются с возрастом, признаки импульсивности сохраняются.

Что касается нарушений внимания, они наиболее очевидными станут тогда, когда ребенка будут готовить к школе или когда начнется школьное обучение. Буквально с первого класса школы следующие признаки будут очень ярко выражены:

Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок.

С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий.

Не слушает обращенную речь.

Не может придерживаться инструкций, доводить дело до конца.

Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий.

Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения.

Часто теряет свои вещи.

Легко отвлекается.

Проявляет забывчивость.

Для того чтобы диагноз был обоснован по МКБ-10, которой мы пользуемся в нашей стране, нам нужно подтвердить не менее 6-ти симптомов невнимательности, 3 признака гиперактивности и 1 – импульсивности.

Но существует в мире еще одна международно-признанная классификация – DSM-4, американская. По ней для постановки диагноза будет достаточно наличие 6-ти или более симптомов хотя бы по одной из двух групп: нарушение внимание или гиперактивность/импульсивность.

Есть дополнительные критерии СДВГ. В частности, симптомы должны характеризоваться достаточной продолжительностью, отмечаться постоянно в течение не менее 6-ти месяцев.

Впервые они проявляются до 7-ми лет. Характеризуются постоянством, распространением на все сферы жизни. Соответственно, приводят к существенным признакам дезадаптации не менее чем в двух видах окружающей обстановки: в школе, дома. Это могут быть общественные места, занятия спортом, время досуга. Нарушение достаточно выраженное. Еще один важный критерий - вопрос дифференциального диагноза - должны быть исключены другие расстройства.

По классификации DSM-4 в зависимости от наличия и преобладания симптомов различают 3 формы СДВГ:

форма сочетанная. Имеются обе группы симптомов. На ее долю приходитсяот 50 до 75% случаев.

СДВГ с преимущественными нарушениями внимания. 20-30%. В этой группе в основном будут представлены подростки. А также часто бывает так, что у девочек проявление гиперактивности выражено меньше.

СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Данная форма (15% случаев), наоборот, чаще встречается в дошкольном возрасте.

Нередко встречаются состояния-имитации. Это 15-20% детей школьного возраста. У них подобные явления могут отмечаться, но причиной их является вовсе не СДВГ, а какие-то другие нарушения или даже вариант нормы - индивидуальные особенности темперамента. В том числе:

нарушение внимания, периодическая гиперактивность могут присутствовать при тревожных расстройствах (то, что раньше называли неврозами, невротическими реакциями у детей);

при астеническом синдроме;

при соматических заболеваниях;

при последствиях перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации;

при ряде эндокринных заболеваний, в том числе при патологии щитовидной железы;

при сенсоневральной тугоухости;

при ряде форм эпилепсии;

при синдроме Туретта;

при широком круге психических расстройств.

Со всеми этими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – полиэтиологическое состояние, формирующееся в результате взаимодействия генетических и средовых факторов. Причины и механизм развития СДВГ окончательно не раскрыты. В настоящее время исследования этиологии и патогенеза СДВГ ведутся в нескольких перспективных направлениях, собраны интересные научные факты, позволяющие говорить о концепциях формирования СДВГ

Как уже было сказано выше, синдром дефицита внимания с гиперактивностью – психическое расстройство, относящееся к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F90 по Международной классификации болезней, рубрика 314 по DSM-IV-TR, используемой Американской психиатрической ассоциацией), диагностируемое, преимущественно, у детей и характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью.

В отношении этиологии и патогенеза СДВГ нет единого мнения. Однако заслуживают внимания следующие подходы к формированию синдромальной патологии:

Генетический – базируется на данных генетических исследований, позволивших установить высокую созависимость между клиническими проявлениями СДВГ и рядом генетических аномалий. В ряде исследований

выявлены высокие показатели наследуемости СДВГ, но ни в одном из них не удалось выявить единственного гена, ответственного за формирование СДВГ, напротив, все исследователи выявили по нескольку участков хромосом, предположительно содержащих искомые гены. Неудачи в поиске единственного гена, ответственного за формирование СДВГ, навели исследователей на мысль о полигенном наследовании расстройства. Выявлено более 30 генов, роль которых в развитии СДВГ по отдельности невелика, однако в совокупности может оказаться существенной.

Нейромедиаторный – клинические проявления СДВГ обусловлены дисбалансом и нарушениями в функционировании основных медиаторных систем головного мозга (серотониновой, дофаминовой, норадреналиновой).

Давно известно, что в формировании поведения участвуют многие нейромедиаторы, в особенности – дофамин, норадреналин и серотонин. Их роли в генезе различных психических расстройств изучаются и в России, и за рубежом. Описаны перспективные нейрохимические модели ряда психических расстройств, включая аффективные и поведенческие расстройства, убедительно доказаны изменения концентрации нейромедиаторов при различных психических расстройствах. Сходные феномены отмечаются и при СДВГ.

Воздействие патологических средовых воздействий показывает связи СДВГ с пренатальными, перинатальными и ранними постнатальными внешними альтерирующими факторами (интоксикации, инфекции, травмы, иммунная патология и др.). В качестве неблагоприятных пренатальных и перинатальных внешних факторов, способных повлиять на развитие СДВГ, указывают недоношенность, задержку внутриутробного развития, токсикозы и угрозу прерывания беременности на разных сроках, родовые травмы, гипоксию плода, внутриутробные интоксикации и инфекции и др., т.е. по сути, факторы, характеризующиеся выраженным, полиморфным негативным воздействием. В качестве постнатальных воздействий отмечают негативную роль искусственного вскармливания, алиментарной недостаточности,

авитаминозов, травм, интоксикаций, особенностей воспитания и др. Все эти факторы носят заведомо неспецифический характер, что наводит на мысль, что СДВГ может являться одной из неспецифических форм реагирования организма на комплекс внутренних и внешних альтерирующих воздействий.

Также выявлена связь СДВГ с резус-конфликтом, возрастом родителей, аномалиями беременности и родов, недостаточным и избыточным весом при рождении, курением матери, психическими травмами матери в период беременности, приемом некоторых пищевых добавок и другими различными негативными факторами, что подчеркивает неспецифичность СДВГ как патологического состояния.

Важную роль в развитии и течении СДВГ традиционно отводят социально-психологическим факторам, таким как воспитание и психологический климат в семье, бедность, криминальное окружение, психические расстройства у родителей, включая алкоголизм, воспитание в неполной семье и детских учреждениях и другие.

Дизонтогенетический – исходит из предположения, что СДВГ - сложная асинхрония развития, обусловленная множеством внутренних и внешних факторов, приводящая к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности.

Дизонтогенетическая концепция изначально предполагает полиэтиологическую природу СДВГ и сходных с ним состояний. Она согласуется в полной мере с представлениями об эволюции человека как социально-биологическом явлении, реализующемся на микропопуляционном уровне.

Таким образом, можно выделить 4 блока причин происхождения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

генетические (наследственная предрасположенность);

биологические (органические повреждения головного мозга во время беременности, родовые травмы);

социально-психологические (микроклимат в семье, алкоголизм родителей, условия проживания, неправильная линия воспитания);

влияние окружающей среды.

На сегодняшний день выделяют следующие теории происхождения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

Сторонники нейробиологических теорий утверждают, что существует некий медиатор (возможно моно- или катехоламины, серотонин), влияющий на моторику и приводящий к нарушениям поведения.

Авторы нейропсихологических теорий считают, что существует дефицит в механизме ингибирования в головном мозге, в так называемой системе «ингибирования поведения», т. е. нет контроля и «гашения» поведения.

Нейроанатомическая теория сравнивает поведение гиперактивных детей с таковым у детей с дисфункцией лобной доли, где расположена SHS, но этому нет достаточного подтверждения современными методами диагностики (компьютерная томография).

Теории токсических веществ, приписывающие различным веществам (ароматизаторам, пищевым добавкам, салицилатам), а также чрезмерному потреблению сахара и сахарозы, содержанию свинца в организме возможность возникновения синдрома, имеют право на существование, но нуждаются в дополнительных исследованиях.

Дальнейших разработок и внимания заслуживают как биологические теории, так и теории о психосоциальном происхождении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Семья ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Семьи детей с СДВГ требуют активного участия со стороны специалистов, занимающихся семейной и поведенческой терапией. Присутствие в семье гиперактивного ребенка приводит к семейным конфликтам, пограничным психическим расстройствам у родителей и других детей в семье, что формирует своего рода «порочный круг» и, в свою очередь, негативно

сказывается на состоянии ребенка с СДВГ. В семьях, где воспитываются дети с СДВГ, значительно выше число разводов, семейных конфликтов, случаев жестокого обращения с детьми.

Родители «такого» ребенка обычно испытывают целую гамму противоречивых чувств: недоверие, гнев, разочарование, стыд, чувство вины, ощущение несправедливости и чувство озлобленности (все враги). Они особенно чувствительны и ранимы. Ведь очень часто их чувство собственного достоинства, доверие и одобрение со стороны окружающих ставятся под удар или сомнение.

Кроме того, родители неспокойного ребенка часто бывают расстроены и шокированы его поведением и поэтому, «измученные» как в эмоциональном так и физическом плане, разучаются наслаждаться своим ребенком. Они страдают от того что, они одиноки в своей проблеме.

А чего стоит ярлык или названный синдром у ребенка – это постоянно саднящая рана на сердце матери и отца. Родителям кажется, что он делает его ребенка менее социально значимой личностью, чем другие дети. Маму и папу просто «убивает», когда специалисты и другие авторитетные взрослые пытаются окончательно спрогнозировать, каким вырастет их неспокойный ребенок.

В дополнение к сказанному, родителей часто пугает, что все проблемы ребенка зависят от его синдрома. Хотя то, что ему поставлен определенный диагноз, не означает, что все его остальные проблемы связаны именно с ним.

Большинство родителей незнакомы с медицинскими терминами, состояниями и лекарствами. Неинформированность их пугает. Им необходимо время, чтобы свыкнуться со всем этим.

Возможные причины, вызывающие внутриличностные конфликты у родителей

Разберем наиболее распространенные внутренние психологические причины родителей, из-за которых переносить ребенка становиться особенно трудно.

Во-первых, общая неудовлетворенность жизнью, недовольство тем, как все сложилось: недовольство браком, работой, тем, «что имею» (все просто отвратительно), да еще и ребенок «не такой как надо».

Вся жизнь матери заполнена заботами о ребенке: учеба, занятия, здоровье, друзья, его личная жизнь, наконец. Внутри мамы – пустое ничем незаполненное безвоздушное пространство. Симптом или синдром ребенка такое поведение оправдывает, придает ему благородный смысл. Удивительно, но иногда матери бывает «выгодно», чтобы ребенок не справлялся, болел, оставался зависимым. Такие мамы часто говорят: «Я ведь полностью всю себя ему отдаю, а он все равно такой!»

Так же одной из серьезных причин неудовлетворенности является незрелость родителей. Это значит, что основными их жизненными установками и приоритетами для ребенка являются: «отлично учиться в школе», «поступить в хороший институт», «сделать карьеру», «добиться положения», «иметь высокооплачиваемую работу» и т. п. СДВГ – серьезная помеха в реализации подобных установок.

Еще одна причина: авторитарный характер женщины в сочетании с недостаточным влиянием мужчины в воспитании. В результате у мамы возникает неудовлетворенность браком и она возлагает надежды на ребенка вследствие того, что ее ожидания относительно брака не оправдались. Но ребенок с СДВГ не оправдывает такие ожидания.

Собственно, повышенная тревожность матери – еще одна причина для возникновения внутриличностных конфликтов. Установки типа: «Если ребенок не будет таким, каким я его себе представляю, он не приспособится к жизни» или «СДВГ ребенка опасен для его будущего», – блокируют самостоятельность ребенка, отрицают хорошее в нем. Для такой мамы его хорошего (собственно ребенка) недостаточно, и вообще не имеет значения. А из-за повышенной тревожности – прямая дорога к гиперопеке. У такого поведения матери может быть как минимум два объяснения: либо она боится одиночества и стремится «привязать» к себе ребенка, сделать зависимым от

себя, либо у мамы гипертрофированная потребность в принятии окружающими, в соответствии с социальными нормами.

Потребность в комфортном существовании, в избавлении от проблем идет вразрез с понятием «ребенок с СДВГ». В понимании таких родителей ребенок должен вести себя так, чтобы они могли «не напрягаться», а спокойно радоваться жизни. СДВГ воспринимается как несовместимый с полноценной жизнью дефект, воздействие его хочется свести к нулю.

Попытки компенсировать неудавшуюся собственную жизнь успехами ребенка (из серии про нарциссическое расширение) возникают когда родители не смогли добиться того, о чем мечтали. Они склонны возлагать на ребенка неоправданно высокие надежды. Фиксация на его достижениях, стремление «развивать», желание, чтоб ребенок демонстрировал успехи, был лучше всех – именно так проявляется нереализованная потребность в достижении. Понятно, что СДВГ – высо-о-окая стена, мешающая реализации подобных планов.

Постепенное осознавание этих внутренних проблем (в сотрудничестве с гештальт-терапевтом), принятие на себя ответственности за них, а тем более попытка что-то менять в связи с этим – точно непросто. Что-то про вроде бы набивший оскомину, но неизбежный личностный рост или терапию в духе гештальта.

Там, где появляются дети с СДВГ (или без «Г»), внутрисемейные конфликты обостряются. Эти детки – проявитель и катализатор личностных проблем родителей. Дети вообще, и СДВГ-шки в частности, точно отражают состояние семейной жизни родителей.

Начнем сначала. Во время беременности мама (без больших психологических и психических отклонений) думает о ребенке как о маленьком чуде (и это правда!), и эти мысли греют и питают ее в самые, казалось бы, «ненастные» дни. Это грезы о личных качествах, планах и успехах малыша очень вдохновляют.

И вот он рождается – ребенок с СДВГ. Отношения в этот период в семье нередко нарушаются и начинают носить злокачественно- прогрессирующий характер (Barkley, 199==. Спираль ухудшения отношений по Баркли: родители стараются игнорировать плохое поведение, думая, что ребенок просто привлекает к себе внимание. Потом проблемы усиливаются, родители начинают уделять ребенку больше внимания: объяснять, ругать, стыдить, делать замечания или относиться к нему очень по-доброму и с пониманием. Это дает незначительный результат. Родители отчаиваются и начинают прибегать к «крайним мерам»: запугиванию («отдадим тебя в интернат»), эмоциональному шантажу («не будем любить тебя, если ты будешь так себя вести»), физическому наказанию. Наконец, начинают «сдавать нервы» и появляются «взрывы» жестокого отношения к ребенку, физического насилия и эмоциональных обид. Родители начинают тихо ненавидеть ребенка как злого, с «ужасным» характером. Они начинают избегать и психологически отдаляться от него («Лучше бы я его не рожала!»). Конечно, не все родители доходят до этого, но многие в разные периоды времени испытывают нечто подобное. И тогда спираль негативных взаимодействий приводит к нарастанию поведенческих проблем ребенка. Круг словно замыкается.

Шпаргалка для родителей

Помощь гиперактивному ребенку – это очень сложный процесс, и много подводных камней встретится на пути к полному выздоровлению.

Как же вести себя с гиперактивным ребенком?

Поскольку в душе ребенка бушует хаос, надо максимально упорядочить его жизнь и внутренний мир, чем яростней бушует стихия – тем крепче должны быть берега. Иначе произойдет наводнение.

Помните: ребенок не хочет ничего плохого, у него просто не получается. Однако все это как-то нужно регулировать и держать в каких-то рамках. Следовательно, в определенный период времени вы, именно вы, должны

взять на себя часть регуляторных функций, недоступных ребенку. Что это значит на практике?

В первую очередь, гипердинамическому ребенку как воздух нужен жесткий режим дня. Режим дня вроде бы нужен всем детям, но для здоровых детей он лишь украшает жизнь семьи и высвобождает свободное время родителей, а потом и самого ребенка. В случае гипердинамического ребенка все гораздо жестче. Остатки регуляторных механизмов ребенка могут работать только в условиях максимальной упорядоченности. Если каждый день в 8 часов вечера зажигается зеленый ночник, на столике появляется стакан кефира и печенье, принимается душ, читается сказка, а потом – все, без вариантов, только спать, и никаких послаблений, никаких «пришли гости» или «интересное кино», то постепенно мозг ребенка вырабатывает что-то вроде условного рефлекса

У детей с СДВГ очень высокий порог чувствительности к отрицательным стимулам, а потому слова «нет», «нельзя», «не трогай», «запрещаю» для них, по сути дела, пустой звук. Они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но зато очень хорошо реагируют на похвалу, одобрение. От физических наказаний вообще надо отказаться.

Рекомендуем с самого начала строить взаимоотношения с ребенком на фундаменте согласия и взаимопонимания. Безусловно, не следует разрешать детям делать все, что им захочется. Попытайтесь объяснить, почему это вредно или опасно. Не получается – постарайтесь отвлечь, переключить внимание на другой объект. Говорить нужно спокойно, без лишних эмоций, лучше всего, используя шутку, юмор, какие-нибудь забавные сравнения. Вообще старайтесь следить за своей речью. Окрики, гнев, возмущение плохо поддаются контролю. Даже выражая недовольство, не манипулируйте чувствами ребенка и не унижайте его. Старайтесь по возможности сдерживать бурные проявления, особенно если вы огорчены или недовольны поведением ребенка. Эмоционально поддерживайте детей во всех попытках

конструктивного, положительного поведения, какими бы незначительными они ни были.

Очень важен и физический контакт с ребенком. Обнять его в трудной ситуации, прижать к себе, успокоить – в динамике это дает выраженный положительный эффект, а вот постоянные окрики и ограничения, наоборот, расширяют пропасть между родителями и их детьми.

Необходимо следить и за общим психологическим микроклиматом в семье. Постарайтесь уберечь ребенка от возможных конфликтов между взрослыми: даже если назревает какая-то ссора, ребенок не должен видеть ее, а тем более быть участником. Родителям следует как можно больше времени проводить с малышом, играть с ним, ездить всем вместе за город, придумывать общие развлечения. Конечно, фантазии и терпения потребуется много, но польза будет великая, и не только для ребенка, но и для вас, так как непростой мир маленького человека, его интересы станут ближе и понятнее.

Если есть возможность, постарайтесь выделить для ребенка комнату или ее часть для занятий, игр, уединения, то есть его собственную «территорию». В оформлении желательно избегать ярких цветов, сложных композиций. На столе и в ближайшем окружении ребенка не должно быть отвлекающих предметов. Гиперактивный ребенок сам не в состоянии сделать так, чтобы ничто постороннее его не отвлекало.

Организация всей жизни должна действовать на ребенка успокаивающе. Для этого вместе с ним составьте распорядок дня, следуя которому проявляйте одновременно гибкость и упорство. Изо дня в день время приема пищи, сна, выполнения домашних заданий, игр должно соответствовать этому распорядку. Определите для ребенка круг обязанностей, а их исполнение держите под постоянным наблюдением и контролем, но не слишком жестко. Чаще отмечайте и хвалите его усилия, даже если результаты далеки от совершенства.

Если даете ребенку какое-то новое задание, то хорошо бы показать, как его выполнять, или подкрепить рассказ рисунком. Зрительные стимулы здесь

очень важны. Не следует также перегружать внимание малыша, то есть на определенный отрезок времени поручайте только одно дело, чтобы он мог его завершить. Например: «С 8.30 до 9.00, Игорь, ты должен убирать свою постель». Некоторые психологи советуют использовать для этой цели будильник или кухонный таймер. Сначала обговорите задание, а уже дальше подключайте технику. Это, считают специалисты, будет способствовать снижению агрессии.

За любой вид деятельности, требующий от ребенка концентрации внимания (чтение, игра с кубиками, раскрашивание, уборка дома и т. п.), должно обязательно следовать поощрение: маленький подарок, доброе слово... Вообще, на похвалу скупиться не стоит. Что, впрочем, подходит и для любого ребенка. Ждите только хорошего от своих детей, радуйтесь их успехам. Примером поощрения может служить следующее: разрешите ребенку посмотреть телевизор на полчаса дольше положенного времени (только не увлекайтесь, это может быть лишь разовая поблажка), угостите специальным десертом, дайте возможность поучаствовать в играх вместе со взрослыми (лото, шахматы), позвольте лишний раз сходить на прогулку или купите ту вещь, о которой он давно мечтает.

Если ребенок в течение недели ведет себя примерно, в конце недели он должен получить дополнительное вознаграждение. Это может быть какая-то поездка вместе с вами за город, экскурсия в зоопарк, выход в театр и др.

При совсем уже неудовлетворительном поведении следует, конечно, наказать – несильно, но чтобы запомнил, а главное сразу же. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий».

Гиперактивный ребенок не переносит большого скопления людей. Потому ему полезно играть с одним партнером, не ходить часто в гости, как и в крупные магазины, на рынки, в кафе и т. д. Все это чрезвычайно возбуждает неокрепшую нервную систему.

А вот длительные прогулки на свежем воздухе, физические упражнения, бег очень полезны. Они позволяют сбросить избыток энергии. Но опять-таки в меру, чтобы ребенок не устал. Вообще надо следить и оберегать детей с СДВГ от переутомления, так как переутомление приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

Весьма нелегко, но тоже очень важно научить ребенка «остывать» и спокойно смотреть на происходящее вокруг. Для этого вы можете воспользоваться следующими приемами. Когда в очередной раз мимо будет пробегать ваш торопливый отпрыск, попробуйте остановить его. Мягко, не повышая голоса, предложите ему отдохнуть. Обнимите за плечи, ласково погладьте по голове, обратите внимание на окружающих детей и игрушки, попросите сказать, что делает папа, бабушка, где лежит его любимый мишка или что стоит на столе. Затем можете спрятать какую-нибудь игрушку и через некоторое время спросить, что исчезло, а что осталось.

Специалистами также разработана система своеобразной «скорой помощи» при работе с гиперактивным ребенком. Вот главные ее постулаты:

Отвлечь ребенка от капризов.

Поддерживать дома четкий распорядок дня.

Предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность).

Задать неожиданный вопрос.

Отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действия ребенка).

Не запрещать действие ребенка в категоричной форме.

Не приказывать, а просить (но не заискивать).

Выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас).

Автоматически, одними и теми же словами повторять многократно свою просьбу (нейтральным тоном).

Сфотографировать ребенка или подвести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает.

Оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).

Не настаивать на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения.

Не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит).

Хорошо, если родители будут фиксировать в специальном дневнике все изменения в поведении ребенка: как он справляется с заданиями, как реагирует на поощрение и наказание, что ему больше нравится делать, как учится и т. д.

Таким образом, пожалуй, самым важным для семей, где есть ребенок с СДВГ, является объяснить родителям, что подобное поведение их детей не является результатом неправильного воспитания. Это болезнь, поэтому нельзя опускать руки. К таким детям и подросткам нужен особый подход, особый метод воспитания. Родители вместе с детьми должны начать усердную ежедневную работу, медленно, но верно побеждая болезнь.

У родителей, чей ребенок столкнулся с этим заболеванием, отмечается повышенная тревожность, раздражительность, они склонны к депрессии, самообвинению, социальной изоляции. В таких семьях повышена частота ухода родителей с работы, а количество разводов чаще в 2 раза.

Таким семьям очень важно не чувствовать свою изолированность, не оставаться с бедой наедине. Необходимо создавать группы родительской поддержки, информационные сайты, где люди делятся опытом, помогают друг другу, а также специальные центры, где в любой момент родители и дети могут получить профессиональную консультацию. Обучение дает родителям и детям с СДВГ понимание сущности заболевания и методов борьбы с ним.

Родители и дети, столкнувшиеся с этой проблемой, должны обучаться одновременно. Только взаимодействуя и поддерживая друг друга, они могут добиться положительных результатов.

3.2.1. Основные подходы к проблеме адаптации и социализации детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Для того чтобы специалисты, работающие с несовершеннолетними, могли более четко структурировать свою работу, нам представляется необходимым уточнить содержание понятия «социальная адаптация» применительно к детям и подросткам, находящимся в социально опасном положении, а также описать цели и задачи их социальной адаптации в условиях комплексного сопровождения.

В самом общем виде социальная адаптация определяется как процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды.

В качестве критериев долгосрочного прогноза социальной адаптации детей и подростков, Д.Е. Мелеховым выделяются не только уровень воспитанности, но и особенности личности, под которыми подразумеваются «эмоциональная уравновешенность, целенаправленная активность, степень ее устойчивости, выносливость, характер интересов и побуждений, приспособление к требованиям окружающей среды и т. д.».

Все перечисленные качества, разумеется, имеют отношение к личности, но лишь в том смысле, что она может являться их носителем, а при положительном их знаке они могут рассматриваться как показатель благополучной социальной адаптации индивида к требованиям общества, называемого окружающей средой. Однако ни одно из этих качеств, за исключением «характера побуждений и интересов», не может быть отнесено к устойчивым, «стержневым» характеристикам личности, придающим социальному поведению черты относительной стабильности. Почти все эти качества легко подвергаются изменениям, которые могут быть связаны как с состояниями органической декомпенсации, так и с негативными влияниями среды, в том числе и с ситуационными. Вместе с тем, если вспомнить, что речь в данном случае идет о достаточно выраженных, отчетливо «органических» формах умственной отсталости, то подобные характеристики

при относительной устойчивости их проявления правомерно могут рассматриваться как вполне надежные критерии социальной адаптации или как факторы, пригодные для прогноза. Но квалифицировать их все же следует не как личностные свойства, а, скорее, как психологические и психофизиологические характеристики поведения и деятельности, в значительной степени отражающие функциональное состояние центральной нервной системы.

В течение последних десятилетий психологи, исследуя процесс становления личности человека, все чаще сталкивались с необходимостью изучения различных аспектов его взаимодействия с социальным окружением, что способствовало формированию идеи психической адаптации личности. Эта идея затрагивалась и даже служила предметом конкретных исследований в работах видных западных психологов. Интерес к ней наблюдается и в работах отечественных исследователей (Н.Д. Левитов, 1981; Г.М. Андреева, 1980; Ф.Е. Василюк, 1984 и др.).

Особый интерес при анализе проблем социализации детей вызвало исследование по теории социально-психической адаптации личности, проведенное А.А. Налчаджаном. В своей работе он отмечает: «Рассмотрение накопленного к настоящему времени объема фактов и идей, относящихся к проблеме адаптации на уровне личностных механизмов, позволяет заключить, что многие частные вопросы проблемы социально-психической адаптации, касающиеся отдельных адаптивных механизмов, еще не решены, у нас даже нет уверенности в том, что основные личностные адаптивные механизмы уже известны науке... Не существует четких критериев адаптированного состояния личности... мы пока плохо представляем себе соотношение процессов социализации и психической адаптации личности, социализированности и адаптированности как их возможных результатов, а также причины дезадаптации. Не выработано единой теории социально-психической адаптации личности...».

Вместе с тем А.А. Налчаджаном осуществлена серьезная и продуктивная попытка систематизации разнообразных теоретических взглядов на данную проблему, позволившая ему не только обозначить основные принципы ее исследования, но и корректно сформулировать и раскрыть содержание основных категориальных понятий. Знакомство с данной работой позволило нам уточнить исходный уровень представлений, на которых базировалось конструирование нашей исследовательской программы, а также использовать ряд формулировок, которые, как нам представляется, точнее и содержательнее отражают сущность предмета нашего. В этой связи считаем необходимым привести ряд положений из обсуждаемой концепции, которые представляются нам как наиболее принципиальные и в наибольшей степени соответствующие нашему собственному пониманию проблемы.

Социально-психическая адаптация личности возможна на основе «онтогенетической социализации», которую можно определить как такой процесс взаимодействия человека и социальной среды, в ходе которого первый оказывается в различных проблемных ситуациях, возникающих в сфере межличностных отношений. Таким образом, индивид усваивает механизмы и нормы социального поведения, установки, черты характера и другие особенности, которые в целом имеют адаптивное значение. Каждый процесс преодоления проблемных ситуаций можно считать процессом социально-психической адаптации личности. Социально-психическую адаптированность личности можно охарактеризовать как такое состояние взаимоотношений личности и группы, когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные социогенные потребности, в полной мере идет навстречу тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней эталонная группа, переживает состояние самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей. Социально-психическая дезадаптированность личности, в первую очередь, выражается в неспособности адаптации личности к собственным потребностям и

притязаниям. В этой связи следует также рассматривать адаптивные и дезадаптивные цели и, соответственно, уровни притязаний личности в тех основных социально-групповых средах, в которых протекают ведущие формы ее активности.

К сожалению, в настоящее время не существует научно обоснованной теории, которая бы рассматривала механизмы социальной адаптации. Вот почему мы обратились к исследованиям академика РАО Р.Х. Шакурова, который, с нашей точки зрения, может восполнить этот пробел.

Разработки Р.Х. Шакурова в области психологии личности позволили создать новое направление в науке – «психология преодоления», суть которой заключается в следующем: «Формирование психики, ее развитие происходит в ходе взаимодействия человека с различными препятствиями (барьерами), и в первую очередь – в результате их успешного преодоления».

Р.Х. Шакуров предлагает рассматривать процесс формирования ядра личности в контексте развития эмоционально-ценностных отношений. Он утверждает, что ценности формируются на основе эмоциогенных тенденций, под которыми понимаются тенденции к динамизации, стабилизации и оптимизации.

Тенденция к динамизации проявляется в том, что застой, монотонность, любые формы однообразия вызывают эмоциональный дискомфорт, который и выступает как ценностный барьер, препятствующий нормальной жизнедеятельности организма.

Тенденция к стабилизации – напротив, предполагает наличие разного рода стереотипов, устойчивых образов, вкусов, ценностных ориентиров и т. д.

Оптимизация – это стремление к оптимальному удовлетворению. Организм, как правило, настроен на оптимальный режим удовлетворения своих потребностей; «отклонения от оптиума проявляются как дисфункция и сопровождается обычно эмоциональным дискомфортом».

Авторы данного теоретического подхода рассматривают «барьер» как категорию применительно к личности и деятельности, считая, что барьер –

это такое отношение между элементами системы (человек), которое ограничивает свободу одного из них. «По отношению к человеку в роли барьеров выступают самые различные факторы: и закрытая дверь, и ступеньки лестницы, которые надо одолеть, нехватка нужной информации, недостаток самообладания или сообразительности, дефицит предметов потребления, усталость, пространство и время, отдаляющие наступление желанного события и т. д. Барьер – это психологический феномен (представленный в форме ощущений, переживаний, образов и понятий и др.), в котором отражены свойства объекта ограничивать проявления жизнедеятельности человека, препятствовать удовлетворению его потребностей».

Тесная связь обнаруживается между барьером и эмоционально- ценностными отношениями человека. Барьер создает такое внутреннее ощущение у субъекта, которое и определяет отношение, степень чувствительности к определенным предметам и явлениям. «Объективно предмет может быть сколь угодно важным, но при наличии беспрепятственного доступа мы к нему остываем. Так, здоровье – величайшая ценность. Но это осознаешь лишь тогда, когда начинаешь его терять».

Смысл поступков человека, как правило, определяется его ценностными ориентирами. Человеческая жизнь развертывается вокруг ценностей, образующих ядро личности, в котором сходятся потребности, устремления, мотивы, переживания, воля, деятельность.

Р.Х. Шакуров утверждает, что по отношению к человеку ценности выполняют различные функции. Вначале ценности формируют устремления (влечения, желания, стремления). Они побуждают человека к действиям, к деятельности, т. е. трансформируются в мотивы.

Еще более важной функцией является жизнеутверждение: ценности вызывают у человека желание жить. Формирование ценностей сферы личности происходит прежде всего в результате живого, непосредственного контакта с социальными ценностями, в процессе их «потребления», под

влиянием конкретных условий жизни и деятельности, культуры. Здесь имеют большое значение семья, школа, общение в малых группах, микросреда и т. п.

Но главное – это социальные человеческие отношения, складывающиеся в рамках формальных и неформальных структур. Дело в том, что основные потребности личности удовлетворяются с участием других людей, представителей социума.

Окружающий мир полон ценностей, большинство из которых нам недоступно или не нужно. Мы знаем о существовании таких ценностей, но не предпринимаем никаких усилий по их достижению, и они переходят в разряд недоступных и теряют свой смыслообразующий потенциал.

Смыслообразующая ценность – это доступная ценность. Однако если ценность достается легко, беспрепятственно, ее привлекательность резко падает. А если же барьеры вообще отсутствуют и появляется неограничесснный доступ к желанным благам, человек быстро насыщается ими и становится к ним равнодушным.

Смыслообразующим ядром деятельности выступают цели-ценности, ради которых она выполняется. В процессе деятельности активизируются эмоциональные механизмы, связанные с преодолением барьеров. Если деятельность успешная, то она обогащается новыми переживаниями; если неудачная, то горестные переживания убивают, тормозят деятельность.

Учитывая тот факт, что человек – существо социальное, особую роль в его жизни играет отношение людей к нему, их ценностное восприятие (аффилиативные ценности) его самого. Аффилиативные ценности проявляются прежде всего в любви, уважении, признании, доброте со стороны окружающих, что для любого человека чрезвычайно важно.

Подводя итог вышесказанному, отметим, что барьеры, на наш взгляд, – это источник смыслообразующей деятельности, устремлений, ценностей.

Значение барьеров может играть как положительную, так и отрицательную роли. Если человек утрачивает какую-то ценность (например, здоровье), у

него происходит потеря – им овладевает депрессия, тоска, уныние, связанные с утратой (частичной утратой) смысла жизни. И, напротив, тоска и депрессия наблюдаются и при отсутствии барьеров, когда для человека все доступно, когда не к чему стремиться. В такой ситуации ценности девальвируются (все доступно, неинтересно, нет преград, которые бы толкали на их преодоление), теряют свою привлекательность. В результате у человека исчезает перспектива будущего, атрофируются стремления, он пребывает в депрессивном состоянии.

Следовательно, руководствуясь «психологией преодоления», участники процесса адаптации и социализации детей и подростков с СДВГ должны заполнить их жизнь смыслообразующей деятельностью, имеющей ценностное значение для них и окружающих людей. Учитывая тот факт, что безбарьерные ценности малоэффективны, необходимо ориентироваться на барьеры как источник деятельности, определяющий динамику их преодоления.

Опираясь на вышесказанное, сформулируем основные позиции, на которые, с нашей точки зрения, должны опираться специалисты образовательных организаций, когда речь идет о реабилитации и социальной адаптации несовершеннолетних с СДВГ.

В области обучения:

формировать устойчивую мотивацию к учению как жизненно важному процессу;

обеспечивать стандарты образования по уровням;

формировать общие адаптационные (общеучебные) знания, умения, навыки;

поддерживать и развивать познавательную самостоятельность учащихся.

В области воспитания:

осуществлять личностно-ориентированный подход в процессе социально-психологической помощи;

развивать культурную, нравственную, волевую и эстетическую сферы личности;

обеспечивать условия для максимальной самореализации;

формировать веру в себя;

создавать среду, формирующую потребность в самосовершенствовании.

В области психического развития:

развивать индивидуальные способности;

формировать доминанту самосовершенствования личности;

формировать умения самоуправления, саморегуляции;

осуществлять программы социально-психологической адаптации.

В области социализации:

формировать адекватное отношение личности к себе (самооценка, самоуважение, достоинство, честь, совесть) и к миру (гуманистическое, демократическое, диалектическое, экологическое мышление);

осуществлять деятельностный подход в организации жизнедеятельности подростков, формировать социальную активность;

формировать интегративное качество самостоятельности личности, готовить к социальной автономности;

обучать умениям взаимодействия в коллективе: общению, ответственности, дисциплинированности, самоуправлению и саморегуляции;

готовить обучающихся к профессиональной адаптации;

формировать бережное отношение к истории и культуре, уважение к государственным символам и законам государства, толерантности, социальной и профессиональной активности, доминирование мотивов общественного долга и служения.

3.2.2. Вопросы адаптации и социализации обучающихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности 3-7-ми лет

Схема психодиагностического исследования девочек и мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью 4-5-ти лет:

1. Установление гиперактивности мальчиков и девочек с помощью включенного наблюдения по методике В.Д. Небылицина на определение формальнодинамических особенностей активности детей:

активность в двигательной сфере — временные замеры в течение 60 минут на прогулке в пассивном сидении, в ходьбе, беге в течение трех дней;

активность в общении мальчиков и девочек со сверстниками во время свободных игр с регистрацией количества контактов, по инициативе наблюдаемого в течение трех дней;

2. Определение длительности засыпания ребенка во время дневного сна в течение трех дней.

3. Изучение эмоциональной сферы мальчиков и девочек по методике М. Люшера.

4. Изучение типов негармонического семейного воспитания:

анкетирование;

наблюдения;

проективный рисуночный тест «Моя семья»;

опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ).

Психологическая коррекция мальчиков и девочек 4-5-ти лет с СДВГ

Оптимальный возраст для постановки диагноза СДВ – 4-5-ти лет, когда уже можно объективизировать наличие расстройства внимания.

Чем раньше будет выявлен СДВГ и начнется его коррекция, тем лучше. Своевременно принятые меры помогут ребенку в трудовой и социальной деятельности (в учебе и поведении в школе, дома, с окружающими), а также помогут сохранить его самооценку. Диагноз могут поставить только специалисты: психиатр или невролог (психоневролог). В процессе диагностики обычно используются опросники родителей и педагогов, наблюдение, тестирование, медицинские проверки и т. д. В ДОУ педагог-психолог наблюдает и оказывает психокоррекционную помощь ребенку.

СДВГ чаще встречается у мальчиков. Одной из возможных причин считают, что обычно девочки менее гиперактивны, чем мальчики, а следовательно, у них может больше встречаться дефицит внимания без гиперактивности – тип СДВГ, который труднее выявить.

У детей с СДВГ отмечаются некоторые поведенческие особенности: беспокойство (69,7%), невротические привычки (69,7%), нарушения сна (46,3%), аппетита (35,9%), тики, назойливые движения, двигательная активность и неловкость и т. д.

Дезадаптирующие особенности поведения таких детей свидетельствуют о недостаточно сформированных регулятивных механизмах психики, и, прежде всего, самоконтроля как важнейшего условия и необходимого звена в генезисе произвольных форм поведения.

Таким образом, мы ставим следующие задачи коррекционной работы детей с СДВ в возрасте 4-5-ти лет:

Достичь у ребенка послушания, привить ему аккуратность, навыки самоорганизации и развить у него чувство ответственности за собственные поступки.

Научить ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков.

Научить девочек и мальчиков приемам мышечной релаксации.

Научить девочек и мальчиков элементарным навыкам физической культуры.

Научить девочек и мальчиков умению жить согласно установленным режимным моментам в дошкольном учреждении и в домашних условиях.

Прогрессирующая мышечная релаксация

Релаксация – это произвольное или непроизвольное состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения, после сильных переживаний или физических усилий. Бывает непроизвольной (расслабленность при отходе ко сну) и произвольной, вызываемой путем

принятия спокойной позы, представления состояний, обычно соответствующих покою, расслабления мышц, вовлеченных в различные виды активности.

Исходя из того, что умения по саморегуляции вырабатываются в результате длительных тренировок, психолог учит девочек и мальчиков поочередно напрягать и расслаблять мышцы тела на занятиях в течение 20 дней по 15 минут с перерывом в один месяц в течение года.

Необходимо научить детей, напрягая и затем расслабляя мышцы, сравнивать и сопоставлять состояние мышечной активности и релаксации. Эта работа психолога предусматривает обучение девочек и мальчиков с элементами соревновательности выполнению упражнений сознательно, расслабляя в начале нижние части тела и постепенно доходя до мышц лица; обучение детей элементарным навыкам самоконтроля. Во время тренировки учить их, подражая образцу, управлять своим телом. Психолог должен быть эталоном, образцом для подражания.

Данная коррекционная работа предполагает обучение мальчиков и девочек релаксации всего тела, сон под спокойную классическую музыку и монотонные, однообразные шумы природы (шум морского прибоя, шум дождя), пение птиц.

Для снятия мышечного напряжения можно также использовать успокоительный массаж, поглаживание ребенка по спине, в области воротниковой зоны; если в дошкольном учреждении есть бассейн, то необходимо использовать специальные упражнения при плавании до организации дневного сна.

Поглаживание влияет на весь организм в целом, является успокаивающим и антистрессовым методом телесной терапии.

К этой работе привлекаются и родители, которые организуют подобную работу после консультации психолога дома.

Организация двигательной активности мальчиков и девочек

Основная цель этой коррекционной работы – организация двигательной активности дошкольников на занятиях и вне занятий, а также в домашних условиях. Формирование у девочек и мальчиков потребности в ежедневной активной двигательной деятельности (в большей степени у мальчиков). Обучение ребенка реализации накопленной энергии в подвижных играх с правилами, в беге на дистанциях, на перегонки, добиваясь успеха.

Целенаправленное и систематическое регулирование физического состояния детей, канализация их внутренней энергии и реализация скопившейся энергии на достижение определенной, заранее поставленной перед ними цели. Обучение (в большей степени) мальчиков четкому, качественному выполнению команды, доведению начатого дела до конца с положительной оценкой взрослых людей, организующих обучение. Необходимо предусмотреть ежедневные занятия физической культурой, преимущественно на свежем воздухе, желательно с музыкальным сопровождением.

Для коррекции гиперактивности девочек можно использовать танцы, в большей степени, чем с мальчиками.

Главная задача данной коррекционной работы: постановка цели, действие по плану для превращения бесцельной подвижности в целенаправленную активность.

Социальная адаптация мальчиков и девочек с СДВГ

Важным разделом коррекционной программы гиперактивных детей 4-5-ти лет является их социальная адаптация в условиях дошкольного образования. Необходимо предусмотреть изменение окружающей среды, оказывающей влияние на развитие гиперактивного ребенка, изменение стиля общения в образовательных учреждениях и в домашних условиях. Главной задачей этого направления коррекционной работы является создание специально разработанного режима дня для семейного воспитания гиперактивного ребенка. Режим дня в семье в выходные дни должен быть приближен к

режиму дня в дошкольном учреждении: утренняя гимнастика, завтрак, прогулка, дневной сон, спокойные игры, полдник, вечерняя прогулка (посещение культурно-оздоровительных учреждений), чтение, купание в ванне. В образовательных учреждениях необходимо создать условия для активного вовлечения мальчиков и девочек в ситуации позитивного общения, активного участия в праздниках, развлечениях для создания положительного эмоционального состояния.

Основные цели социальной адаптации:

Научить мальчиков и девочек изменять свое поведение, согласно условиям жизнедеятельности.

Научить мальчиков и девочек 4-5-ти лет участию в совместной деятельности.

Научить мальчиков и девочек нормам межличностных коммуникаций со сверстниками и взрослыми.

Для снижения неблагоприятных психосоциальных факторов в окружении ребенка и создания благоприятных условий для его развития в семье родителям мы рекомендуем:

Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку (спокойная и уверенная позиция, построение доверительных и взаимопонимаюших отношений, избегание слов «нет» и «нельзя», авторитарности и директивных указаний и пр.).

Изменение психологического климата в семье (совместный досуг с ребенком, отсутствие или минимум ссор между родителями и пр.).

Организация режима дня и места занятий;

Специальная поведенческая программа, предусматривающая преобладание позитивных методов воспитания.

Каждый из этих пунктов имеет большое значение в комплексной коррекции синдрома. Надо помнить о том, что дети с СДВГ малочувствительны к выговорам и наказаниям, но легко отвечают на малейшую похвалу.

Для активного вовлечения родителей в коррекционную работу с гиперактивными детьми им предлагаются разработанные психологом пособия, где есть форма дневников наблюдений за поведением ребенка, описание тренинговых упражнений релаксации по Э. Джейкобсону. Организуя совместную деятельность образовательного учреждения с родителями по коррекции гиперактивных мальчиков и девочек, психолог предлагает осуществлять контроль над их действиями, дает позитивную оценку, подкрепляя хотя бы малые усилия ребенка выполнять задания. Вовремя помогает, поддерживает без окриков, без одергивания; создает в дошкольном учреждении и в семье атмосферу принятия ребенка таким, какой он есть, т. е. спокойную, доброжелательную атмосферу; по-доброму, но настойчиво приучая ребенка доводить начатое дело до конца, выполнять режим дня, не допуская перевозбуждения перед сном.

Схема психодиагностического исследования девочек и мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью 6-7-ми лет

Установление гиперактивности мальчиков и девочек с помощью включенного наблюдения по методике В.Д. Небылицина на определение формально-динамических особенностей активности детей:

активность в двигательной сфере – временные замеры в течение 60 минут на прогулке в пассивном сидении, в ходьбе, беге в течение трех дней;

активность в общении мальчиков и девочек со сверстниками во время свободных игр с регистрацией количества контактов, по инициативе наблюдаемого в течение трех дней;

Определение длительности засыпания ребенка во время ночного сна в течение трех дней.

Выявление синдрома дефицита внимания с использованием экспериментально-психологических методик:

теста Бурдона в модификации Тулуз-Пьерона на определение устойчивости внимания;

субтеста Векслера «Кодирование»;

нестандартизированных, невербальных, изолированных методик Н.Ф. Добрынина, С.Д. Забрамной на определение устойчивости, сосредоточенности, объема, распределения, переключения внимания.

Определение дефицита внимания с помощью методики Равена

Изучение типов негармонического семейного воспитания:

анкетирование;

наблюдения;

проективный рисуночный тест «Моя семья».

опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ)

Определение уровня эмоционально-волевой сферы с помощью методики М. Люшера.

Организация предметной развивающей среды в дошкольной образовательной организации с учетом особенностей ребенка с СДВГ

Одним из главных показателей качества дошкольного образования является предметно-пространственная развивающая среда, созданная в соответствии с требованиями ФГОС дошкольного образования.

Предметно-пространственная развивающая образовательная среда, создаваемая в образовательных организациях в соответствии с требованиями учетом ФГОС ДО и учетом примерных основных общеобразовательных программ дошкольного образования должна обеспечивать возможность педагогам эффективно развивать индивидуальность каждого ребенка с учетом его склонностей, интересов, уровня активности.

Предметная среда в образовательной организации выполняет образовательную, развивающую, воспитывающую, стимулирующую, организационную, коммуникативную функции.

Но самое главное – она работает на развитие самостоятельности и самодеятельности ребенка. В каждой образовательной организации

предметная среда должна иметь характер открытой, незамкнутой системы, способной к корректировке и развитию. Иначе говоря, среда должна стать не только развивающей, но и развивающейся. При любых обстоятельствах предметный мир, окружающий ребенка, необходимо пополнять и обновлять, приспосабливая к новообразованиям определенного возраста. В соответствии с ФГОС дошкольного образования предметная среда должна обеспечивать:

максимальную реализацию образовательного потенциала пространства образовательной организации (группы, участка);

наличие материалов, оборудования и инвентаря для развития детских видов деятельности;

охрану и укрепление здоровья детей, необходимую коррекцию особенностей их развития;

возможность общения и совместной деятельности детей и взрослых (в том числе детей разного возраста) во всей группе и в малых группах;

двигательную активность детей, а также возможность для уединения. Наполняемость предметной среды должна отвечать принципу целостности образовательного процесса.

Для реализации содержания каждой из образовательных областей, представленных во ФГОС ДО, важно подготовить необходимое оборудование, игровые, дидактические материалы и средства, соответствующие психолого-возрастным и индивидуальным особенностям воспитанников, специфике их образовательных потребностей. Вместе с тем предметная среда должна создаваться с учетом принципа интеграции образовательных областей.

Материалы и оборудование для реализации содержания одной образовательной области могут использоваться и в ходе реализации содержания других областей, каждая из которых соответствует детским видам деятельности (игровой, двигательной, поисково-исследовательской, изобразительной, конструктивной, коммуникативной, восприятия художественной литературы и др.).

При создании предметной развивающей среды педагогам необходимо соблюдать:

принцип стабильности и динамичности предметного окружения, обеспечивающий сочетание привычных и неординарных элементов эстетической организации среды;

индивидуальную комфортность и эмоциональное благополучие каждого ребенка.

Необходимо уделять внимание информативности предметной среды, предусматривающей разнообразие тематики материалов и оборудования для активности детей во взаимодействии с предметным окружением.

Правильно созданная предметная среда позволяет обеспечить каждому ребенку выбор деятельности по интересам, возможность взаимодействовать со сверстниками или действовать индивидуально. Предметная среда современного детского сада не должна быть архаичной, она должна быть созвучна времени. Традиционные материалы и материалы нового поколения должны подбираться сбалансировано, сообразно педагогической ценности.

Предметы, игрушки, пособия, предлагаемые детям, должны отражать уровень современного мира, нести информацию и стимулировать поиск. Вместе с тем традиционные материалы, показавшие свою развивающую ценность, не должны полностью вытесняться в угоду «новому» как ценному самому по себе.

Руководителям образовательных организаций необходимо систематически проводить анализ состояния предметной среды с целью приведения ее в соответствие с гигиеническими, педагогическими и эстетическими требованиями (единство стиля, гармония цвета, использование при оформлении произведений искусства, комнатных растений, детских работ, гармоничность, соразмерность и пропорциональность мебели и т. п.).

При реализации образовательной программы дошкольного образования в различных организационных моделях и формах предметная развивающая среда должна отвечать:

критериям оценки материально-технических и медико-социальных условий пребывания детей в образовательных организациях;

санитарно-эпидемиологическим требованиям к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций.

Рекомендации по созданию предметно-пространственной развивающей образовательной среды с учетом особенностей ребенка с СДВГ

Прежде всего, необходимо учесть, что материалы и оборудование должны создавать оптимально насыщенную (без чрезмерного обилия и без недостатка) целостную, многофункциональную, трансформирующуюся среду и обеспечивать реализацию основной общеобразовательной программы в совместной деятельности взрослого и детей и самостоятельной деятельности детей.

При создании предметной среды необходимо руководствоваться следующими принципами:

полифункциональности: предметная развивающая среда должна открывать перед детьми множество возможностей, обеспечивать все составляющие образовательного процесса и в этом смысле должна быть многофункциональной;

трансформируемости: данный принцип тесно связан с полифункциональностью предметной среды, т. е. предоставляет возможность изменений, позволяющих, по ситуации, вынести на первый план ту или иную функцию пространства (в отличие от монофункционального зонирования, жестко закрепляющего функции за определенным пространством);

вариативности: предметная развивающая среда предполагает периодическую сменяемость игрового материала, появление новых предметов, стимулирующих исследовательскую, познавательную, игровую и двигательную активность детей;

насыщенности: среда соответствует содержанию образовательной программы, разработанной на основе одной из примерных программ, а также возрастным особенностям детей;

доступности: среда обеспечивает свободный доступ детей к играм, игрушкам, материалам, пособиям;

безопасности: среда предполагает соответствие ее элементов требованиям по обеспечению надежности и безопасности.

При создании предметной развивающей среды необходимо учитывать гендерную специфику и обеспечивать среду как общим, так и специфичным материалом для девочек и мальчиков.

В качестве ориентиров для подбора материалов и оборудования должны выступать общие закономерности развития ребенка на каждом возрастном этапе.

Подбор материалов и оборудования должен осуществляться для тех видов деятельности ребенка, которые в наибольшей степени способствуют решению развивающих задач на этапе дошкольного детства (игровая, продуктивная, познавательно-исследовательская, коммуникативная, трудовая, музыкально-художественная деятельности), а также с целью активизации двигательной активности ребенка.

Материалы и оборудование должны иметь сертификат качества и отвечать гигиеническим, педагогическим и эстетическим требованиям.

Наиболее педагогически ценными являются игрушки, обладающие следующими качествами:

Полифункциональностью. Игрушки могут быть гибко использованы в соответствии с замыслом ребенка, сюжетом игры в разных функциях. Тем самым игрушка способствует развитию творчества, воображения, знаковой символической функции мышления и др.

Возможностью применения игрушки в совместной деятельности. Игрушка должна быть пригодна к использованию одновременно группой детей (в том

числе с участием взрослого как играющего партнера) и инициировать совместные действия – коллективные постройки, совместные игры и др.

Дидактическими свойствами. Игрушки должны нести в себе способы обучения ребенка конструированию, ознакомлению с цветом и формой и пр., могут содержать механизмы программированного контроля, например, некоторые электрифицированные и электронные игры и игрушки.

Принадлежностью к изделиям художественных промыслов. Эти игрушки являются средством художественно-эстетического развития ребенка, приобщают его к миру искусства и знакомят его с народным художественным творчеством.

При подборе материалов и определении их количества педагоги должны учитывать условия каждой образовательной организации: количество детей в группах, площадь групповых и подсобных помещений.

Подбор материалов и оборудования должен осуществляться исходя из того, что при реализации образовательной программы дошкольного образования основной формой работы с детьми является игра, которая в образовательном процессе задается взрослым в двух видах: сюжетная и игра с правилами.

Материал для сюжетной игры должен включать предметы оперирования, игрушки – персонажи и маркеры (знаки) игрового пространства.

Материал для игры с правилами должен включать материал для игр на физическое развитие, для игр на удачу (шансовых) и игр на умственное развитие.

Материалы и оборудование для продуктивной деятельности должны быть представлены двумя видами: для изобразительной деятельности и конструирования, а также включать оборудование общего назначения. Наличие оборудования общего назначения (доска для рисования мелом и маркером, фланелеграф, магнитные планшеты, доска для размещения работ по лепке и др.) являются обязательными и используются при реализации образовательной программы.

Набор материалов и оборудования для продуктивной (изобразительной) деятельности включает материалы для рисования, лепки и аппликации. Материалы для продуктивной (конструктивной) деятельности включают строительный материал, детали конструкторов, бумагу разных цветов и фактуры, а также природные и бросовые материалы.

Материалы и оборудование для познавательно-исследовательской деятельности должны быть трех типов: объекты для исследования в реальном действии, образно-символические и нормативно-знаковые. Это оборудование поможет создать мотивационно-развивающее пространство для познавательно-исследовательской деятельности (например, телескоп, бинокль-корректор, детские мини-лаборатории, головоломки-конструкторы и т. д.).

Материалы, относящиеся к объектам для исследования в реальном времени должны включать различные искусственно созданные материалы для сенсорного развития (вкладыши-формы и т. п.). Данная группа материалов должна включать и природные объекты, в процессе действий с которыми дети могут познакомиться с их свойствами и научиться различным способам упорядочивания их (коллекции минералов, плодов и семян растений и т. п.).

Группа образно-символического материала должна быть представлена специальными наглядными пособиями, репрезентирующими детям мир вещей и событий.

Группа нормативно-знакового материала должна включать разнообразные наборы букв и цифр, приспособления для работы с ними, алфавитные таблицы, математические мульти-разделители, магнитные демонстрационные плакаты для счета и т. д.

Материалы и оборудование для двигательной активности должны включать следующие типы оборудования для ходьбы, бега и равновесия; для прыжков; для катания, бросания и ловли; для ползания и лазания; для общеразвивающих упражнений.

При проектировании предметно-развивающей среды с учетом потребностей ребенка с СДВГ, необходимо учитывать следующие факторы:

психологические факторы, определяющие соответствие параметров предметной развивающей среды возможностям и особенностям восприятия, памяти, мышления, психомоторики ребенка с СДВГ;

психофизиологические факторы, обусловливающие соответствие объектов предметной развивающей среды зрительным, слуховым и другим возможностям ребенка, условиям комфорта и ориентирования. При проектировании предметной развивающей среды необходимо учитывать контактные и дистантные ощущения, формирующиеся при взаимодействии ребенка с объектами предметной развивающей среды;

физиологические факторы призваны обеспечить соответствие объектов предметной развивающей среды силовым, скоростным и биомеханическим возможностям ребенка;

антропометрические факторы, обеспечивающие соответствие росто-возрастных характеристик параметрам предметной развивающей среды;

зрительные ощущения, учитывающие освещение и цвет объектов как факторы эмоционально-эстетического воздействия, психофизиологического комфорта и информационного источника. При выборе и расположении источников света должны учитываться следующие параметры: уровень освещенности, отсутствие бликов на рабочих поверхностях, цвет света (длина волны);

слуховые ощущения, учитывающие совокупность звучания звукопроизводящих игрушек;

тактильные ощущения. Материалы, используемые для изготовления объектов предметной развивающей среды не должны вызывать отрицательных ощущений при контакте с кожей ребенка.

Формирование коммуникативной деятельности и внеречевых процессов детей дошкольного возраста с СДВГ

В последнее время широкое распространение наряду с термином «общение» получил термин «коммуникация».

Коммуникация – это процесс взаимного обмена информацией между партнерами по общению. Она включает передачу и прием знаний, идей, мнений, чувств. Универсальным средством коммуникации является речь, с помощью которой не только передается информация, но и осуществляется воздействие друг на друга участников совместной деятельности.

Общение – это взаимодействие двух (или более) людей, направленное на согласование и объединение их усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата. Общение есть взаимодействие людей, вступающих в него как субъекты.

Общение – показатель коммуникативного поведения и необходимое условие формирования коммуникативных навыков.

Коммуникативные умения – это осознанные коммуникативные действия обучающихся (на основе знаний структурных компонентов умений и коммуникативной деятельности) и их способность правильно строить свое поведение, управлять им в соответствии с задачами общения. В этом определении обращают на себя внимание два момента:

коммуникативные умения – это именно осознанные коммуникативные действия обучающихся, которые базируются на системе знаний и усвоенных элементарных умений и навыков. Сознательное овладение коммуникативными умениями, бесспорно, является доступным детям младшего школьного возраста;

коммуникативные умения – это еще и способность обучающихся управлять своим поведением, использовать наиболее рациональные приемы и способы действий в решении коммуникативных задач.

Коммуникативные умения по структуре являются сложными, высокого уровня; они включают в себя простейшие (элементарные) умения. По своему содержанию коммуникативные умения объединяют в себе информационно-

коммуникативные, регуляционно-коммуникативные и аффективно-коммуникативные группы умений.

Сфера коммуникации – необходимая часть социального пространства, в котором существует личность. В современных условиях, когда напряженностью и стабильностью характеризуются все сферы жизнедеятельности субъекта, конструктивно-коммуникативная деятельность приобретает особую значимость. Именно в сфере коммуникации человек осуществляет и свои профессиональные, и личные планы. Здесь он получает подтверждение своего существования, поддержку и сочувствие, помощь в реализации жизненных планов и потребностей. Именно поэтому коммуникативные умения и навыки – это средства, которые обеспечат успешную деятельность субъекта в сфере коммуникации. Кроме того, конструктивное общение является показателем культуры личности в целом. Формировать коммуникативные навыки можно в условиях обучения, в другом варианте процесс их развития идет спонтанно и во многом зависит от ситуации.

Важным фактором психического развития дошкольника является его общение с взрослыми и сверстниками. В исследованиях А.А. Леонтьева, М.И. Лисиной отмечается, что способность к установлению взаимоотношений рассматривается как специфическая форма активности субъекта. В общении люди раскрывают свои личностные качества. М.И. Лисина подчеркивает, что в процессе общения важным является не только проявление личностных качеств субъекта, но и их развитие, и формирование в процессе общения. Это объясняется тем, что во время коммуникации человек усваивает общечеловеческий опыт, ценности, знания и способы деятельности. Таким образом, отмечают авторы, человек формируется как личность и субъект деятельности. В этом смысле общение становится важнейшим фактором развития личности.

Особенности общения дошкольников со сверстниками

В психологической науке установлено, что коммуникативная деятельность зарождается и наиболее интенсивно развивается в детском возрасте. С самого рождения ребенок живет среди людей и вступает с ними в различные отношения.

В этом возрасте в жизни ребенка все большее место начинают занимать другие дети. Если в конце раннего возраста потребность в общении со сверстниками только оформляется, то у дошкольника она уже становится одной из главных. И к четырем-пяти годам ребенок точно знает, что ему нужны другие дети, и явно предпочитает их общество.

Общение дошкольников со сверстниками имеет ряд существенных особенностей, качественно отличающих его от общения с взрослыми.

Развитие общения со сверстником проходит в дошкольном возрасте несколько этапов.

В 2-4 года сверстник является партнером по эмоционально- практическому взаимодействию, которое основано на подражании и эмоциональном заражении детей. Главная коммуникативная потребность – соучастие сверстника, которое выражается в параллельных действиях детей.

В 4-6 лет возникает потребность в ситуативно-деловом сотрудничестве со сверстником. Сотрудничество, в отличие от соучастия, предполагает распределение игровых ролей и функций, а значит, и учет действий и взаимодействий партнера. Содержанием общения становится совместная деятельность (главным образом – игровая). На этом же этапе возникает потребность в уважении и признании сверстника.

В 6-7 лет общение со сверстником приобретает черты внеситуативности: оно строится не только в связи с внешней ситуацией, но и вследствие избирательных отношений между детьми.

К шести-семи годам значительно возрастает число внеситуативных контактов. Примерно половина речевых обращений к сверстнику приобретает внеситуативный характер. Дети рассказывают друг другу о том, где они были и что видели, делятся своими планами или предпочтениями,

дают оценки качествам и поступкам других. В этом возрасте опять становится возможным «чистое общение», не опосредованное предметами и действиями с ними. Дети могут продолжительное время разговаривать, не совершая при этом никаких практических действий.

Однако, несмотря на эту возрастающую тенденцию к внеситуативности, общение в этом возрасте происходит, как и в предыдущем, на фоне совместного дела, т. е. общей игры или продуктивной деятельности (поэтому данная форма общения и сохранила название деловой). Но сама игра к концу дошкольного возраста меняется. На первый план выступают правила поведения игровых персонажей и соответствие игровых событий реальным. Соответственно, подготовка к игре, ее планирование и обсуждение правил начинают занимать значительно большее место, чем на предыдущем этапе. Все больше контактов осуществляется на уровне реальных отношений, и все меньше – на уровне ролевых.

Конкурентное, соревновательное начало сохраняется в общении детей. Однако наряду с этим между старшими дошкольниками появляются первые ростки дружбы, умение видеть в партнере не только его ситуативные проявления, но и некоторые внеситуативные, психологические аспекты его существования – его желания, предпочтения, настроения. Дошкольники уже не только рассказывают о себе, но и обращаются с личностными вопросами к сверстнику: что он хочет делать, что ему нравится, где он был, что видел.

Таким образом, развитие внеситуативности в общении детей происходит по двум линиям: с одной стороны, увеличивается число внеситуативных, речевых контактов, а с другой – сам образ сверстника становится более устойчивым, не зависящим от конкретных обстоятельств взаимодействия. Ребенок начинает выделять и чувствовать внутреннюю сущность другого, которая, хотя и не представлена в ситуативных проявлениях, но становится все более значимой для ребенка.

К шести годам значительно возрастает способность дошкольников к сопереживанию сверстнику, стремление помочь другому ребенку или

поделиться с ним. Характерно, что все эти действия, направленные на поддержку сверстников, как правило, сопровождаются положительными эмоциями – улыбкой, взглядом в глаза, жестами, выражающими симпатию и близость. Часто вопреки правилам игры дети пытаются помочь своим партнерам, оправдать их действия перед взрослыми, защитить их от наказания. Все это может свидетельствовать о том, что поведение, направленное на сверстника, побуждается не только стремлением соблюсти моральную норму, но прежде всего непосредственным отношением к другому.

Бескорыстное желание помочь сверстнику, что-то подарить или уступить ему, безоценочная эмоциональная вовлеченность в его действия могут свидетельствовать о том, что к старшему дошкольному возрасту формируется особое отношение к другому ребенку, которое можно назвать личностным. Суть этого отношения заключается в том, что сверстник становится не только предпочитаемым партнером по совместной деятельности, не только предметом сравнения с собой и средством самоутверждения, но и самоценной целостной личностью. Сравнение себя со сверстником и противопоставление ему превращаются во внутреннюю общность, которая делает возможными более глубокие межличностные отношения.

Для полноценного общения детей, для становления гуманных отношений между ними недостаточно простого наличия других детей и игрушек. Сам по себе опыт посещения детского сада или яслей не дает существенной прибавки к социальному развитию ребенка. Так, было обнаружено, что у детей из детского дома, имеющих неограниченные возможности общения друг с другом, но воспитывающихся в условиях дефицита общения с взрослыми, контакты со сверстниками бедны, примитивны и однообразны. Эти дети не способны к сопереживанию, взаимопомощи, самостоятельной организации содержательного общения. Для возникновения этих важнейших

способностей необходима правильная, целенаправленная организация детского общения, которую может осуществить воспитатель детского сада.

Однако для того, чтобы взаимодействие детей складывалось успешно, необходимо: во-первых, организовать совместную предметную деятельность детей; во-вторых, формировать их субъектное взаимодействие. Психологические исследования показывают, что для младших дошкольников предметное взаимодействие оказывается малоэффективным. Дети сосредоточиваются на своих игрушках и занимаются в основном индивидуальной игрой. Их инициативные обращения друг к другу сводятся к попыткам отобрать у другого привлекательные предметы. На просьбы и обращения ровесников они либо отвечают отказом, либо не отвечают вовсе. Интерес к игрушкам, свойственный детям этого возраста, мешает ребенку увидеть сверстника. Игрушка как бы закрывает человеческие качества другого ребенка.

Значительно эффективнее второй путь, при котором взрослый налаживает отношения между детьми, привлекает их внимание к субъектным качествам друг друга: демонстрирует достоинства сверстника, ласково называет его по имени, хвалит партнера по игре, предлагает повторить его действия. При таком поведении взрослого возрастает интерес детей друг к другу, появляются эмоционально окрашенные действия, адресованные сверстнику, возникает эмоционально-практическое общение, основные особенности которого описаны выше.

Таким образом, переход детей к субъектному, собственно коммуникативному взаимодействию становится возможным в решающей степени благодаря взрослому. Именно взрослый помогает ребенку открыть сверстника и увидеть в нем такое же существо, как он сам.

Общение со сверстниками становится все более и более привлекательным для старшего дошкольника, поскольку именно этот период сенситивен для формирования ситуативно-деловой формы общения с другими людьми.

Отношения же со сверстниками да и взрослыми у детей с СДВГ складываются непросто. Очень часто их не понимают и не принимают. Они же в свою очередь докучают своим поведением другим людям. Враждебных чувств к ним никто не испытывает, с ними просто никто не хочет иметь дело. Ребенок с СДВГ всегда будет отличаться своими особенностями, даже когда станет взрослым. Тем не менее, у него есть хорошие шансы наладить отношения с другими людьми. Прежде всего, ребенок должен начать осознавать, что он делает не так, и научиться себя контролировать.

Говоря об отношениях гиперактивного ребенка с родителями, можно сказать лишь то, что они нарушены. Ребенок с СДВГ чаще всего не соответствует ожиданиям родителей, а принимать его таким, какой он есть, не все умеют. Родители и родственники просто не знают, что с ним делать.

Ребенок знает, что его поведением недовольны, чувствует себя отвергнутым, терпит постоянные неудачи в выполнении поставленных перед ним задач и в общении с близкими людьми. Отношение к нему формируется, как к неполноценному. По этой причине, помноженной на эндогенную основу, у ребенка начинаются протестные реакции. Однако он чувствует свою особость и хочет, чтобы его понимали и общались с ним.

Дефицит внимания и импульсивное бездумное поведение также приводит к неудачам во время игр. Любая игра требует соблюдения определенных правил, по меньшей мере, каких-то заранее известных условий. Это приводит к неконтролируемым эмоциональным разрядкам и агрессивным аффективным действиям.

Постоянно отвлекаясь, что-то не учитывая в игре, ребенок с СДВГ терпит неудачу за неудачей в усвоении очень важных жизненных навыков. Он при этом начинает отвергаться сверстниками, что окончательно перекрывает ему дорогу к нормальной социальной адаптации.

Как описывает Н.Н. Заваденко, некоторым гиперактивным детям удается что-то выиграть: благодаря непоседливости они превращаются для своих товарищей в клоунов, и если им удается вызвать смех окружающих, то это

хотя бы отчасти вознаграждает их подорванное самолюбие. Бывает, это не срабатывает. Чаще всего с ними общаются или дети младшего возраста или дети с аналогичными проблемами.

Чрезмерная двигательная активность может сочетаться с деструктивным поведением. В таких случаях ребенок с СДВГ провоцирует других детей на нарушение дисциплины. Он стремится получить свои яркие впечатления, так необходимые ему для нормального функционирования и которые он никак не может получить сидя спокойно и выполняя инструкции воспитателя. Все это приводит к неконтролируемым эмоциональным разрядкам и агрессивным аффективным действиям.

Некоторые из детей, готовые принять ребенка с СДВГ за ведомого в таких мероприятиях, подражают ему. Очень часто ребенок с СДВГ плохо себя ведет и не обращает внимания на окружающих. Он невнимателен к другим людям по своей природе. Гиперактивный ребенок может просто не понимать, что приятно другому человеку, а что неприятно, и быть безразличным к переживаниям других людей.

Различные эмоциональные нарушения у ребенка с СДВГ – это не редкость. Он отстает в эмоциональном развитии и медленно взрослеет. Это проявляется вспыльчивостью, раздражительностью, несдержанностью.

Дети с СДВГ очень часто отстают в психоэмоциональном развитии, но они, как правило, стремятся руководить другими детьми. Это также одна из причин плохих отношений со сверстниками.

Из-за невнимательности и отставания в психоэмоциональном развитии понимание других людей и их переживаний может занять долгий период времени. Отношения этих детей со сверстниками и со старшими по возрасту нередко отличаются несоблюдением дистанции, недостаточной осторожностью и сдержанностью. Например, толкают сверстников, создавая конфликтные ситуации. Они часто обижаются, но при этом недолго переживают по этому поводу, складывается впечатление, что с него все «как с гуся вода». О таких детях говорят как о бесчувственных, а иногда и

жестоких. Данный факт можно объяснить тем, что на нейрофизиологическом уровне у детей с СДВГ снижен болевой порог, т. е. они менее чувствительны к боли, чем их сверстники.

В итоге из-за их якобы эмоциональной черствости им трудно устанавливать дружеские отношения.

При социометрических исследованиях дети с СДВГ очень часто получают от своих сверстников отрицательную оценку. Про них говорят, что они «не умеют играть», «ведут себя странно», «мешают».

3.2.3. Вопросы адаптации и социализации обучающихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности 7-11-ти лет

Создание специальных условий получения начального общего образования обучающимися с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Наибольшие трудности дети с СДВГ испытывают в процессе обучения. Это обусловлено самим характером СДВГ, препятствующим усвоению учебного материала и приобретению школьных навыков. В связи с этим учитель и школьный психолог неминуемо становятся одними из специалистов, вовлеченных в оказание помощи детям с СДВГ. В целом методы педагогической коррекции не являются абсолютно специфическими для СДВГ. Они широко используются педагогами в повседневной работе и направлены на эффективную организацию учебного процесса через подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей. Воздействия во время школьного обучения включают организацию и структурирование в помещении класса, модификацию преподавания, воздействие через одноклассников, приемы символической «школьной экономики». При необходимости решается вопрос о переводе ученика с СДВГ на индивидуальное обучение.

Дети и подростки с СДВГ очень забывчивы и рассеяны даже в самых обыденных вещах. Они легко ранимы, быстро впадают в скуку и очень часто

«витают в облаках». Им трудно организовать свой досуг или выполнение уроков.

Конечно же, все дети большие непоседы и часто ведут себя именно так, особенно, если сильно взволнованы или чем-то увлечены. Однако разница в том, что у детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности эти симптомы выражены ярче, чем у их сверстников. Такое поведение является для них нормой и проявляется постоянно на протяжении длительного периода (иногда на протяжении всей жизни ребенка). Оно относится ко всем сферам их жизни – будь то школа, семья или общение с друзьями.

А еще дети с СДВГ очень переживают из-за своей болезни. Переживают из-за того, что отличаются от сверстников, из-за того, что окружающие не понимают их. Даже очень стараясь, они не могут справиться со своей болезнью самостоятельно, не могут контролировать свое поведение – поэтому часто впадают в депрессию.

И школа, и зачастую родители считают, что это – моральный дефект и ребенок просто ленивый, болтливый, несобранный, или, как сказала одна мама нашей форумчанки, «нет у него никакого СДВГ – он просто жутко невнимательный и у него шило в заднице». Все это считается педагогической запущенностью: родители не научили ребенка, как себя вести, поэтому школа требует от родителей, чтобы они закрутили гайки, ужесточили дисциплинарные меры, больше пороли, больше любили, больше с ним занимались.

Иногда школа ведет себя иначе – она считает, что либо это медицинская проблема, либо ребенок сумасшедший, и значит ему надо в психбольницу или во вспомогательную школу. Или говорят: «Вылечитесь и приходите». Но СДВГ вылечить нельзя, нет таких таблеток, от которых ребенок моментально станет собранным, внимательным, сосредоточенным. Эта ситуация требует многолетнего решения.

Бывают еще удивительные предложения сделать специальную школу или летний лагерь для гиперактивных. Попытки такого рода были примерно то же самое, что варить суп из одного красного перца. Во-первых, дети в таком коллективе не получают примеров правильного поведения, а во-вторых, они зажигаются друг от друга и моментально воспламеняются, и управление таким детским коллективом теряется уже через пять минут, дальше все превращается в хаос.

Когда детей с СДВГ более одного на класс – уже трудно: вокруг них возникают очаги хаоса, учитель начинает сосредотачиваться на них, и другие, более тихие, дети оказываются предоставлены сами себе, приходится перестраивать порядок урока, чтобы ввести гиперактивных в определенный рабочий ритм, а им нужны микроциклы: сосредоточились, сделали задачу, расслабились, передохнули – и заново.

В последнее время многие учителя считают, что СДВГ – это модный надуманный диагноз, а на самом деле дети просто невоспитанные. С другой стороны, и родители часто называют диагнозом «СДВГ» совершенно другие вещи. Бывает, что учителя жалуются, что у них «этих невнимательных и гиперактивных» в классе – каждый второй, начинаешь спрашивать, и выясняется, что ребенок хамит на уроке или дерется, или агрессивен, хотя ни хамство, ни агрессивность не имеют прямого отношения к СДВГ.

В результате всего этого у ребенка формируется замкнутый круг проблем: он демонстрирует плохое поведение – в ответ на это школа и семья ужесточают дисциплину, внедряют какие-то репрессии. Все это не помогает

решить проблему, потому что если ребенка лишить обеда, прогулки, гаджетов, общения с детьми и посадить его делать уроки с утра до вечера, это все равно не научит его создавать алгоритмы и не разовьет способности к организации планирования. Это вызовет естественное чувство протеста или чувство «я плохой», то есть ответом становится агрессия – поведение ребенка закономерным образом ухудшается, учеба тоже.

Все эти меры заставляют его вести себя хуже, что приводит к ухудшению успеваемости и поведения, а это, в свою очередь, вызывает следующий виток «закручивания гаек», что вызывает очередной снова протест ребенка, и так до бесконечности. Одна мама на форуме спрашивала нас, как ей еще наказать ребенка, если он уже лишен сладкого, дней рождения, нового года, каникул, поездки на каникулы, компьютера, телефона, но все равно не меняется.

То есть очевидно, что наказания не работают, и тем не менее эта страшная спираль продолжает и продолжает закручиваться. Иногда к нам на форум приходят родители, когда гайки срывает с резьбы и начинаются семейные скандалы, разводы, ссоры с ребенком, дети пытаются убежать из дома, ребенка пытаются исключить из школы. Однако СДВГ вовсе не говорит о неспособности ребенка к обучению или о его низком интеллекте. СДВГ – это не приговор! Очень многие дети и подростки, больные СДВГ, талантливы, креативны, обладают хорошим чувством юмора, развитым воображением. Они удивительные, они живут только сегодняшним днем! Они отличаются от нас и, как мотыльки, летящие на огонь, способны без раздумий решиться на такие поступки, на какие мы, «думающие» и «анализирующие», никогда не решились бы. Они фонтанируют идеями, которые могут казаться странными. Но, может быть, при правильном восприятии эти идеи могли бы лечь в основу важных изобретений. А удивительный внутренний мир детей и подростков с СДВГ вполне мог бы найти свое отражение в новых фантастических направлениях искусства, живописи, литературы.

У многих детей с СДВГ развитие навыков социального взаимодействия запаздывает по сравнению со сверстниками. Без специальных корректирующих занятий дефицит навыков социального взаимодействия сохраняется даже тогда, когда полностью восстанавливаются когнитивные функции и академическая успеваемость.

Психологическая коррекция мальчиков и девочек младшего школьного возраста с СДВГ

Нейропсихолог В.Д. Еремеева в своих исследованиях восприятия у девочек и мальчиков отмечает следующее: игры девочек чаще опираются на ближнее зрение, мальчики же чаще опираются на дальнее зрение. Планируя коррекционную работу, необходимо учитывать восприятие девочек и восприятие мальчиков. Для мальчиков мы предлагаем игры- конструкторы, пазлы, лего, требующие пространственное восприятие, задания, направленные на образное мышление, воображение; для девочек — на ассоциативное восприятие, связанные с вербальной сферой, на скорость выполнения: заполнить таблицы, провести кодирование (задания, предлагаемые Д. Векслером, С.Д. Забрамной).

Специальные исследования показали, что у мальчиков специализация правого полушария мозга в отношении пространственных функций, пространственно-временной ориентации, а значит, и лучшая организация тех видов деятельности, где необходимо пространственное мышление, имеется уже в 7 лет, тогда как у девочек его нет и в 1==

Что касается «исполнительской» части речи, совершенства речевого процесса, то эта сторона, лучше развита у девочек; нахождение же словесных ассоциаций, решение кроссвордов, – лучше у мальчиков.

Каковы особенности эмоциональной сферы девочек и мальчиков?

Были проведены нейропсихологические исследования (тест «диоптическое просматривание»). Результаты по шестилетним детям показали, что девочки и мальчики грустное лицо видят реже, чем улыбающееся. В мозг информация об увиденном поступила, но в сознание не допускается. В конце первого класса было проведено то же исследование – у девочек картина сохранилась полностью, а мальчики стали чаще говорить, что видят грустное лицо. То есть негативная информация стала прорываться в сознание. Важно отметить, что результаты анализа мозгом положительных и отрицательных воздействий очень зависели от личности учителя, который работал с ними. У педагога авторитарного типа такое нарастание настроенности мозга на

принятие неприятного, вызывающего негативные переживания, и игнорирование положительной, эмоционально позитивной стороны воспринимаемого мира выражено наиболее сильно. А если родители демонстрируют авторитарный стиль воспитания? Постоянно негативный фон, агрессивные тенденции прорываются в сознание, и ребенок становится неуправляемым. У детей, начиная с 4-х лет, ученые обнаружили различия в мозговой активности при восприятии приятного и неприятного и пришли к выводу, что мальчики кратковременно, но ярко реагируют на эмоциональный фактор, а у девочек в ситуации деятельности, вызывающей эмоции, резко нарастает общая активность, повышается эмоциональный тонус коры мозга.

Это говорит о том, что у девочек (женщин) максимальная ориентированность организма на выживаемость. Мальчики (мужчины) обычно быстро снимают эмоциональное напряжение и вместо переживаний переключаются на продуктивную деятельность: можно предложить мальчикам различные спортивные игры (футбол, хоккей, эстафетный бег и другие подвижные игры). Для мальчиков можно устраивать шашечные и шахматные турниры, вовлекать их в спортивные секции (борьба, плавание, боксирование).

Взрослые должны учитывать особенности эмоциональной сферы девочек и мальчиков. Для девочек необходимо создавать необходимые условия для развития и коррекции эмоциональной сферы, вовлекая их в театрализованную деятельность, в танцевальные и певческие кружки. Девочки очень чувствительны к различным шумам, поэтому мы предлагаем создавать для них комфортные уединенные условия: психолог может предложить им в индивидуальном порядке занятия по художественному вышиванию.

Если обратиться к истории, то можно вспомнить тот факт, что вязание изобрели в Италии в XIII веке мужчины и в течение нескольких веков это было сугубо мужским делом. Поэтому мальчикам мы предлагаем для индивидуальной работы в кабинете психолога вязание на спицах или крючком с целью коррекции эмоционально-волевой сферы.

Творчество и новаторство, поиск нестандартных решений – это мужской стиль, а женский – мастерство, точность в выполнении заданий, исполнительность. Исходя из перечисленного выше, коррекционная работа с девочками должна отличаться от коррекционной работы с мальчиками.

Тренировка устойчивости внимания

Программа тренировки внимания состоит из серии заданий, выполняемых под руководством психолога в течение 20 дней по 25 минут один раз в неделю с группой детей 3-5 человек в первой половине дня вместо одного занятия. Предусмотрена серия заданий игрового характера с постепенным усложнением, требующих от детей напряженного внимания, интеллекта. В их число входят задания типа «Найди меня», лабиринты, «Найди общее», задачи на нанизывание бусинок (больших и маленьких, с открытыми и завязанными глазами), упражнения на вычеркивание и дополнение предметов, на развитие памяти, игры-головоломки, игры на развитие восприятия, внимания.

Для работы по тренировке устойчивости внимания мы используем авторскую программу немецких специалистов (Х. Бархманн и другие) «Тренировка устойчивости внимания» (программа лечения детей от 6 до 10-ти лет) в адаптированном варианте. Она состоит из серии заданий, выполняемых в течение 20 дней. Способ их выполнения изложен в инструкциях для психологов. Там же приведена шкала баллов для оценки уровня безошибочности ответов. Используемый для этих заданий материал частично имеется в готовом виде – в выпускаемых в продажу детских играх, включая предметы дошкольного воспитания (счетные палочки, различные картинки, домино), а частично изготовляется самостоятельно психологом.

Для развития внимания детям предлагаются занятия с компьютерными играми: «Собери матрешку», «Машинки в гараж», «Подбери фигуру» и другие. Занятия проводятся по 5-10 минут один раз в неделю индивидуально с каждым ребенком, степень мотивации игры на компьютере очень высокая,

так как ребенок с большим интересом работает на нем. После занятия детям предлагается гимнастика для глаз. Компьютерные игры для детей дошкольного возраста для развития у детей произвольного внимания можно приобрести в торговой сети, а также учатся ориентироваться на экране, быстро реагировать на игровые ситуации, ориентироваться в пространстве, управляться с мышью. Дети учатся выполнять задания качественно, в пределах четко ограниченного времени.

Главная задача программы тренировки внимания – стимуляция активности детей, положительная оценка результатов работы каждого мальчика и каждой девочки, повышенная внешняя мотивация, дифференцированный подход в подборе заданий для мальчиков и девочек с учетом их биологических особенностей.

Психолог учит ребенка осознавать задание, удерживать в памяти, самостоятельно проверять выполненную работу, т. е. произвольности.

Особое внимание направлено на формирование желаемой модели путем постепенного приближения к желаемому образцу (эталону). Большое значение на первом этапе программы тренировки устойчивости внимания имеет индивидуальная помощь каждому ребенку.

На дальнейших этапах работы по программе происходит постепенное уменьшение роли психолога по мере закрепления мальчиками и девочками правильных поведенческих навыков. Дети учатся работать самостоятельно; особое внимание уделяется умению ребенка реалистически (критически) подходить к заданию, адекватно относиться к собственным неудачам.

Организация двигательной активности девочек и мальчиков 6-7-ми лет

Основные цели этого этапа программы – организация двигательной активности девочек и мальчиков на занятиях и вне занятий; формирование у детей потребности в ежедневной активной двигательной деятельности; обучение ребенка реализации накопленной энергии в подвижных играх с правилами, в беге на дистанциях, в спортивных играх (в большей степени

мальчиков) в играх на воде, в танцах (в большей степени девочек), добиваясь высоких результатов.

Целенаправленное и систематическое регулирование физического состояния детей, активизация их внутренней энергии и реализация скопившейся энергии на достижение определенной, заранее поставленной перед ними цели. Обучение детей (в большей степени мальчиков) четкому, качественному выполнению команды, доведению начатого дела до конца с высокими показателями.

Необходимо предусмотреть ежедневные занятия девочек и мальчиков физической культурой преимущественно на открытом воздухе с частой сменой упражнений при многократной (до 12-16-ти) повторяемости одного упражнения и обязательном музыкальном сопровождении. Мальчикам мы предусматриваем ежедневный бег в медленном темпе довольно длительное время (учитывая состояние их здоровья), игры в футбол, зимой – в хоккей, бег на лыжах, девочкам – игры с правилами: «Салочки», «Хитрая лиса», «А ну-ка, догони!».

Психолог должен контролировать правильную организацию двигательной активности детей, наблюдая и сопровождая их. Необходим плавный переход от двигательной активности к спокойным играм для снятия возбуждения.

Основная задача этого этапа программы – поставить цель, действие по плану для превращения бесцельной подвижности девочек и мальчиков в целенаправленную активность, и так должно быть до тех пор, пока целенаправленная активность детей не станет привычной. Приобщать девочек и мальчиков как можно раньше к занятиям спортом с целью реализации чрезмерной энергии, силы, перевозбудимости – задача и образовательной организации, и семьи.

Прогрессирующая мышечная релаксация

Исходя из того, что умения по саморегуляции вырабатываются в результате длительных тренировок, психолог учит мальчиков и девочек поочередно

напрягать и расслаблять мышцы тела на занятиях в течение 20 дней 10 минут с перерывом в один месяц в течение года. Необходимо научить каждого мальчика и каждую девочку, напрягая и затем расслабляя мышцы, сравнивать и сопоставлять состояние мышечной активности и релаксации.

В этой работе психолог использует тренинговую программу прогрессирующей мышечной релаксации Э. Джейкобсона в детском варианте. Психолог обучает детей выполнению упражнений сознательно, расслабляя вначале нижние части тела, начиная с нижних конечностей и постепенно доходя до мышц лица. Психолог формирует у дошкольников элементы самоконтроля, развивает произвольное внимание.

Задача этого этапа программы – во время тренировки учить ребенка подражанию образцу, учить управлять своим телом, снимая перевозбуждение. Психолог должен быть эталоном.

Эта тренинговая программа предполагает обучение мальчиков и девочек навыкам релаксации всего тела и умению расслабляться во время сна под спокойную классическую музыку: дети получат элементарные навыки аутогенной тренировки.

Психолог может привлечь к этой работе, как педагогов, так и родителей, проводя с ними обучающие семинары-практикумы.

Социальная адаптация мальчиков и девочек 6-7-ми лет

Важным этапом программы является социальная адаптация дошкольников в условиях общественного воспитания. Программой предусмотрены изменения внешних факторов, влияющих на формирование гиперактивности ребенка. Необходимо предусмотреть изменение стиля общения в образовательном учреждении и в домашних условиях, в общественной и домашней среде для снятия отклонений в поведении сверхактивных мальчиков и девочек.

Основной задачей является создать специально разработанный режим дня для гиперактивных детей, предполагающий следующие коррекционные виды

медико-психолого-педагогического сопровождения девочек и мальчиков с синдромом дефицита внимания:

Занятия по тренировке устойчивости внимания.

Занятия по физической культуре, организация активной спортивной деятельности детей.

Тренинговые занятия «Общение в круге» для развития коммуникативных навыков у детей.

Индивидуальные, подгрупповые занятия по снятию возбуждения при организации спокойных игр, упражнения на разбалансировку состояния ребенка

Занятия в плавательном бассейне для снятия возбуждения.

Праздники, развлечения, театрализованная деятельность, кружки художественно-эстетической направленности для создания у девочек и мальчиков позитивного эмоционального состояния.

Фитотерапия, физиотерапия, массаж, использование приборов биообратной связи для лечения гиперактивности.

Создание среды для позитивных межличностных коммуникаций со сверстниками и взрослыми:

Научение родителей умениям вести наблюдение за поведением своего ребенка, ведя дневник, осуществлять контроль за его деятельностью, давая положительную оценку, подкрепляя хотя бы малые усилия ребенка выполнить задание, вовремя помочь, поддержать без окриков, без одергивания.

Помочь создание в семье атмосферы принятия своего ребенка таким, какой он есть; создать в семье спокойную, доброжелательную атмосферу – по-доброму, но настойчиво приучая ребенка доводить начатое дело да конца, улучшая качество, учить выполнять режим дня, не допуская перевозбуждения перед сном.

При реализации программы главная задача этого этапа коррекционной работы – научить мальчиков и девочек позитивному общению согласно их

гендерным различиям: сформировать у них позитивное отношение к гендерным ролям, научить гиперактивных мальчиков и девочек изменять свое поведение согласно совместно принятых правил, нормам межличностных отношений со сверстниками и взрослыми. Для решения этой задачи психолог использует программу тренинговых занятий «Общение в круге», разработанную на основе многолетнего опыта работы с гиперактивными детьми.

Тренинговые занятия проводятся 1 раз в неделю поквартально с октября по апрель (с перерывом на 1 месяц в январе) по 15 минут, желательно во вторую половину дня. Совместные усилия психолога, педагогов и родителей помогают формировать у гиперактивного ребенка чувство уверенности в себе, способствуют исчезновению комплекса неполноценности, позволяют использовать систему межличностных отношений для интериоризации – превращение усваиваемых способов действий, нравственных норм во внутренние достижения детской личности.

К концу учебного года занятий дети должны овладеть следующими знаниями, умениями, навыками:

Уметь осознавать задание, удерживать в памяти, самостоятельно проверять выполнение задания;

Приобрести навыки качественного, своевременного выполнения задания.

Научиться пользоваться компьютером: уметь ориентироваться на экране видеомонитора, пользоваться мышью, клавиатурой, своевременно реагировать на игровые ситуации, ориентироваться в пространстве, быть внимательным.

Четко выполнять команды, доводить начатое дело до конца с высоким результатом.

Овладеть навыками саморегуляции: уметь расслаблять, напрягать мышцы ног, бедер, живота, груди, рук, лица по сигналу; расслаблять все тело при переходе от бодрствования ко сну по сигналу; фиксировать внимание; осуществлять самоконтроль.

Овладеть навыками устойчивых коммуникативных связей; навыками социальных отношений без негативной концепции; развивать в себе высокую самооценку, уверенность в себе и своих силах.

Уметь критически подходить к заданию, адекватно относиться к собственным неудачам.

Уметь дифференцировать и правильно выстраивать отношения согласно гендерной идентификации, поло-ролевой функции.

Уметь контролировать свое поведение, управлять своими эмоциями.

3.2.4. Вопросы адаптации и социализации обучающихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности 11-15-ти лет

Проявления СДВГ в большинстве случаев постепенно ослабевают и часто совсем исчезают в подростковом возрасте, но к настоящему времени накоплено значительное количество наблюдений, что симптоматика СДВГ сохраняется у подростков и даже взрослых. Ряд исследователей утверждают, что у 50-80% детей, страдающих СДВГ, симптоматика сохраняется и в подростковом возрасте. Другие отмечают значительную редукцию симптомов СДВГ, но в то же время указывают, что распространенность СДВГ во взрослой популяции колеблется в диапазоне 1-6%

Лонгитюдные исследования показали, что гиперактивность часто ослабевает с возрастом, но нарушения внимания и импульсивность имеют тенденцию оставаться. Как у подростков, так и у взрослых с СДВГ часто встречаются характерные когнитивные нарушения, в первую очередь – нарушения организации, программирования и контроля мышления и деятельности. Сегодня клиницисты и исследователи говорят о необходимости выработки специальных критериев для диагностики СДВГ у взрослых, поскольку критерии МКБ-10 и DSM-IV-TR ориентированы, прежде всего, на детей. С другой стороны, не следует забывать, что во взрослом возрасте симптоматика, напоминающая резидуальные симптомы СДВГ, может

характеризовать клиническую картину иных психических расстройств или быть следствием соматической патологии.

Для подростков 11-15-ти лет с СДВГ характерны нарушения социального функционирования, проявляющиеся, в первую очередь, на микросоциальном уровне, в рамках ближайшего окружения: в семье, школе, в среде сверстников, на работе.

Далее гиперактивные подростки живут «здесь и сейчас», у них плохо с предвидением и планированием будущего. Такому ребенку совершенно бесполезно объяснять, что, если он не сделает домашнее задание, то в конце четверти у него будет двойка, в конце года будет двойка, он не сдаст ЕГЭ и станет дворником. Для него когда еще будет этот ЕГЭ, но за десять лет, пока мы это бесконечно повторяем, он хорошо усваивает, что экзамен он не сдаст, можно даже не пытаться, точно станет дворником, поэтому какой смысл выбирать для себя другие карьеры?

Еще гиперактивным детям очень тяжело дается переключение. Они не в состоянии переключиться с того, что они делают сейчас, на что-то другое, особенно если то, что сейчас – очень привлекательное действие. Например, если они играют в компьютерную игру, и тут вдруг приходит мама и требует немедленно выключить, а то и просто выдергивает провод из розетки, у ребенка начинается истерика, с которой очень тяжело справиться, хотя на самом деле следовало бы прийти минут за 15 до окончания времени, предупредить, что, мол, у тебя осталось 15 минут, вот таймер или песочные часы, потом прийти за 10 минут и напомнить, что надо сохранить игру, потому что надо заканчивать, потом за 5, 4, 3, 2, 1…

Самое важное, наверное, что надо помнить про этих детей, сформулировал Рассел Баркли, ведущий специалист в мире по СДВГ – это правило 30 процентов.

Оно означает, что воля, самоорганизация, планирование и вообще способность управлять своим поведением у гиперактивных детей сформированы на 30 процентов ниже их реального возраста.

То есть, если гиперактивному ребенку шесть лет, он ведет себя как четырехлетний, если ему девять, – то как шестилетний, если ему двенадцать, то его поведение соответствует девятилетнему возрасту, если ему восемнадцать, – то как двенадцатилетка, а ему надо заканчивать школу, сдавать экзамены и выбирать себе профессию – и все это он делает с той же мерой серьезности, понимания и ответственности, которую мы можем ожидать от типичного шестиклассника.

Не надо списывать это на трудный подростковый возраст или на то, что ребенок просто лентяй – у него эти функции еще не сформировались как следует, они формируются с большой задержкой. Есть и хорошая новость: к 24 годам они выходят на уровень нормального выпускника школы, но к 24 годам ожидается, что человек уже нашел работу, делает карьеру, заводит семью…

В школе гиперактивный ребенок избыточно подвижен и постоянно отвлекается на уроке. Ребенка с СДВГ часто объявляют агрессивным, потому что типичная ситуация – когда его потыкали сзади пальцем, и он выдает первую реакцию на опасность: разворачивается и бьет.

Как правило, это не агрессия – это преувеличенная реакция на внезапность. Обычно эти дети не агрессивны, но у них есть серьезные эмоциональные проблемы: поскольку ребенок не умеет управлять собой, он не умеет управлять своими эмоциями.

Часто он – жертва для школьной травли, его очень легко троллить, потому что его обзываешь, а он приходит в ярость и кидается в погоню, не в силах совладать ни с весельем, ни со слезами, не умеет справляться с неудачами и устраивает истерики, когда они случаются, поэтому дети довольно скоро начинают считать его немного ненормальным.

Ему тяжело выстроить на уроке собственную программу поведения. Типичная ситуация: «Почему ты ничего не делаешь?» – а он смотрит на задачу и не знает, с какой стороны ее начинать решать, и при этом у него еще потекла ручка, весь портфель заляпан, сосед по парте не дает салфетку

вытереть, и он сидит полностью парализованный и не знает, за что хвататься. Естественно, ему очень трудно готовиться к экзаменам и контрольным, потому что для этого нужна многомесячная сложная программа подготовки, а такой ребенок даже не может запланировать, как он будет решать пример в двенадцать действий – на пятом действии он уже забудет, что и зачем делал.

Гиперактивному ребенку очень трудно соблюдать временные ограничения. Он может построить целый мир в воображении, но это никак не приближает его к решению задачи, время утекает, и к середине отведенного времени он начинает вдруг задумываться, что задача не решена, пытается сконцентрироваться и выработать какую-то программу решения, делает две-три безуспешных попытки решить задачу хаотичным способом, а она все не решается, поэтому в последнюю отведенную четверть времени он паникует, а когда приходит конец, устраивает истерику.

На этих детей очень плохо действуют самостоятельные задания с ограничением по времени – сами они ничего не сделают, надо специально индивидуально заниматься с ними алгоритмами. Но учитель не в состоянии сидеть с каждым из таких учеников, а им нужна именно такая помощь: с распределением времени, выстраиванием программы поведения, с обучением пониманию их собственных целей и задач.

Все это считается педагогической запущенностью: родители не научили ребенка, как себя вести, поэтому школа требует от родителей, чтобы они ужесточили дисциплинарные меры, больше пороли, больше любили, больше с ним занимались.

Проблема в том, что ребенка изначально наказывают за те ситуации, в которых ему надо помогать, а не наказывать.

В мировом опыте, как правило, между школой и семьей, где растет такой ребенок, есть промежуточное звено – это законы, правила, нормы, подзаконные акты, которые обеспечивают права такого ребенка в школе, это служба помощи ученику непосредственно в школе, это районные ресурсные

центры, куда учитель может обратиться и где ему помогут решить трудную задачу, если он с этим учеником не справляется.

Школа может совместно с учеником разработать индивидуальный учебный план, у ученика может быть свой куратор, который следит, чтобы этот план выполнялся, чтобы учителя сотрудничали друг с другом, а родители делали свою долю работы, и так далее. Такая служба – служба поддержки обучающихся или служба сопровождения – включается в тех случаях, когда учительских усилий недостаточно: например, когда ребенок из семьи в трудных социально-экономических обстоятельствах, когда у него проблемы в обучении, или язык обучения для него неродной, или у него ограниченные физические возможности.

В российском школьном образовании это звено в школах практически отсутствует. В недавно принятом профессиональном стандарте педагога говорится, что педагог должен осваивать и применять психолого-педагогические технологии, необходимые для адресной работы с ограниченными контингентами обучающихся, но от него требуют навыков очень разных специальностей, потому что обучение русскому языку как иностранному – это одна специальность, работа с детьми с девиантным поведением – другая, работа с аутичными детьми – третья, преподавание своего предмета – четвертая.

При этом от учителя ждут еще свободного владения иностранным языком и компьютером. Всего набора этих умений нет ни в одной учительской голове. В школе нужна служба, которая будет заниматься такими случаями. Пока же считается, что все это – ответственность учителя, и ситуация остается плачевной.

Но раз этого звена нет, единственное реально возможное решение – это когда родители делают добровольные шаги навстречу школе, берут на себя определенные дополнительные функции, а школа делает шаги навстречу этим родителям и тоже берет на себя дополнительные функции. К

сожалению, пока обязать никого ни к чему нельзя, инклюзия в школах толком не обеспечена, а остается делом доброй воли.

Гиперактивному ребенку нужна помощь в следующих направлениях: работа с мотивацией, борьба с хаосом, контроль активности, обучение удержанию внимания, помощь в социализации.

Ребенок не будет хотеть учиться, если не удовлетворены его базовые потребности: физиологические, потребность в безопасности. Когда учитель на уроке нагоняет страх на всех своих 30 учеников, ребенку небезопасно. Чтобы он захотел на уроке учиться и работать, лучше, он должен быть сытым, сходившим в туалет, выспавшимся, должен понимать, что здесь его не унизят, не напугают, не оскорбят, что он здесь зачем-то нужен.

Ребенку с дефицитом внимания и гиперактивностью очень трудно удерживать стабильное внимание, когда у него недостаточно ярких стимулов. Все, что мы привносим в класс – жестикуляция, картинки, музыка - все это для него дополнительные стимулы. Запоминается эмоционально окрашенное, яркое, и если вы будете долго рассказывать биографию Державина и вдруг упомянете о том, что тот в молодости был картежником, это будет все, что ваши ученики запомнят про Державина, потому что это – яркий факт, то, что удивляет.

Важно честно отвечать детям на вопрос, зачем им вообще нужна «эта математика или русский язык». Один раз это с ребенком надо обсудить глубоко и серьезно, вместо того чтобы сказать, что «нос не дорос еще спрашивать». Но не втягиваться в эти разговоры каждый раз.

Помогает также дополнительная мотивация, когда ребенку есть за что соревноваться, и символическая экономика, когда ребенок может зарабатывать бонусы. В младших классах хорошо работают звездочки, конфетки, наклейки и так далее, в старших классах, конечно, никакими конфетками не соблазнишь, но если результатом систематического выполнения всех заданий станет, например, ваучер на избавление от одной домашней работы или зачет-автомат, то такие вещи могут сработать.

А если есть четкие требования к зачету-автомату, то и ребенку, и учителю гораздо легче сориентироваться, что он должен сдать, для того чтобы получить 5, 4, 3 и т. д.

Ребенок должен комфортно чувствовать себя на уроке. Кроме того, на уроке имеет смысл учить его навыкам самоорганизации, особенно в младших и в 5-6 классах, когда дети теряются и на них наваливается огромное количество заданий. Когда родители начинают жаловаться, что ребенок в сентябре опять пришел из школы без сменной обуви, без куртки, забыл ручку, потерял пятую пару туфель за месяц, становится ясным, что это, конечно, пятиклассник, и понятно, почему так. Меняется система уроков, их содержание, кабинеты, появляются новые учителя с огромным количеством требований, и голова с этим не справляется, просто не удерживает все это.

Если ребенок начинает бесконечно все терять, это не потому что он плохой или не дорожит своими вещами, а потому что он не справляется, слишком много на него всего навалилось.

Надо менять отношение к ошибкам ребенка, потому что ошибка сегодня – это то, за что ребенка надо наказывать двойкой, и в результате дети панически боятся их делать. Ошибки – это то, на чем мы учимся, возможность понять, что мы сделали не так, и научиться сделать, как надо. Отметка – это не хлыст, которым тебя понукают, она просто фиксирует, насколько ты сейчас справился или не справился с требованиями, и что надо сделать, чтобы ты с этими требованиями справлялся лучше.

Для гиперактивных детей очень важен островок безопасности, дело, которое они делают лучше всех, что-то, что они действительно умеют, то, что заставляет их почувствовать себя сильными и компетентными. Такое дело не всегда легко обнаруживается, но иногда, например, на туристическом слете, все вдруг понимают, что такой-то мальчик, который всегда тихо сидит в углу и не высовывается, на самом деле прекрасно ставит палатки, или замечательно может организовать компанию второклассников, чтобы они дружно делали какое-то дело, или превосходно поет под гитару.

Ученик может замечательно играть в театре, но пока мы это не начнем с ними делать, мы не поймем, что он это умеет, поэтому важна всякая внешкольная активность, где ребенок имеет возможность проявить себя не только со своей дефицитарной стороны.

В школе должны обсуждаться правила поведения и их смысл. Очень странно, что почти никто и никогда не обсуждает, почему в школе те или иные требования, правила поведения воспринимаются по умолчанию, а иногда вообще нигде не прописаны: можно ли опаздывать на урок или нет, что делать с теми, кто опоздал, можно ли пользоваться гаджетами, можно ли бегать на перемене или нельзя, если да, то где и с какой скоростью? Почему нельзя говорить на уроке? А если мне хочется? Почему нельзя встать и выйти без спросу, или, может, можно? Или, например, в старших классах, если ученику надо выйти, он не может просто встать и потихоньку выйти, не отвлекая класс от занятия?

Алгоритм введения правил в деятельность подростка с СДВГ

Во-первых, учить его систематизировать: как вести тетрадь, таблицы, списки, напоминания, алгоритмы, и чем больше вынесено вовне, тем лучше – например, ход решения задачи может быть расписан в специальной табличке. Сначала мы учим работать по внешним правилам, делаем это с помощью учителя, потом ребенок работает самостоятельно.

Во-вторых, очень важно планирование и отсутствие резких перемен – они озадачивают и ввергают в состояние дезориентации: где я, куда попал, что должен делать, почему именно это и именно сейчас. У детей должны быть четкие правила и понятные ожидания – за что можно получить двойку, тройку, пятерку, что будет, если я буду на уроке вскакивать и выкрикивать.

В-третьих, чем чаще мы даем гиперактивному ребенку обратную связь, тем лучше это работает, но она должна быть не репрессивной, не ругательной («Так, кто у меня там опять отвлекся?», «Кто там болтает на заднем ряду?»). Необходимо тихонечко подойти, секретным сигналом постучать по столу

(мол, ты опять отвлекся, возвращайся к действительности) – вот это работает. Похвалить, когда ученик что-то сделал хорошо, заметить, когда он хороший, сразу дать обратную связь. Она не обязана быть публичной, громкой, но маленькие сигналы, которые прямо сейчас помогают ребенку скорректировать свое поведение, очень помогают.

Помогают также таймеры и звуковые сигналы, причем таймер должен быть не репрессивной мерой («Вот вам 5 минут, кто не успел, тот опоздал») – мы учим по нему работать. «Сколько вам нужно времени на то, чтобы сделать это задание? Давайте попробуем пять минут». Заводим таймер – хорошо, если он механический, кухонный, в котором медленно ползет стрелка, это наглядно: ребенок видит сегмент времени, который постепенно сокращается, и понимает, сколько уже прошло и сколько осталось. Не уложился в пять минут – «Давай оценим, сколько тебе еще надо», учим отношениям со временем.

Некоторым гиперактивным подросткам 11-15-ти лет удобнее на уроке пользоваться электронной книгой, потому что в ней легче найти нужную страницу и нужное место по ключевым словам, некоторым нужна возможность сдавать тексты в печатном виде, особенно когда есть проблемы с моторикой, писчий спазм. Бывает, что легче сдавать домашние задания набранными на компьютере по электронной почте.

Необходимо учить детей выполнять большие домашние задания по стадиям: что делаем сейчас, что потом, потому что если мы это им дадим на месяц, то они вспомнят об этом в 11 вечера накануне сдачи, и виноватой окажется мама.

Цели и задачи нужно ставить в соответствии с возрастом и симптоматикой ребенка: для гиперактивного первоклассника физически невозможно сидеть смирно весь урок. Но мы можем поставить ему задачу, например, вскакивать и выходить из класса не больше двух раз за урок.

Важно, особенно когда дети получают какую-то долю самостоятельности (в 7-8-ом классах), обучать их планам ликвидации катастрофы. В конце

полугодия или в конце года бывает, что заплаканный ребенок говорит, что все пропало, он все завалил, будут двойки и незачеты по всем предметам. Иногда помогает просто создать план ликвидации этой катастрофы, иногда надо пообщаться с учителями, по предметам которых все запущено, обсудить, какие конкретно надо выполнить задания.

Зачастую имеет смысл выписать все долги в одну таблицу: что нужно сдать, к какому числу, чтобы был зачет. Надо посмотреть, какие для этого нужны усилия и что надо делать каждый день, чтобы этот зачет получить. И хорошо, чтобы у такого ребенка был один понимающий курирующий взрослый, который будет с ним это проходить каждый день, шаг за шагом, просто встречаться и уточнять, что уже сделано, а что нет.

По мере взросления у детей и подростков с СДВГ происходит редукция типичной симптоматики, характеризующейся импульсивностью, повышенной моторной активностью, невнимательностью, однако, нередко на ее месте возникает личностная и эмоционально-волевая патология, ведущая к нарушению социально-психологического функционирования. Даже во взрослом периоде могут сохраняться неспособность сосредоточиться и удерживать активное избирательное внимание, отвлекаемость на внешние раздражители, слабая саморегуляция поведения в трудных ситуациях, в условиях низкой мотивации или длительной монотонной деятельности. С возрастом проявления импульсивности способны трансформироваться в различные формы девиантного поведения. Таким образом, следует уделить самое пристальное внимание профилактике СДВГ и часто сопутствующих ему форм девиантного, в том числе противоправного, поведения у детей и подростков, обращая внимание на предотвращение семейной и школьной депривации детей с СДВГ.

4.1. Нормативное обеспечение социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в ходе реализации адаптированных образовательных программ

В рамках анализа нормативного, кадрового, методического обеспечения социально- бытовой адаптации детей-инвалидов в ходе реализации адаптированных образовательных программ было выявлено, что работа по организации социально-бытовой адаптации детей- инвалидов в образовательных организациях, реализующих адаптированные образовательные программы начального общего образования, являвшихся пилотными площадками по апробации ФГОС образования детей с ОВЗ в 2014-2015 гг., определяется двумя группами нормативных документов.

К первой группе относятся документы, определяющие особенности функционирования образовательной организации в качестве пилотной площадки:

региональная программа развития образования;

план-график мероприятий регионального уровня по организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов;

приказ Комитета или Департамента образования «Об организации работы пилотных площадок по апробации проекта федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях»;

порядок финансирования пилотной площадки;

положение о пилотной площадке по направлению «Распространение на всей территории Российской Федерации современных моделей успешной социализации детей»;

«Дорожная карта» пилотной площадки;

приказ об утверждении штатной структуры пилотной площадки;

приказ о распределении функциональных обязанностей сотрудников.

Данные документы регулируют организационно-управленческий механизм социально-бытовой адаптации, а именно определяют приоритеты деятельности образовательных организаций начального общего образования в соответствии с федеральной целевой программой «Распространение на всей

территории российской федерации современных моделей успешной социализации детей».

Ко второй группе нормативных документов относятся:

региональная программа развития образования;

план-график мероприятий регионального уровня по организации работы по социально- бытовой адаптации детей-инвалидов;

проект Концепции ФГОС;

федеральные государственные образовательные стандарты для различных категорий детей;

рекомендации по разработке алгоритма организации работы образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы в зависимости от нозологии детей-инвалидов;

документ органа государственной власти субъекта Российской Федерации, определяющий нормативные затраты на оказание государственной или муниципальной услуги в сфере образования по созданию специальных условий получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;

договор о сетевом взаимодействии общеобразовательного учреждения с ресурсными организациями для организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов;

план методической работы образовательной организации по апробации и введению ФГОС НОО с учетом мероприятий по внутришкольному повышению квалификации учителей с ориентацией на проблемы реализации ФГОС НОО;

рекомендации по разработке механизма оценки качества образования для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы с учетом компонента жизненной компетенции и

требованиями к результатам образования программ для каждой категории детей с ОВЗ в соответствии с вариантами ФГОС;

примерные адаптированные основные общеобразовательные программы начального общего образования;

учебные планы начального общего образования в соответствии с требованиями проекта стандарта ФГОС для обучающихся с детей с ограниченными возможностями здоровья;

программы и контрольные оценочные материалы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов, обучающихся в образовательных организациях, реализующих адаптированные образовательные программы начального общего образования.

Данные документы определяют теоретико-методологическую основу социально- бытовой адаптации обучающихся инвалидов, конкретизируют итоговые планируемые результаты и определяют стратегию и пути реализации стратегии социально-бытовой адаптации детей-инвалидов, обучающихся в образовательных организациях, реализующих адаптированные образовательные программы начального общего образования.

Анализ федерального законодательства, обеспечивающего социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов в ходе реализации адаптированных образовательных программ показал, что ключевым законодательным актом, определяющим обязанности государства в отношении людей с инвалидностью, является Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон о социальной защите инвалидов).

Согласно статье 1 Закона о социальной защите инвалидов к категории инвалид относятся лица, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

К категории «ребенок-инвалид» относятся лица расстройства функций организма которых наступили в возрасте до 18 лет.

Согласно данному закону, целью социальной защиты инвалидов признается создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества посредством создания условий для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности.

В соответствии с Законом о социальной защите инвалидов реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя:

медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Основанием для начала и проведения комплексной реабилитации или абилитации инвалида является индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно- правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Для инвалида индивидуальная программа реабилитации или абилитации имеет рекомендательный характер, и он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Государство поддерживает получение инвалидами образования и гарантирует создание инвалидам необходимых условий для его получения.

Поддержка общего образования, профессионального образования и профессионального обучения инвалидов направлена на:

осуществление ими прав и свобод человека наравне с другими гражданами;

развитие личности, индивидуальных способностей и возможностей;

интеграцию в общество.

Обеспечение реализации их права детей-инвалидов на качественное образование является одним из важнейших аспектов социально-бытовой адаптации.

Федеральной закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года (далее – Закон), комплексно регулирует отношения в сфере образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и устанавливает особенности организации образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья и детей- инвалидов.

Частью 16 статьи 2 ФЗ № 273 впервые в российской законодательной практике содержательно раскрыто понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий». Таким образом, категория «обучающийся с ОВЗ» определена не с точки зрения ограничений по здоровью, а с точки зрения необходимости создания специальных условий получения образования, исходя из решения коллегиального органа - психолого-медико-педагогической комиссии (далее - ПМПК).

Безусловно значимым для реализации прав детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов на получение образования является наличие в Законе отдельной статьи, касающейся организации получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья (статья 79 Закона).

В соответствии с данной статьей органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования с учетом рекомендаций ПМПК,

а для инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида организуется обучение, включая создание специальных условий в общеобразовательных организациях, реализующих как основные общеобразовательные программы, так и адаптированные основные общеобразовательные программы, как в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем ФЗ № 273 понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Необходимость создания специальных условий для ребенка с детей с ОВЗ и детей- инвалидов фиксируется в рекомендациях ПМПК в соответствии с приказом Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико- педагогической комиссии».

Зачисление в образовательные организации детей с ОВЗ и детей-инвалидов регламентируется порядками приема граждан на обучение по образовательной программе дошкольного образования, утвержденной приказом Минобрнауки России от 8 апреля 2014 г № 293 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам дошкольного образования», и программе общего образования, утвержденной

приказом Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», и осуществляется на основании личного заявления родителя (законного представителя) ребенка и заключения и рекомендаций ПМПК.

В рекомендациях ПМПК должна быть определена образовательная программа (основная образовательная программа начального, или основного, или среднего общего образования; вариант адаптированной основной образовательной программы начального, или основного, или среднего общего образования - ч. 2 ст. 79 ФЗ № 273; вариант адаптированной основной общеобразовательной программы обучающегося с умственной отсталостью; адаптированная образовательная программа или специальная индивидуальная образовательная программа развития, учитывающая особенности психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию обучающегося с ОВЗ, в том числе с умственной отсталостью, - п. 28 ст. 2 ФЗ № 27==; форма получения образования; необходимость периода динамического наблюдения; направления работы специалистов сопровождения (учитель-логопед, педагог-психолог, специальный психолог, учитель- дефектолог (олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог); условия прохождения государственной итоговой аттестации и др.

Заключение ПМПК ребенка с ОВЗ, как и индивидуальная программа реабилитации ребенка с инвалидностью, для родителей (законных представителей) носит заявительный характер (они имеют право не представлять эти документы в образовательные и иные организации). Вместе с тем представленное в образовательную организацию заключение ПМПК и/или ИПР является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и/или органами местного

самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией условий для обучения и воспитания детей, в том числе и для их социально-бытовой адаптации.

В соответствии с частью 11 статьи 13 ФЗ № 273 Минобрнауки России утверждены порядки организации и осуществления образовательной деятельности и устанавливаются требования к организациям, осуществляющим образовательную деятельность по основным общеобразовательным и дополнительным общеобразовательным программам, в том числе в части получения образования детьми-инвалидами и обучающимися с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья:

по основным общеобразовательным программам – приказы от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования» и № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», устанавливающие особенности организации образовательной деятельности для инвалидов и лиц с ОВЗ;

по дополнительным общеобразовательным программам - приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».

Для полноценной организации обучения детей-инвалидов в общеобразовательных учреждениях необходимо создание безбарьерной среды, обеспечивающей беспрепятственный доступ инвалидов в здания и помещения образовательной организации, а также реализация мероприятий по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в этих организациях.

В настоящее время в утвержденных Минобрнауки России федеральных государственных образовательных стандартах дошкольного образования, начального общего для обучающихся с ОВЗ, основного общего образования закреплена необходимость разработки и реализации общеобразовательной организацией программы коррекционной работы/коррекционно-развивающей области, направленной на обеспечение коррекции недостатков в развитии обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов и оказание им помощи в освоении образовательной программы.

В соответствии со статьей 42 № 273-ФЗ детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации должна быть оказана психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь.

В соответствии со статьей 8 Закона организация предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации относится к компетенции органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования.

Перечень нормативных актов федерального, регионального и муниципального уровней, регламентирующих организацию работы по социально-бытовой адаптации детей инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы

Нормативные акты федерального уровня

Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы».

Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Федеральный закон от 3 мая 2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Распоряжение Правительства РФ от 29 мая 2015 года № 996-р «Об утверждении Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года».

Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» (утв. Президентом Российской Федерации от 4 февраля 2010 года № Пр-27==;

Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10 июля 2015 г. № 2==.

О внесении изменений в СанПиН =1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 27 августа 2015 года № 41.

Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 г. Москва «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 года № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 года № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»

Приказ Минобрнауки России от 23 января 2014 года № 36 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования».

Приказ Минобрнауки России от 14 июля 2013 года № 464 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования».

Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 года № 1577 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. N 1897».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 года № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

Письмо Минобрнауки России от 31 июля 2014 г. № 08-1002 «О направлении методических рекомендаций» (Методические рекомендации по реализации полномочий субъектов Российской Федерации по финансовому обеспечению реализации прав граждан на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования).

Приказ Минобрнауки России от 22 декабря 2014 года № 1601 «О продолжительности рабочего времени (нормах часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников и о порядке определения учебной нагрузки педагогических работников, оговариваемой в трудовом договоре».

Приказ Минобрнауки России от 11 мая 2016 года № 536 «Об утверждении Особенностей режима рабочего времени и времени отдыха педагогических и иных работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность».

Приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».

Приказ Минобрнауки России от 12 марта 2014 г. № 177 «Об утверждении порядка и условий осуществления перевода обучающихся из одной организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, в другие организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам соответствующих уровня и направленности».

Приказ Минобрнауки России от 22 января 2014 года № 32 «Об утверждении порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

Приказ Минобрнауки России 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении Положение о психолого-медико-педагогической комиссии».

Приказ Минтруда России от 16 ноября 2015 года № 871н «Об утверждении профессионального стандарта «Сопровождающий инвалидов, лиц с ОВЗ и несовершеннолетних».

Приказ Минобрнауки России от 22 сентября 2015 года №1040 «Об утверждении общих требований к определению нормативных затрат на

оказание государственных (муниципальных услуг) в сфере образования, науки и молодежной политики, применяемых при расчете объема субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ) государственным (муниципальным) учреждением».

Приказ Минобрнауки России от 09 ноября 2015 года № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».

Постановление Правительства Российской Федерации от 10.0==2013 № 582 «Об утверждении правил размещения на официальном сайте образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об образовательной организации»;

Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 21.0==2011 № 86н «Об утверждении порядка предоставления информации государственным (муниципальным) учреждением, ее размещения на официальном сайте в сети Интернет и ведения указанного сайта»;

Документы федерального уровня, имеющие рекомендательный характер:

Письмо Минобрнауки России от 12 февраля 2016 года№ ВК-270/07 «Об обеспечении условий доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере образования».

Письмо Рособрнадзора от 16 апреля 2015 года № 01-50-174/07-1968 «О приеме на обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья».

Письмо Минобрнауки России от 9 апреля 2014 года № НТ-392/07 «Об итоговой аттестации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Письмо Минобрнауки России от 13 января 2016 года № ВК-15/07 «О направлении методических рекомендаций»(вместе с «Рекомендациями

Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей»).

Письмо Минобрнауки России от 2 февраля 2016 г. № ВК-163/07 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по подготовке и организации профессионального ориентирования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ в инклюзивных школах»).

Письмо Минобрнауки России от 13 ноября 2015 г. № 07-3735 «О направлении методических рекомендаций по выявлению и распространению наиболее эффективных практик образования детей с ограниченными возможностями здоровья»

Письмо Минобрнауки России от 10 февраля 2015 года № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Нормативные акты регионального уровня:

Региональная программа развития образования.

План-график мероприятий регионального уровня по организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов.

Рекомендации по разработке механизма оценки качества образования для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы с учетом компонента жизненной компетенции и требованиями к результатам образования программ для каждой категории детей с ОВЗ в соответствии с вариантами ФГОС.

Рекомендации по разработке алгоритма организации работы образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы образовательных организаций, реализующих

адаптированные образовательные программы в зависимости от нозологии детей-инвалидов.

Документ органа государственной власти субъекта Российской Федерации, определяющий нормативные затраты на оказание государственной или муниципальной услуги в сфере образования по созданию специальных условий получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (согласно Статьи 99, п.== ФЗ-27==.

Проект договора о сетевом взаимодействии общеобразовательного учреждения с ресурсными организациями для организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов.

Нормативные акты муниципального уровня

На муниципальном уровне должны быть утверждены:

План-график мероприятий муниципального уровня по организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы в общеобразовательных организациях муниципального образования.

Пакет нормативных документов, регламентирующих оказание ППМС-помощи обучающимся в образовательных организациях муниципального образования, ==Приказ «Об утверждении перечня услуг (работ) муниципальными казенными, бюджетными, автономными учреждениями при исполнении муниципального задания»;

Приказ «О порядке разработки и утверждении показателей, характеризующих качество предоставления услуг (выполнения работ) муниципальными казенными, бюджетными, автономными учреждениями при исполнении муниципального задания». При организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательных организациях, реализующих адаптированные образовательные программы в соответствии со статьями ФЗ № 273, прежде всего статьей 30, должно быть обеспечено отражение данного направления в локальных нормативных актах,

определяющих нормы образовательных отношений, в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством Российской Федерации в порядке, установленном ее уставом.

4.2. Рекомендации по организационному, кадровому, материально-техническому и методическому обеспечению по организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы

На этапе модернизации образования признано, что система обучения и воспитания детей-инвалидов должна обеспечивать не только оптимальный уровень образования каждому ребенку, но и готовить воспитанников к жизни в современном социуме. Этот подход основывается на современной стратегии развития системы образования, признании безусловной ценности любой человеческой личности для общества Современная парадигма социокультурного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья имеет гуманистическую направленность.

Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов в образовательных организациях представляет собой многоаспектный процесс, который заключается в приобретении или восстановлении утраченных навыков самообслуживания и деятельности в быту, взаимодействия с окружающими, адаптации к новым условиям в целом, а также специального обустройства помещений, которое должно быть комфортным и безопасным.

Обязательным условием работы по социально-бытовой адаптации является качественное образование и применение в образовательном процессе технологий коррекционно-реабилитационной работы.

Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов в образовательных организациях предусматривает:

социально-коммуникативную адаптацию;

социально-личностную адаптацию;

пространственно-средовую адаптацию.

Реализация данных направлений рассматривается нами в двух формах: активной, предполагающей усилия со стороны самого ребенка с инвалидностью и пассивной, представляющей собой комплекс внешних условий.

Методологической основой процесса социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательных организациях являются положения культурно-историческая концепция Л.С. Выготского согласно которой основным источником развития психики является среда, в которой психика формируется, а всеобщими моментами психического развития человека служат его обучение и воспитание, а также труды его последователей о роли специального обучения детей с отклонениями в развитии на различных возрастных этапах, о компенсации нарушенных функций, о принципе развивающего обучения, предполагающем учет зон актуального и ближайшего развития, а также деятельностная концепция учения и личностно ориентированный подход к ребенку.

В целях создания максимально эффективной системы социально-бытовой адаптации внутри образовательной организации должно быть обеспечено:

Применение разноуровневых адаптивных по годам обучения программ основного общего образования с различными сроками обучения;

применение адаптивных учебных планов в классах для детей, которые в силу ряда объективных и субъективных причин не могут освоить «академический» компонент содержания общего образования в полном объеме;

осуществление дифференцированного дополнительного образования, в кружках и секциях творческого, художественного, познавательного, спортивного направлений;

проведение индивидуальных и групповых коррекционных занятий;

развитие форм детского самоуправления;

реализация социализирующих программ интегрированной направленности;

Важное значение для социально-бытовой адаптации детей-инвалидов имеет проведение просветительской работы по формированию толерантного отношения к людям с инвалидностью и ОВЗ, в том числе среди обучающихся других образовательных организаций.

Для оптимизации учебного процесса большое внимание должно уделяться поиску адекватных педагогических технологий обучения.

Реализация потенциала каждого ребенка в плане социально-бытовой адаптации требует обеспечения преемственности в работе образовательных организаций разных уровней образования.

Эффективная комплексная мобилизация компенсаторных возможностей учащихся на фронтальных занятиях и индивидуальных занятиях, учет их психофизических особенностей обеспечивают индивидуализацию процесса овладения жизненными компетенциями.

Психолого-медико-педагогический консилиум образовательной организации является важным инструментом, определяющим направления и содержания социально-бытовой адаптации ребенка-инвалида. Консилиум несет ответственность за создание необходимых условий по адаптации образовательного пространства, которые предписаны в заключении ПМПК. Непосредственное участие в работе консилиума принимают родители (законные представители ребенка). В ходе работы консилиума проводится всестороннее психолого- педагогическое обследование детей с целью выявления их возможностей и особых образовательных потребностей, рисков и ограничений адаптации и социализации обсуждаются вопросы касающиеся определения стратегии социально-бытовой адаптации ребенка в образовательном процессе, вырабатываются совместные рекомендации для каждого специалиста, работающего в школе с данным учеником, в том числе и в плане социально-бытовой адаптации, формулируются рекомендации по составлению образовательного маршрута ребенка, в том числе специальной индивидуальной программы при необходимости, направленной на формирование жизненной компетентности ребенка, овладение средствами

коммуникации, нормализацию его образа жизни, реализацию возможностей ребенка в обучении, в том числе в овладении основами знаний по предметам с учетом его актуального уровня развития и потенциальных возможностей развития с учетом уровня психического развития, индивидуальных особенностей, а в дальнейшем осуществляется мониторинг динамики развития обучающихся, достижения планируемых результатов коррекционно-развивающей работы.

В плане формирования жизненных компетенций у детей, обучающихся по СИПР для мониторинга педагогического процесса 2 раза в год в СИПР отражается сформированность представлений, умений и навыков обучающихся, отмечается степень их самостоятельности. В ходе мониторинга специалисты образовательной организации оценивают уровень сформированности представлений, действий/операций, внесенных в СИПР. Например, «выполняет действие самостоятельно», «выполняет действие по инструкции» (вербальной или невербальной), «выполняет действие по образцу», «выполняет действие с частичной физической помощью», «выполняет действие со значительной физической помощью», «действие не выполняет»; представление: «узнает объект», «не всегда узнает объект» (ситуативно), «не узнает объект».

В конце учебного года на основе анализа данных на каждого учащегося составляется характеристика, делаются выводы и ставятся задачи для СИПР на следующий год. В целях информирования о результатах обучения детей их родителям (законным представителям) направляется информационное письмо, отражающее содержание предоставленной в течение учебного года психолого-педагогической помощи ребенку, динамику развития и оценку сотрудничества учреждения и семьи по вопросам воспитания и обучения ребенка, в том числе по вопросам социально-бытовой адаптации.

Важное значение в плане развития социально-бытовой адаптации детей-инвалидов имеет проведение консультирования родителей по вопросам особенностей развития, социализации и обучения детей-инвалидов, вопросам

оптимизации семейного воспитания, знакомство с представлениями и овладения навыками эффективного взаимодействия с детьми, адаптации, обучения и социализации. Эффективными формами работы в данном направлении являются не только консультации, но и общение в рамках родительских/ детско-родительские групп и клубов, детско-родительские группы.

План социализирующих мероприятий для детей-инвалидов в образовательных организациях должен включать как развитие внутришкольной социальной среды, специальной организации всей жизни обучающегося, обеспечивающей развитие его жизненной компетенции в условиях образовательной организации и в семье, но и непосредственное участие ребенка в мероприятиях интеграционного характера.

Данные мероприятия помимо формирования активной формы социально-бытовой адаптации предполагают реализацию механизмов пассивной адаптации, касающихся формирования толерантного отношения к людям с инвалидностью и ОВЗ.

Кадровое обеспечение социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательных организациях осуществляется с учетом приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования»), а также с учетом приказа Минтруда России от 18 октября 2013 г. № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)». Затраты на дополнительное профессиональное образование педагогов с целью достижения необходимого уровня и спецификации закладываются на региональном и муниципальном уровнях в нормативные затраты на оказание государственных и муниципальных услуг, приказом

Минтруда России от 24 июля 2015 г. № 514н «Об утверждении профессионального стандарта «педагог- психолог (психолог в сфере образования)».

В штат специалистов образовательной организации, осуществляющей работу по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в контексте реализации АООП НОО и ОВЗ АООП О у/о должны входить руководящие, педагогические и иные работники, имеющие уровень образования и квалификации, определенный для каждой занимаемой должности с ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ и у/о. При необходимости образовательная организация может использовать сетевые формы при организации работы по социально- бытовой адаптации детей-инвалидов, которые позволят привлечь специалистов других организаций к работе с обучающимися для удовлетворения их особых образовательных потребностей.

Педагоги образовательной организации должны иметь высшее профессиональное образование по одному из вариантов программ подготовки: а) по направлению «Специальное (дефектологическое) образование» по образовательным программам подготовки олигофренопедагога, тифлопедагога, сурдопедагога, учителя-логопеда; б) по специальностям «Олигофренопедагогика», «Тифлопедагогика», «Сурдопедагогика», «Логопедия»; в) по педагогическим специальностям или по направлениям («Педагогическое образование», «Психолого-педагогическое образование») с обязательным прохождением профессиональной переподготовки по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

Педагог-психолог должен иметь высшее профессиональное образование по одному из вариантов программ подготовки: а) по специальности «Специальная психология»; б) по направлению «Педагогика» по образовательным программам подготовки бакалавра или магистра в области психологического сопровождения образования лиц с ОВЗ; в) по направлению «Специальное (дефектологическое) образование» по образовательным

программам подготовки бакалавра или магистра в области психологического сопровождения образования лиц с ОВЗ; г) по педагогическим специальностям или по направлениям («Педагогическое образование», «Психолого-педагогическое образование») с обязательным прохождением профессиональной переподготовки в области специальной психологии.

Учитель-логопед должен иметь высшее профессиональное образование по одному из вариантов программ подготовки: а) по специальности «Логопедия»; б) по направлению «Специальное (дефектологическое) образование» по образовательным программам подготовки бакалавра или магистра в области логопедии; в) по педагогическим специальностям или по направлениям («Педагогическое образование», «Психолого- педагогическое образование») с обязательным прохождением профессиональной переподготовки в области логопедии.

Воспитатели должны иметь высшее или среднее профессиональное образование по педагогическим специальностям с обязательным прохождением профессиональной пере- подготовки или повышением квалификации в области специальной педагогики или спе- циальной психологии, подтвержденной удостоверением о повышении квалификации или дипломом о профессиональной переподготовке.

Педагог дополнительного образования должен иметь высшее профессиональное образование или среднее профессиональное образование в области, соответствующей профилю кружка, секции, студии, клубного и иного детского объединения без предъявления требований к стажу работы; либо высшее профессиональное образование или среднее профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование по направлению «Образование и педагогика» без предъявления требований к стажу работы.

Тьютор должен иметь высшее профессиональное педагогическое образование и диплом установленного образца о профессиональной переподготовке по соответствующей программе.

Ассистент (помощник)1 должен иметь образование не ниже среднего общего и пройти соответствующую программу подготовки.

Организация имеет право включать в штатное расписание специалистов по информационно-технической поддержке реализации, имеющих соответствующую квалификацию.

4.3. Материально-техническое обеспечение работы по организации социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательных организациях (с учетом нозологий)

Материально-техническое обеспечение работы по организации социально-бытовой адаптации детей-инвалидов имеет целью адаптацию образовательного пространства в соответствии с потребностями детей-инвалидов (с учетом нозологий), обеспечение ребенка- инвалида оборудованием и вспомогательными устройствами, информационное оснащение процесса социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательной организации.

ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О у/о определяют требования к материально-техническому обеспечению как общие характеристики инфраструктуры образовательной организации. Материально-технические условия реализации, адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ должны обеспечивать:

возможность достижения обучающимися с ОВЗ установленных стандартом требований к результатам освоения адаптированной основной образовательной программы начального общего образования;

соблюдение:

санитарно-гигиенических норм образовательного процесса (требования к водоснабжению, канализации, освещению, воздушно-тепловому режиму и т.д.);

санитарно-бытовых условий (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены и т.д.);

социально-бытовых условий (наличие оборудованного рабочего места, учительской, комнаты психологической разгрузки и т.д.);

пожарной и электробезопасности;

требований охраны труда;

своевременных сроков и необходимых объемов текущего и капитального ремонта;

возможность для беспрепятственного доступа обучающихся к информации, объектам инфраструктуры образовательного учреждения.

Материально-техническое обеспечение социально-бытовой адаптации в образовательных организациях должно соответствовать как ряду общих характеристик инфраструктуры образовательной организации в соответствии с требованиями ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О у/о, так и особым в зависимости от нозологии инвалидности.

Пространство (прежде всего здание и прилегающая территория), в котором осуществляется образование детей-инвалидов, должно соответствовать общим требованиям, предъявляемым к образовательным организациям, в частности к:

соблюдению санитарно-гигиенических норм образовательного процесса;

обеспечению санитарно-бытовых и социально-бытовых условий;

соблюдению пожарной и электробезопасности;

соблюдению требований охраны труда;

соблюдению своевременных сроков и необходимых объемов текущего и капитального ремонта и др.

Материально-техническое обеспечение должна соответствовать действующим санитарным и противопожарным нормам, нормам охраны труда работников образовательных учреждениям, предъявляемым к:

участку (территории) и зданию образовательного учреждения;

помещениям библиотек, актовому и физкультурному залу, залу для проведения музыкально-ритмических занятий, лечебной физкультуре;

помещениям для осуществления образовательного и коррекционно-развивающего процессов: классам, кабинетам учителя-дефектолога, педагога-психолога и др. специалистов, структура которых должна обеспечивать возможность для организации разных форм урочной и внеурочной деятельности;

трудовым мастерским (размеры помещения, необходимое оборудование в соответствии с реализуемым профилем (профилями) трудового обучения);

кабинетам медицинского назначения;

помещениям для питания обучающихся, а также для хранения и приготовления пищи, обеспечивающим возможность организации качественного горячего питания;

туалетам, душевым, коридорам и другим помещениям.

Учебные кабинеты образовательной организации, в которой обучаются дети с инвалидностью, должны включать рабочие, игровые зоны и зоны для индивидуальных занятий, структура которых должна обеспечивать возможность организации урочной, внеурочной учебной деятельности и отдыха.

В образовательной организации должны быть кабинеты специалистов (педагога- психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда и др.), помещения для физкультурно- оздоровительной и лечебно-профилактической работы, медицинский кабинет, помещение библиотеки (наличие читального зала, медиатеки); помещение для питания обучающихся; помещения, предназначенные для занятий музыкой, изобразительным искусством, хореографией, техническим творчеством, естественно-научными исследованиями; актовый зал; спортивный зал; площадка на территории образовательной организации для занятий и прогулок на свежем воздухе.

Под особой организацией образовательного пространства для ребенка-инвалида по слуху понимается создание комфортных условий для слухо-зрительного и слухового восприятия устной речи. Среди них:

расположение обучающегося в классе или другом помещении при проведении коллективных мероприятий,

продуманность освещенности лица говорящего и фона за ним,

использование современной электроакустической, в том числе звукоусиливающей аппаратуры, а также аппаратуры, позволяющей лучше видеть происходящее на расстоянии (проецирование на большой экран),

регулирование уровня шума в помещениях,

наличие текстовой информации, представленной в виде печатных таблиц на стендах или электронных носителях, предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия приборов, кабинетов и учебных классов;

дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;

обеспечение беспроводным оборудованием (на радиопринципе или инфракрасном излучении) при постоянном пользовании глухими детьми индивидуальными слуховыми аппаратами или кохлеарным имплантами (или кохлеарным имплантом и индивидуальным слуховым аппаратом) с учетом медицинских показаний; в классных помещениях необходимо предусмотреть специальные места для хранения FM–систем, зарядных устройств, батареек.

Обязательный учет данных условий требует специальной организации образовательного пространства при проведении любого рода мероприятий во всех учебных и внеучебных помещениях (включая коридоры, холлы, залы и др.), а также при проведении внешкольных и выездных мероприятий.

Организация рабочего пространства ребенка с ОВЗ осуществляется с использованием здоровьесберегающих технологий. Номер парты подбирается тщательно, в соответствии с ростом ученика, что обеспечивает

возможность поддерживать правильную позу. Парта должна иметь хорошее освещение. Необходимо учесть, какой рукой пишет ребенок: если ведущая рука правая, то свет на рабочую поверхность должен падать слева, а если ребенок левша, тогда стол лучше установить возле окна так, чтобы свет падал справа. Необходимые школьные учебники должны находиться на расстоянии вытянутой руки; обязательно пользоваться подставкой для книг. С парты должен открываться прямой доступ к информации, расположенной на доске, информационных стендах и пр.

Для реализации специальных условий обучения школьников с нарушением слуха в условиях реализации нового федерального государственного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в образовательной организации создается полифункциональная образовательная среда. Компоненты пространства полифункциональной среды позволят организовать траекторию сопровождения каждого школьника, исходя из принципа «оптимизма и веры в здоровые силы ребенка». Остановимся на некоторых компонентах.

Архитектурное пространство всей образовательной организации:

Наличие бегущей строки для информационного обеспечения чрезвычайных и штатных ситуаций во всех классах, в рекреациях, в столовой, спортивном и актовом залах.

Световая индикация начала и окончания урока в классах и помещениях общего пользования (залы, рекреации, столовая, библиотека и т.д.); световое оповещение пожарной сигнализации и сигнала тревоги; информационно-световые табло, бегущие строки во всех помещениях образовательной организации.

Стенды на стенах образовательного учреждения с представлением на них наглядного материала о внутришкольных правилах поведения, правилах безопасного поведения и т.д.

Мобильный Интернет, «Skype», «Veber», «Camfrog» для обмена сообщениями с родителями, сверстниками, получения необходимой информации.

Специальное оборудование помещений:

Мультимедийное оборудование для групповых и индивидуальных занятий: SMART- доска/SMART- столик/интерактивная плазменная панель с программным обеспечением к ним.

Звукоусиливающая аппаратура коллективного пользования (стационарная проводная или беспроводная, например, FM- системы); стационарная аппаратура индивидуального пользования, визуальные приборы и специальные компьютерные программы для работы над произношением; с учетом медицинских показаний обучающимся обеспечивается.бинауральное слухопротезирование.

Учебно-методические и иные раздаточные материалы в доступных форматах (электронном, видеоформате).

Услуги (в случае необходимости) тьютора, ассистента (сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика), осуществление сурдосопровождения (в случае необходимости) глухих школьников для осуществления психолого-педагогической поддержки, при проведении общешкольных мероприятий, общения с глухими родителями.

Учебное пространство представляется организацией адекватного комфортного обучения школьников через осуществление индивидуального клинико-психолого- педагогического подхода в урочной и внеурочной деятельности; организацией психолого- педагогического сопровождения в учебное время; организацией динамического наблюдения за успешностью сопровождения силами обучающихся школьного медико-психолого-педагогического консилиума; проектированием индивидуальных маршрутов обучения и сценариев социализации.

Учебное пространство строится на принципах:

изучение контингента обучающихся с нарушениями слуха для учета реальных учебных возможностей каждого из них;

уровневой дифференциации учебно-воспитательного процесса;

подбора педагогических технологий;

отбора программного содержания;

организация адекватного комфортного обучения через научно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса с учетом учебных возможностей и психофизических особенностей глухих школьников;

создание адекватных инновационных педагогических технологий учебной деятельности в диаде «учитель-ученик»; осуществление на постоянной основе системы сбора передовых технологий обучения, создание адекватных учебных материалов: рабочих тетрадей, учебников, учебных пособий, электронных учебников, мультимедийных учебных пособий.

доступное обеспечение элементами планирования учителя: учебно-методические комплексы и рабочие программы по предметным областям основного общего образования через представление на информационных ресурсах образовательных организаций (сайты, электронные учительские) как очного, так и по необходимости дистанционного обучения школьника, имеющего нарушения слуха.

Коррекционное пространство реализуется через: индивидуальные занятия по развитию речевого слуха и формированию произносительной стороны речи; фронтальные занятия по развитию слухового восприятия и технике речи, музыкально – ритмические занятия, дополнительные коррекционные занятия по коррекции познавательной деятельности и пространственно-временной сферы, микро- и макромоторики;

Дополнительное образовательное пространство может быть представлено учебным планом, составленным из расчета 4 часа на каждого воспитанника, что позволяет осуществить в каждой образовательной организации от 10 до 30 программ художественной, творческой и спортивной направленности.

Информационное обеспечение включает необходимую нормативно-правовую базу образования глухих обучающихся с легкой и тяжелой формой умственной отсталости и характеристики предполагаемых информационных связей участников образовательного процесса.

Должны быть созданы условия для функционирования современной информационно- образовательной среды, включающей электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технических средств (в том числе, флеш-тренажеров, инструментов Wiki, цифровых видео-материалов и др.), обеспечивающих достижение каждым обучающимся максимально возможных для него результатов освоения адаптированной основной образовательной программы.

Информационно-образовательная среда образовательной организации должна включать в себя совокупность технологических средств (компьютеры, мультимедийные проекторы с экранами, интерактивные доски, базы данных, коммуникационные каналы, программные продукты и др.), культурные и организационные формы информационного взаимодействия, компетентных участников образовательного процесса в решении учебно-познавательных и профессиональных задач с применением информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), а также наличие служб поддержки применения ИКТ.

Информационно-образовательная среда образовательной организации должна обеспечивать возможность осуществлять в электронной (цифровой) форме следующие виды деятельности:

планирование образовательного процесса;

размещение и сохранение материалов образовательного процесса, в том числе

работ обучающихся и педагогов, используемых участниками образовательного процесса информационных ресурсов;

фиксацию хода образовательного процесса и результатов освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования обучающихся;

взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе – дистанционное посредством сети Интернет, возможность использования данных, формируемых в ходе образовательного процесса для решения задач управления образовательной деятельностью;

контролируемый доступ участников образовательного процесса к информационным образовательным ресурсам в сети Интернет (ограничение доступа к информации, несовместимой с задачами духовно-нравственного развития и воспитания обучающихся);

взаимодействие образовательной организации с органами, осуществляющими управление в сфере образования и с другими образовательными учреждениями, организациями.

Функционирование информационной образовательной среды обеспечивается средствами ИКТ и квалификацией работников ее использующих. Функционирование информационной образовательной среды должно соответствовать законодательству Российской Федерации

Образовательная организация имеет право включать в штатное расписание специалистов по информационно-технической поддержке образовательной деятельности, имеющих соответствующую квалификацию. Образовательная организация также имеет право включать в штатное расписание инженера, имеющего соответствующую квалификацию для обслуживания электроакустической аппаратуры фронтального и индивидуального пользования.

Организации, осуществляющие образовательную деятельность, вправе применять электронное обучение, дистанционные образовательные технологии при реализации образовательных программ в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно- правовому регулированию в сфере образования.

При реализации общеобразовательных программ с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в организации, осуществляющей образовательную деятельность, должны быть созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся.

Для глухих и слабослышащих обучающихся предусматриваются определенные формы социальной и образовательной интеграции, учитывающие особенности и возможности обучающихся. Это требует координации действий, обязательного, регулярного и качественного взаимодействия специалистов, работающих как с глухими обучающимися, так и с их сверстниками с нормальным слухом. Для тех и других специалистов предусматривается возможность обратиться к информационным ресурсам в сфере специальной психологии и коррекционной педагогики, включая электронные библиотеки, порталы и сайты, дистанционный консультативный сервис, получить индивидуальную консультацию квалифицированных профильных специалистов. Также предусматривается организация регулярного обмена информацией между специалистами разного профиля, специалистами и семьей, включая сетевые ресурсы и технологии.

Требования к организации пространства

Материально-технические условия реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования должны обеспечивать:

возможность достижения обучающимися установленных Стандартом требований к результатам освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования глухих обучающихся;

соблюдение: санитарно-гигиенических норм образовательного процесса (требования к водоснабжению, канализации, освещению, воздушно-тепловому режиму и т. д.); санитарно-бытовых условий (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены и т. д.); социально-бытовых условий (наличие оборудованного рабочего места, учительской, комнаты психологической разгрузки и т.д.); пожарной и электробезопасности; требований охраны труда; своевременных сроков и необходимых объемов текущего и капитального ремонта.

возможность для беспрепятственного доступа обучающихся к информации, объектам инфраструктуры образовательного учреждения==

Важным условием организации пространства, в котором обучаются обучающиеся с нарушением слуха, является:

наличие текстовой информации, представленной в виде печатных таблиц на стендах или электронных носителях, предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия приборов, кабинетов и учебных классов;

дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

Образовательная организация должна содержать оборудованные комфортные помещения, включая учебные кабинеты, специальные кабинеты для фронтальных и индивидуальных занятий по развитию слухового восприятия

и обучению произношению, музыкально – ритмических занятий, кабинеты психологов и психологической разгрузки, кабинет информатики, спальни, столовую, спортивный зал, санитарные, игровые и бытовые комнаты и др.

Необходима продуманность освещенности лица говорящего и фона за ним, использование современной электроакустической, в том числе звукоусиливающей аппаратуры, а также аппаратуры, позволяющей лучше видеть происходящее на расстоянии (проецирование на большой экран).

Учебные кабинеты, включая кабинеты начальных классов, кабинеты для фронтальных и индивидуальных занятий по развитию слухового восприятия и произносительной стороны речи, для музыкально – ритмических занятий, оборудуются звукоусиливающей аппаратурой, отвечающей современным аудиологическим и сурдопедагогическим требованиям, способствующей развитию слухового восприятия обучающихся; в образовательной организации необходимо иметь приборы для исследования слуха - тональный и речевой аудиометры.

В течение всего учебного дня и во внеурочное время ребёнок должен пользоваться слуховыми аппаратами с учетом медицинских рекомендаций.

В классных помещениях необходимо предусмотреть специальные места для хранения FM –систем, зарядных устройств, батареек и др.

Организация временного режима обучения

Временной режим образования глухих обучающихся с интеллектуальной недостаточностью (учебный год, учебная неделя, день) устанавливается в соответствии с законодательно закрепленными нормативами (ФЗ «Об образовании в РФ», СанПиН, приказы Министерства образования и науки РФ и др.), а также локальными актами образовательной организации.

Продолжительность учебных занятий не должна превышать 40 минут. При определении продолжительности занятий в 1-м классе используется «ступенчатый» режим обучения: в первом полугодии (в сентябре, октябре − по 3 урока в день по 35 минут каждый, в ноябре-декабре − по 4 урока по 35

минут каждый; январь-май − по 4 урока по 40 минут каждый)6; Продолжительность учебной недели – 5 дней. Пятидневная рабочая неделя устанавливается в целях сохранения и укрепления здоровья обучающихся. Обучение проходит в одну смену.

Учебный день включает в себя специально организованные занятия / уроки, а также паузу, время прогулки, выполнение домашних заданий. Обучение и воспитание происходит, как в ходе занятий / уроков, так и во время другой (внеурочной) деятельности обучающегося в течение учебного дня.

В содержание физкультурных минуток обязательно включаются упражнения на снятие зрительного напряжения, на предупреждение зрительного утомления, на активизацию зрительной системы, так как большая часть информации глухим ребенком с легкой и глубокой формой умственной отсталости воспринимается слухо-зрительно.

На уроках необходимо также использовать FM-системы. При организации прогулок и экскурсий ребёнок также должен пользоваться слуховыми аппаратами.

В обучении глухого обучающегося с интеллектуальной недостаточностью особое внимание уделяется оборудованию рабочего места. Желательна одноместная парта, которая имеет стационарное крепление на полу. Номер парты подбирается тщательно, в соответствии с ростом ученика, что обеспечивает возможность поддерживать правильную позу. Парта должна иметь хорошее освещение. Необходимо учесть, какой рукой пишет ребенок: если ведущая рука – правая, то свет на рабочую поверхность должен падать слева, а если ребенок левша, тогда стол лучше установить возле окна так, чтобы свет падал справа. Необходимые школьные учебники должны находиться на расстоянии вытянутой руки; обязательно пользоваться подставкой для книг. С парты должен открываться прямой доступ к информации, расположенной на доске, информационных стендах и пр. В поле зрения неслышащего обучающегося всегда должно находиться лицо педагога.

Парта ученика с нарушением слуха должна занимать в классе такое положение, чтобы сидящий за ней ребенок мог видеть лицо учителя и лица большинства сверстников. Рабочее место ребенка должно быть хорошо освещено. На парте ребенка предусматривается размещение специальной конструкции, планшетной доски, используемой в ситуациях предъявления незнакомых слов, терминов, необходимости дополнительной индивидуальной помощи со стороны учителя класса. Обязательным условием к организации рабочего места обучающегося является расположение в классных помещениях парт полукругом, чтобы дети могли всегда держать в поле зрения педагога, видеть его лицо, артикуляцию и жесты, иметь возможность воспринимать информацию слухо-зрительно, на слух, путем чтения с лица и видеть фон за педагогом.

К техническим средствам обучения глухих обучающихся с легкой формой умственной отсталости, ориентированных на их особые образовательные потребности, относятся: звукоусиливающая стационарная проводная аппаратура коллективного и индивидуального пользования (с дополнительной комплектацией вибротактильными устройствами), беспроводная аппаратура, например, FM - система; индивидуальные слуховые аппараты различных моделей; кохлеарные импланты; специальные визуальные приборы, способствующие работе над произносительной стороной речи; специальные компьютерные обучающие программы («Видимая речь», «Мир за твоим окном», «Текстовый редактор» «Мой добрый друг Слоненок» и др.).

Освоение начального общего образования (варианты 1.3, 1.== осуществляется по специальным учебникам, рабочим тетрадям, дидактическим материалам, компьютерному инструменту, предназначенным для образовательных организаций, обучающих глухих школьников. Образовательная организация должна быть обеспечена учебниками и (или) учебниками с электронными приложениями, являющимися их составной частью, учебно- методической литературой и материалами по всем учебным

предметам адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования.

При организации обучения для глухих обучающихся с легкой и тяжелой формой умственной отсталости используются различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии, электронное обучение==

Развитие социальной адаптации у обучающихся в целом с РАС не требует какого-то особенного оборудования или специальных устройств, основные отличия связаны с очень большим разбросом (как в выраженности отклонений, так и в их качестве) в развитии различных функций, в усвоении умений и навыков, в возможности формирования компетенций.

Очень важно предусмотреть для педагога возможность обоснованного выбора направления работы, подбора необходимых материалов, создания организационных возможностей, обеспечивающих решение требуемых задач с наибольшей эффективностью.

Информационное оснащение образовательного процесса должно обеспечивать возможность создания и использования информации (в том числе запись и обработка изображений и звука, выступления с аудио-, видеосопровождением и графическим сопровождением, общение в сети Интернет и др.) и предусматривать размещения на официальном сайте учреждения актуальной информации о реализуемой работе по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательных организациях и адаптированной к потребностям пользователей с ОВЗ.

Все специалисты, вовлечённые в процесс социально-бытовой адаптации детей- инвалидов должны иметь доступ к организационной технике, либо специальному ресурсному центру в образовательном учреждении, где можно осуществлять подготовку необходимых индивидуализированных материалов для процесса обучения ребёнка.

Должна быть обеспечена материально техническая поддержка процесса координации и взаимодействия специалистов разного профиля и родителей,

вовлечённых в процесс образования информационно-техническими средствами (доступ в интернет, скайп и др.).

4.4. Перечень оборудования и вспомогательных устройств, необходимых для социально- бытовой адаптации детей-инвалидов

1. Средства ориентирования

Трости тактильные и опорные (жесткие, не складные; складные, телескопические); для слепых они окрашены в белый цвет, а для слепоглухих дополнительно имеют еще красные полосы.

Наконечники для трости

Часы

Часы для слабовидящих (они имеют яркую индикацию) Часы наручные электронные говорящие

Часы-будильник говорящий с термометром Часы брайлевские

Часы-будильник говорящий

Часы-будильник с вибратором

2. Аудиотехника

Магнитола для чтения «говорящих книг» Радиоприемники

Калькулятор говорящий Усилитель речи «Комментатор»

Звуковой сигнализатор на пешеходном переходе

Телефонный аппарат с увеличенными клавишами для слабовидящих

3. Учебная тифлотехника

Грифели для письма по Брайлю

Линейка, треугольники, транспортиры брайлевские Шеститочие брайлевское

Азбука-колодка по Брайлю

Приборы для письма по Брайлю

Машинка для письма по Брайлю

Прибор для рельефного рисования

Рельефно-графические пособия

4. Брайлевские дисплеи, принтеры и программное обеспечение к ним

Бытовая тифлотехника

Тонометр с речевым выходом

Термометр с речевым выходом

Дозиметр с речевым выходом

Иглы для незрячих

Иглы для слабовидящих

Перечница-дозатор

Сахарница-дозатор

Машинка для заточки ножей незрячими

Нож-дозатор

Метр металлический складной для незрячих

Мера портняжная для незрячих с рельефными делениями Контейнер с брайлевской индикацией для лекарств

Весы бытовые говорящие

5. Игры для незрячих

Игра для слепых и слабовидящих «Ранжир»

Шашки для незрячих

Шахматы для незрячих

Оптические средства реабилитации Лупы

Перечень оборудования и вспомогательных устройств, необходимых для социально- бытовой адаптации глухих и тугоухих

1. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления. Существуют разные классификации слуховых аппаратов, основанные на различных признаках:

по типу преобразования звуковых сигналов- аналоговые (традиционные, автоматические, программируемые)и цифровые слуховые аппараты, - по расположению на теле пациента — карманные, заушные, внутри ушные, в очковой оправе, имплантируемые;

по мощности — слабые, средней мощности, мощные, супермощные

по типу проведения звука — СА воздушной и костной проводимости

Подчеркнем, что на современном этапе одной из наиболее эффективных технологий комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации лиц с тяжелыми нарушениями слуха является кохлеарная имплантация.

2. Сигнализаторы звука световые и вибрационные. К сигнализаторам звука относятся устройства различного типа и вида:

сигнализирующие устройства, предназначенные для подключения к телефону (факсу), дверному звонку, будильнику для дублирования звукового сигнала световым;

сигнализирующие устройства, предназначенные для подключения к будильнику для дублирования звукового сигнала вибрационным;

индикатор телефонного вызова (телефонный сигнализатор) с возможностью подключения комнатного светильника; световой сигнализатор детского плача со встроенным передатчиком; световой сигнализатор дверного звонка; будильник со световой, вибрационной индикацией; детектор дыма со световой индикацией.

3. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами, носители видеоинформации с субтитрами.
4. Телефонное устройство с текстовым выходом.
5. Голосообразующий аппарат (различных модификаций); переговорное устройство внутреннее (различных модификаций) для лиц с нарушением функции голосообразования; устройство синтезированной речи (различных модификаций) выдаются при заболеваниях, врожденных аномалиях, последствиях травм органов речи для восстановления функции голосообразования.

Перечень оборудования и вспомогательных устройств, необходимых для социально- бытовой адаптации детей-инвалидов с НОДА

При организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов с НОДА необходимо предусмотреть как обеспечение беспрепятственного доступа обучающихся с НОДА ко всем объектам инфраструктуры образовательной организации путем установки пандусов, лифтов, подъемников, поручней, широких дверных проемов, так и овладение навыками самообслуживания, гигиены с использованием специального оборудования и вспомогательных устройств.

Индивидуальные технические средства передвижения (кресла-коляски, ходунки, вертикализаторы и др.);

Банная щетка (мочалка) с удлиненной ручкой. Рычаг для управления водопроводным краном.

Устройство для подачи жидкого мыла. Устройство для подачи зубной пасты. Зубная щетка с длинной ручкой.

Расческа с длинной изогнутой ручкой.

Унитаз с механизмом регулирования высоты сиденья. Поручень фигурный (правый – левый) для унитаза.

Держатель туалетной бумаги.

Противоскользящее напольное покрытие (коврик). Горизонтальный поручень настенный.

Плита электрическая с рычажными насадками на вентили (краны). Стол кухонный с регулируемой высотой.

Шкаф напольный для кухонной утвари.

Шкаф навесной, доступный по высоте для инвалида в кресло-коляске. Кресло рабочее с регулируемой высотой.

Фиксирующая доска (с присосками). Щетка для мытья овощей.

Приспособление для чистки овощей.

Вспомогательное устройство для резки твердых продуктов с регулируемой рамкой. Кухонный нож, фиксированный на доске (столе).

Дозированная кружка для сыпучих продуктов. Дозированная емкость для жидкостей.

Приспособления для открывания банок.

Набор держателей для чайника, кастрюли, сковородки, терки. Чайная посуда с двумя ручками, изогнутыми ручками.

Набор кухонной посуды для приготовления пищи. Мойка с рычажным управлением кранами:

Насадка для чистки овощей Насадка для мытья посуды.

Стол обеденный (с выемкой) для инвалида на кресло-коляске. Подставка, препятствующая скольжению тарелки.

Тарелка с глубоким дном для еды без помощи рук. Обеденные тарелки с утяжеленным дном.

Подставка для яйца на присоске. Вилка с зажимом.

Держатель для столовых приборов.

Специальная ложка для правой руки. Специальная ложка для левой руки.

Столовый прибор (3 предмета) с длинными ручками и массивным сечением. Вешалка для одежды.

Удлинитель дверной ручки.

Универсальный держатель (для поворота дверного ключа). Комплект для подметания пола.

Захват для поднятия предмета с пола, доставания с полки.

Приспособление для открывания – закрывания форточки (фрамуги), раздвижения штор. Держатель телефонной трубки.

Приспособление для надевания и снимания чулок. Приспособление для надевания обуви.

Приспособление для застегивания пуговиц, молнии. Поручень настенный вертикальный.

Персональный компьютер или сенсорный планшет

Специальная клавиатура

Контактор, заменяющий мышь, джойстик, трекбол

Специализированные компьютерные инструменты обучения, мультимедийные средства(в том числе, флеш-тренажеров, инструментов Wiki, цифровых видео материалов и др.)

Перечень оборудования и вспомогательных устройств, необходимых для социально- бытовой адаптации детей-инвалидов с умственной отсталостью

Иллюстрированные художественные книги.

Интерактивные книги, книжки-игрушки, развивающие книги с элементами программирования, интерактивного взаимодействия, ориентированных на развитие мелкой моторики, восприятия, усидчивости и пр.

Детские научно-популярные книги, картинные словари по социокультурным нормам.

Видеотека детских художественных фильмов, фильмов о природе, безопасности жизнедеятельности, другим аспектам взаимодействия ребенка с окружающей действительностью.

Учебно-развивающие настольные и компьютерные игры, а также игры и компьютерные программы, разработанных специально для данной категории детей.

Ручной инструмент для социально-бытовой ориентировки.

Перечень оборудования и вспомогательных устройств, необходимых для социально- бытовой адаптации детей-инвалидов с РАС

Коммуникативная система обмена картинками (PECS). Вспомогательные коммуникативные устройства.

Специализированные электронные средства (устройства, записывающие на магнитную ленту, электронные коммуникаторы, планшетный или персональный компьютер с соответствующим программным обеспечением и вспомогательным оборудованием и др.).

Визуальное расписание. Стенды с информацией.

Видео-, проекционное оборудования, интернет ресурсы и печатные материалы.

4.5. Описание функционала специалистов, привлекаемых к работе по социально- бытовой адаптации детей-инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы.

Разработка должностных инструкций специалистов, привлекаемых к работе по социально бытовой адаптации детей инвалидов осуществляется с учетом приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования»), а также с учетом приказа Минтруда России от 18 октября 2013 г. № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», приказом Минтруда России от 24 июля 2015 г. № 514н «Об утверждении профессионального стандарта «педагог-психолог (психолог в сфере образования)».

учитель;

воспитатель;

педагог-психолог;

социальный педагог;

педагог-организатор;

педагог дополнительного образования;

учитель-дефектолог (учитель-логопед, тифлопедагог, сурдопедагог, олигофренопедагог);

тьютор;

ассистент (помощник).

Учитель

Работа учителя в плане социально-бытовой адаптации инвалидов заключается в учете психолого-физиологических особенностей в ходе урочной и внеурочной деятельности. Содействии формированию общей культуры личности, социализации с помощью разнообразных форм, приемов, методов и средств обучения.

Учитель осуществляет обоснованный выбор учебно-методического обеспечения, технических средств обучения, включая цифровые образовательные ресурсы для формирования жизненных компетенций у обучающихся. В рамках образовательного процесса организует и поддерживает разнообразные виды деятельности обучающихся, ориентируясь на личность обучающегося, развитие его мотивации, познавательных интересов, способностей, организует самостоятельную деятельность обучающихся, в том числе исследовательскую, реализует проблемное обучение, осуществляет связь обучения по предмету (курсу, программе) с практикой.

Оценивает эффективность освоения программы на основании достижения личностных, предметных и (или) метапредметных результатов.

Вносит предложения по совершенствованию образовательного процесса в образовательном учреждении в плане социально-бытовой адаптации детей-инвалидов. Участвует в деятельности педагогического и иных советов образовательного учреждения, а также в деятельности методических объединений и других формах методической работы, определяющих индивидуальный план социально-бытовой адаптации ребенка-инвалида.

Воспитатель

Работа воспитателя в плане социально-бытовой адаптации нацелена:

на содействие созданию благоприятных условий для индивидуального развития и нравственного формирования личности обучающихся как необходимого условиях их социально-бытовой адаптации.

осуществление необходимых корректировок системы воспитания обучающихся в плане социально-бытовой адаптации, изучение личности обучающихся, их склонностей, интересов;

содействие росту познавательной мотивации и становлению учебной самостоятельности детей-инвалидов, формированию у них социальных компетентностей.

создание благоприятной микросреду и комфортного морально-психологического климата для каждого обучающегося;

содействие развитию коммуникативной деятельности и навыков партнерства;

содействие получению дополнительного образования обучающимися, воспитанниками через систему кружков, клубов, секций, объединений, организуемых в учреждениях, по месту жительства;

совершенствование жизнедеятельности коллектива обучающихся в соответствии с их индивидуальными и возрастными интересами;

наблюдение (мониторинг) за здоровьем, развитием и воспитанием обучающихся, воспитанников, в том числе с помощью электронных форм.

планирование и проведение с обучающимися коррекционно-развивающей работы (с группой или индивидуально) на основе изучения индивидуальных особенностей детей и рекомендаций педагога-психолога.

Педагог-психолог

Работа психолога в плане социально-бытовой адаптации направлена на:

психологическое просвещение субъектов образовательного процесса в области работы по поддержке обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

психологическое консультирование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

психологическую коррекцию поведения и развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

психологическую диагностику особенностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

психолого- педагогическое сопровождение образовательного процесса в образовательных организациях, сопровождение основных и дополнительных образовательных программ, в том числе на психолого-педагогическое и методическое сопровождение реализации основных и дополнительных образовательных программ психологическую экспертиза (оценка) комфортности и безопасности образовательной среды образовательных организаций для детей-инвалидов, психологическое консультирование субъектов образовательного процесса, коррекционно-развивающую работу с обучающимися, психологическую диагностику детей и обучающихся, психопрофилактику.

Социальный педагог

Функционал социального педагога в плане содействия социально-бытовой адаптации детей-инвалидов предусматривает:

осуществление комплекс мероприятий по воспитанию, образованию, развитию и социальной защите личности в учреждениях, организациях и по месту жительства обучающихся;

изучение особенностей личности обучающихся и их микросреды, условия их жизни;

выявление интересов, потребностей, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций у обучающихся и своевременное оказание им социальную помощи и поддержки;

выполнение посреднических функций между участниками образовательного процесса, а также между обучающимися и семьей, средой, специалистами различных социальных служб, ведомств и административных органов;

определение задач, форм, методов социально-педагогической работы с обучающимися, способы решения личных и социальных проблем с помощью

современных образовательных технологий, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы;

осуществление мер по социальной защите и социальной помощи, реализации прав и свобод личности обучающихся;

организация различных видов социально значимой деятельности обучающихся, мероприятия, направленные на развитие социальных инициатив, реализацию социальных проектов и программ, участвует в их разработке и утверждении;

установлению гуманных, нравственно здоровых отношений в социальной среде.;

-содействие созданию обстановки психологического комфорта и безопасности личности обучающихся, обеспечивает охрану их жизни и здоровья;

организует разнообразные виды деятельности обучающихся, ориентируясь на особенности их личности, развитие их мотивации к соответствующим видам деятельности, познавательных интересов, способностей, используя компьютерные технологии, в том числе текстовые редакторы и электронные таблицы в своей деятельности;

участие в организации их самостоятельной деятельности обучающихся;

участие в осуществлении работы по трудоустройству, патронату, обеспечению жильем, пособиями, пенсиями, оформлению сберегательных вкладов, использованию ценных бумаг обучающихся (воспитанников, детей) из числа сирот и оставшихся без попечения родителей;

взаимодействие с учителями, родителями (лицами, их заменяющими), специалистами социальных служб, семейных и молодежных служб занятости, с благотворительными организациями и др. с целью содействия их социально-бытовой адаптации

участвует в работе педагогических, методических советов, в других формах методической работы, в подготовке и проведении родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных

образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям (лицам, их заменяющим) обучающихся по вопросам социально-бытовой адаптации обучающихся.

Педагог-организатор

Функционал педагога-организатора в плане содействия социально-бытовой адаптации детей-инвалидов предусматривает:

изучение возрастных и психологических особенностей, интересов и потребностей обучающихся в школе и по месту жительства;

создание условий для их реализации в различных видах творческой деятельности;

организацию внеурочной деятельности обучающихся, в том числе посредством детских клубов, кружков, секций и других любительских объединений, разнообразную индивидуальную и совместную деятельность обучающихся и взрослых, организации каникулярного отдыха детей;

содействие реализации прав ребёнка на создание детских ассоциаций, объединений;

организует социализирующие мероприятия (вечера, праздники, походы, экскурсии и др.);

поддержание социально значимых инициатив обучающихся в сфере их свободного времени, досуга и развлечений;

привлечение к работе с обучающимися работников учреждений культуры и спорта, родителей, общественность;

организацию работы ученических органов самоуправления;

анализ достижений обучающихся;

оценку эффективности их обучения, на основе развития опыта творческой деятельности;

вносит предложения по улучшению и оздоровлению условий проведения образовательного процесса;

оказывает поддержку детским формам организации труда обучающихся как важной составляющей их социально-бытовой адаптации.

Педагог дополнительного образования

Функционал педагога дополнительного образования в плане содействия социально- бытовой адаптации детей-инвалидов заключается в:

осуществлении дополнительного образования обучающихся;

выявлении творческих способностей обучающихся и содействии развитию, формированию устойчивых профессиональных интересов и склонностей развитие их разнообразной творческой деятельности;

обеспечении педагогически обоснованного выбора форм, средств и методов работы (обучения) исходя из психофизиологической и педагогической целесообразности, используя современные образовательные технологии, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы;

проведении учебных занятий с опорой на достижения в области методической, педагогической и психологической наук, возрастной психологии и школьной гигиены, а также современных информационных технологий;

организации разных видов деятельности обучающихся, ориентируясь на их личности, осуществление развитие мотивации их познавательных интересов, способностей.

организации участие обучающихся в массовых мероприятиях.;

участии в работе педагогических, методических советов, объединений, других формах методической работы, в работе по проведению родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям или лицам, их заменяющим, а также педагогическим работникам.

Учитель-дефектолог (учитель-логопед, олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)

Деятельность учителя-дефектолога в плане содействия социально-бытовой адаптации детей-инвалидов заключается в:

осуществлении работы, направленной на максимальную коррекцию недостатков в развитии у обучающихся;

проведении педагогического обследования обучающихся, определении структуры и степени выраженности имеющегося у них нарушения развития, выявление особых образовательных потребностей;

проведении групповых и индивидуальных занятий по исправлению недостатков в развитии, восстановлению нарушенных функций;

взаимодействии с учителями, воспитателями и другими педагогическими работниками по вопросам коррекции недостатков в развитии обучающихся;

консультирует педагогических работников и родителей (лиц, их заменяющих) по применению специальных методов и приемов оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам;

содействии формированию общей культуры личности, социализации, осознанного выбора и освоения профессиональных программ;

изучении индивидуальных особенностей, способностей, интересов и склонностей обучающихся, воспитанников с целью создания условий для обеспечения их развития в соответствии с возрастной нормой, роста их познавательной мотивации и становления учебной самостоятельности, формирования компетентностей, используя разнообразные формы, приемы, методы и средства обучения, современные образовательные технологии, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы, обеспечивая уровень подготовки обучающихся, воспитанников, соответствующий требованиям федерального государственного образовательного стандарта, федеральным государственным требованиям

Тьютор

Работа тьютора в плане социально-бытовой адаптации ориентирована на построение и реализацию персональной образовательной стратегии, включая реализацию адаптированной образовательной программы или специальной индивидуальной программы развития и учитывающей личный потенциал ученика с ОВЗ, образовательную и социальную инфраструктуру и задачи основной деятельности.

Задача тьютора состоит в организации обучения (организация занятости ребенка при необходимости покинуть класс) и воспитании (организация коммуникации с одноклассниками на переменах, включение ребенка с учетом его интересов и особенностей в социальные проекты). Тьютор организует условия для успешной интеграции ребенка с ОВЗ в образовательную и социальную среду образовательного учреждения. В тесном активном сотрудничестве с учителем, специалистами и родителями тьютор создает для ребенка благоприятную среду для успешной учебы и социальной адаптации.

Ассистент (помощник)

Обязанности ассистента при организации обучения детей с ОВЗ описываются в ряде документов. В том числе в ст. 79 ФЗ № 273-ФЗ оговаривается в качестве одного из специальных условий обучения детей с ОВЗ предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь; в части IIIприказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 июля 2015 г. № 1015 указывается на необходимость создания специальных условий обучения, в том числе предоставление услуг ассистента, оказывающего необходимую помощь. Также о задачах ассистентов отдельно говорится в положениях по организации итоговой аттестации (ГИА и ЕГЭ).

Функционал ассистента в плане социально-бытовой адаптации заключается в оказании технической помощи ребенку-инвалиду, обеспечении доступа в

здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Алгоритм организации работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы в зависимости от нозологии детей-инвалидов

Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов в образовательных организациях предусматривает работу в рамках трех взаимосвязанных направлений:

пространственно-средовая адаптация;

социально-личностная адаптация;

социально-коммуникативная адаптация.

В рамках каждого направления выделяется пассивная и активная форма адаптация. Пассивная форма предполагает изменение среды под потребности обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, активная – усвоение самим обучающимся способов взаимодействия со средой.

Пространственно-средовая адаптация заключается в:

адаптации образовательного пространства (создание безбарьерной среды в пространстве школы);

информационное оснащение процесса социально-бытовой адаптации (обеспечение доступности сайтов образовательной организации, своевременное размещение информации по вопросам социально бытовой адаптации и др.);

формирование толерантного отношения к детям-инвалидам.

Пассивная форма пространственно-средовой адаптации предполагает организацию безбарьерной среды в пространстве школы (микропространстве) и внедрение элементов доступной детям-инвалидам среды в пространстве, не относящемся к пространству школы

(макропространстве); формирование толерантного отношения к обучающемуся с ОВЗ и инвалидностью, адаптацию окружающей среды в плане введения в обиход оборудования и вспомогательных устройств, облегчающих реализацию бытовых навыков. Особенно значимой пассивная форма пространственно-средовой адаптации является для детей- инвалидов, особенности которых создают значимые сложности при осуществлении самообслуживания и выполнении ежедневных действий по гигиене и самообслуживанию.

Реализация активной формы пространственно-средовой адаптации заключается в овладении ребенком-инвалидом способами перемещения в доступной или проблемной для него среде как в микро-, так и в макропространстве, с помощью сопровождающих или (при возможности) самостоятельно, освоение жизненно важных навыков, как в самообслуживании, гигиене, так и в области самоорганизации, овладение наиболее эффективными способами выполнения необходимых действий в быту.

Несмотря на то, что освоение основных бытовых умений и навыков должно начинаться у ребенка с раннего возраста и усваиваться в максимально естественной среде путем многократного контролируемого выполнения, до сих пор часто в школы приходят дети, не владеющие простейшими навыками самообслуживания. Разрыв между неумением выполнять простейшие действия по самообслуживанию значительно в большей степени, чем отличия в академической успеваемости, демонстрируют разницу между детьми-инвалидами и нормально развивающимися детьми. Следовательно, процесс социально-бытовой адаптации должен быть начат задолго до поступления ребенка в школу.

Социально-личностная адаптация предусматривает развитие и совершенствование личностного потенциала ребенка-инвалида, включая формирование у ребенка положительного образа себя, понимания особенностей своего состояния; формирование активной жизненной позиции,

потребности в самостоятельности и независимости, нормализацию психологического состояния и минимализацию негативных личностных качеств. Именно в рамках данного направления адаптации предусматривается развитие способностей и интересов ребенка.

Форма пассивной социально-личностной адаптации в виде предоставления ребенку возможностей реализации способностей и задатков, возможностей переживания ситуаций успеха, последовавших за активными действиями самого ребенка. Активная форма заключается во включении ребенка в разнообразные виды деятельности в соответствии с его склонностями и интересами, использовании ребенком предложенных и самостоятельно выявленных возможностей.

Социально-коммуникативная адаптация включает в себя усвоение культуры общества, норм его поведения. И начальным этапом ее является усвоение культуры коммуникации в обществе. Данное направление адаптации также предполагает реализацию в активной и пассивной форме.

Пассивная адаптация ребенка заключается, в формировании у школьного сообщества (как детей, так и персонала, и родительского сообщества) умений корректного (принимающего, поддерживающего, мотивирующего) общения с ребенком-инвалидом, обучение их навыкам взаимодействия и способам общения. Особенно если требуется применение альтернативных форм коммуникации.

Активная форма социально-коммуникативной адаптации предполагает овладение ребенком правилами и нормами взаимодействия в микросреде школы, а также макросреде; усвоение различных стратегий общения в зависимости от собеседника и типа ситуации общения.

В зависимости от нозологии нарушения, определяющего инвалидность ребенка, проблемы коммуникации могут находиться в той или иной плоскости и иметь различную степень выраженности. Так, дети с нарушениями зрения в силу сохранности обратной звуковой связи в принципе осваивают речь в той же закономерности, что и нормально

развивающиеся дети. Особенность их коммуникации связана с бедностью сенсорного опыта в силу ограничения визуальной информации. Следовательно, связь между словами, объектами и действиями, их обозначающими, может быть очень поверхностна (вербализм). На развитие коммуникации как деятельности также влияют особенности личности ребенка с нарушением зрения, неспособность копировать внешние поведенческие акты приводит к формированию ненормативных средств мимики, жестов, движений и поведенческих образцов. А формальное усвоение «нормальных образцов» приводит к шаблонности поведения, клишированию. Следовательно, работа в области социокультурной адаптации для детей с нарушением зрения будет направлена на преодоление описанных затруднений.

Иная картина коммуникативных трудностей складывается у детей с нарушением слуха. Внешняя речь у детей этой группы может быть развита в различной мере, причем в очень широком диапазоне отличий. Это связано с различной степенью ограничения слуха, а также временем возникновения нарушения и адекватностью коррекционных мероприятий. Также, как и у детей с нарушениями зрения, личность ребенка с нарушением слуха складывается в особых условиях, что неизбежно влечет за собой формирование неэффективных коммуникативных стратегий. Формирование умений учитывать особенности партнера по общению, анализировать и отбирать информацию для общения, эффективно пользоваться звучащей речью – эти задачи определяют содержание работы по социально-коммуникативной адаптации детей с нарушениями слуха.

Для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС== вопросы социальной адаптации занимают особое место, потому что основные нарушения при РАС прямо относятся к социальной жизни человека: в МКБ-10 указано, что детский аутизм – это расстройство, при котором всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия,

выступающие в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что проявляется как:

отсутствие социо-эмоциональной взаимности (особенно характерно);

отсутствие реакций на эмоции других людей и/или отсутствие модуляций поведения в соответствии с социальной ситуацией;

отсутствие социального использования имеющихся речевых навыков, недостаточная гибкость речевого выражения и относительное отсутствие творчества и фантазии в мышлении;

нарушенное использование тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такое же отсутствие сопровождающей жестикуляции;

нарушения в ролевых и социально-имитативных играх10.

Такие особенности развития делают социальную адаптацию не только одной из целей, на достижение которой направлен весь лечебно-коррекционный процесс, непосредственной задачей практической деятельности педагогов, психологов, врачей, но и необходимой основой реализации академического компонента образования.

Главным моментом, объединяющим деятельность всех специалистов, привлекаемых к работе по социально-бытовой адаптации, а в широком смысле к социализации, является задача коррекции основных нарушений у ребёнка-инвалида. Любой предмет от математики до физкультуры и от иностранного языка до музыки может является инструментом коррекционной работы, а не только источником соответствующей области знаний. Таким образом элементы социально-бытовой адаптации легко и органично включаются в материал учебных предметов, других видов урочной деятельности, а также во внеурочную деятельность.

Организация работы по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов в образовательной организации начинается с внимательного всестороннего изучения особенностей различных сторон развития ребёнка.

На основании анализа полученных данных определяются приоритетные направления, последовательность и содержание работы по каждому из

направлений, которые фиксируются в индивидуальной программе развития ребенка.

В программе также фиксируется круг специалистов, привлекаемых к работе по социально-бытовой адаптации ребенка-инвалида и их функционал.

Обязательным является определение роли родителя в процессе социально-бытовой адаптации ребенка.

4.6. Перечень и содержание основных мероприятий по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы

Социально-бытовая адаптация предусматривает реализацию системного подхода к процессу развития способностей ребенка-инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Основной целью мероприятий по социальной- бытовой адаптации является формирование у ребенка-инвалида алгоритмов выполнения жизненно важных действий по всем направлениям социально-бытовой адаптации:

социально-коммуникативная адаптация;

-социально-личностная адаптация;

-пространственно-средовая адаптация.

В условиях образовательной организации в рамках содействия социально-личностной адаптации осуществляются психолого-педагогическое и психологическое консультирование, психолого-педагогическая диагностика, психологическая коррекция, социально- педагогическое консультирование, коррекционно-педагогическая работа, воспитательная деятельность.

Психолого-педагогическое и психологическое консультирование, которые направлены на коррекцию психологического состояния детей-инвалидов для их адаптации в обществе, предупреждение и преодоление у него социально-психологических проблем, а также оказание им квалифицированной помощи в решении внутренних проблем и проблем межличностного характера.

Консультирование включает в себя следующие виды работ:

Выработку и точную формулировку психолого-педагогических рекомендаций, точную формулировку психолого-педагогических рекомендаций, вытекающих из результатов проведённого психодиагностического обследования, причем соответствующие рекомендации должны предлагаться в форме, понятной и доступной для практической реализации.

Дополнительно в рамках и психологического консультирования может быть предусмотрено осуществление посреднических действий между ребенком и другими специалистами, службами, учреждениями, оказывающими социально-психологические услуги (телефонные переговоры, личные встречи, письменное ходатайство, направление на консультацию, диагностику и иные действия).

Социально-психологическое консультирование родителей может быть организовано по запросу родителя в связи с оказанием консультативной помощи в организации эффективного детско-родительского взаимодействия; или по инициативе психолога после проведения первичной диагностики. Одной из функций консультативной работы с родителями является информирование родителей о проблемах социально-бытовой адаптации ребёнка. Так же целью консультирования может стать необходимость психологической поддержки родителей в случае обнаружения серьёзных психологических проблем ребёнка либо в связи с серьёзными эмоциональными переживаниями и событиями в семье.

Психолого-педагогическая диагностика

Психолого-педагогическая диагностика включает анализ особенностей развития ребенка, включая нарушения мелкой и крупной моторики, речи, слуха, умений самообслуживания, мотивации к обучению и учебных навыков, степени социализации ребенка и имеющихся коммуникативных стратегий, определение направлений коррекционной работы, выбор коррекционных методик, форм и методов коррекционной работы.

Для эффективной диагностики необходим адекватный выбор диагностических процедур и подбор диагностического инструментария; обработка результатов диагностики проводится на основании конкретных измеримых критериев. Результатом диагностики является формулировка итогового заключения и рекомендаций по социально-бытовой адаптации, определение, в случае необходимости, прогноза дальнейшего развития и направления психолого-педагогической коррекции; сроков проведения повторной (итоговой) диагностики, анализ динамики результатов.

Психологическая коррекция обеспечивает преодоление или минимизацию вторичных последствий отклонения в развитии, связанных с функционированием и самоощущением ребенка в социальном контексте: эмоциональном состоянии, поведении (неэффективных стратегий эмоционального реагирования и стереотипов поведения, конфликтных отношений, нарушений общения или искажения в их психическом развитии).

Психокоррекционная работа предполагает индивидуальные занятия с целью формирования или восстановления утраченных навыков (письмо, чтение, и т.д.), развития когнитивных функций, (память, внимание, мышление), коррекцию поведенческих нарушений; групповые тренинговые занятия с целью формирования эффективного социального поведения, формирования активной социальной позиции. При проведении групповых занятий могут быть использованы различные организационные формы занятий, в том числе с использованием технического оборудования.

Социально-педагогическое консультирование предполагает формирование у членов семьи ребенка основ медико-психологических и социально-медицинских знаний для эффективной работы по воспитанию и развитию ребенка в домашней среде; обучение семьи практическим навыкам взаимодействия, формирования жизненно важных навыков, развития сенсорных систем и мыслительных способностей.

В коррекционно-педагогическую работу включаются коррекционно-развивающие занятия с привлечением следующих специалистов: учитель –

дефектолог (учитель-логопед, олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог), учитель начальных классов, педагог дополнительного образования, воспитатель. Работа учителя-дефектолога направлена на коррекцию имеющихся отклонений в развитии и познавательной деятельности в соответствии с утвержденными программами коррекционной работы. В сферу деятельности воспитателя, учителя начальной школы и педагогов дополнительного образования входит общее развитие познавательной сферы ребенка, его творческой активности, развитие общей и мелкой моторики, закрепление в деятельности сформированных на коррекционных занятиях умений и навыков, коммуникативных стратегий.

Воспитательная деятельность включает анимационные услуги (экскурсии, посещения театров, выставок, концерты художественной самодеятельности, праздники, юбилеи и другие культурные мероприятия), обеспечение рекреации детей, в том числе за счет развития у них способности к самостоятельному выбору рекреационной деятельности. В данное направление также включается организация и проведение культурных мероприятий (театр, концерт, праздник и др); проведение занятий, направленных на выявление, формирование и развитие способностей, позитивных психических склонностей, социально значимых интересов и мотиваций получателя социальных услуг; формирование стремления к самопознанию, самоопределению, ответственного отношения к себе и другим; предусматривает проведение клубов по интересам, занятий кружковой работой.

4.7. Механизм оценки качества образования для образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы с учетом компонента жизненной компетенции и требованиями к результатам образования программ для каждой категории детей с ОВЗ в соответствии с вариантами ФГОС.

Система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО предполагает комплексный подход к оценке результатов образования, позволяющий вести оценку достижения учащимися всех трех групп результатов образования: личностных, метапредметных и предметных.

Оценка результатов освоения обучающимися АООП НОО (кроме программы коррекционной работы) осуществляется в соответствии с требованиями ФГОС НОО.

В основе оценки результатов освоения обучающимися, относящихся к социально- бытовой адаптации, зафиксированных в АООП НОО, лежат следующие принципы:

дифференциации оценки достижений с учетом типологических и индивидуальных особенностей развития и особых образовательных потребностей обучающихся;

динамичности оценки достижений, предполагающей изучение изменений психического и социального развития, индивидуальных способностей и возможностей обучающихся;

единства параметров, критериев и инструментария оценки достижений в освоении содержания АООП, что сможет обеспечить объективность оценки.

Основным объектом оценки достижений планируемых результатов освоения обучающимися планируемых результатов, относящихся к социально-бытовой адаптации выступает наличие положительной динамики развития обучающихся в интегративных показателях. К таким интегративным показателям в соответствии со ФГОС НОО относятся:

сформированность умения использовать все анализаторы и компенсаторные способы деятельности в учебно-познавательном процессе и повседневной жизни;

сформированность навыков ориентировки в микропространстве и умений ориентироваться в макропространстве;

сформированность адекватных (в соответствии с возрастом) предметных (конкретных и обобщенных), пространственных представлений о предметах, объектах и явлениях окружающей жизни;

проявление познавательного интереса, познавательной активности;

проявление стремления к самостоятельности и независимости от окружающих (в бытовых вопросах);

сформированность умений адекватно использовать речевые и неречевые средства общения;

способность к проявлению социальной активности;

способность осуществления самоконтроля и саморегуляции;

готовность учета имеющихся противопоказаний и ограничений в учебно-познавательной деятельности и повседневной жизни.

Результаты освоения обучающимися планируемых результатов, относящихся к социально-бытовой адаптации, не выносятся на итоговую оценку.

Требования к результатам овладения обучающимися жизненной компетенцией обучающихся с инвалидностью складываются из двух составляющих: собственной жизненной компетенции и результатов коррекционной работы.

Обобщенная оценка результатов освоения обучающимися планируемых результатов, относящихся к социально-бытовой адаптации, может осуществляться в ходе различных мониторинговых процедур, посредством использования метода экспертных оценок (экспертных групп).

Мониторинг, обладая такими характеристиками, как непрерывность, диагностичность, научность, информативность, наличие обратной связи, позволяет осуществить не только оценку достижений планируемых результатов освоения программы коррекционной работы, но и вносить (в случае необходимости) коррективы в ее содержание и организацию. В целях оценки результатов освоения обучающимися программы коррекционной работы используются все три формы мониторинга: стартовую, текущую и финишную психолого-педагогическую диагностику.

Стартовая диагностика позволяет наряду с выявлением индивидуальных особых образовательных потребностей и уровня развития компенсаторных возможностей обучающихся выявить исходный уровень развития интегративных показателей, свидетельствующий о степени влияния нарушений развития на учебно-познавательную деятельность и повседневную жизнь (например, выявить стартовый уровень развития у обучающегося умения использовать все анализаторы и компенсаторные способы деятельности в учебно-познавательной и повседневной жизни).

Текущая диагностика используется для осуществления мониторинга в течение всего времени обучения ребенка на начальной ступени образования. При использовании данной формы мониторинга можно использовать экспресс-диагностику интегративных показателей, состояние которых позволяет судить об успешности (наличие положительной динамики) или неуспешности (отсутствие даже незначительной положительной динамики) обучающихся в освоении планируемых результатов овладения программой коррекционной работы. Данные экспресс-диагностики выступают в качестве ориентировочной основы для определения дальнейшей стратегии: продолжения реализации разработанной программы коррекционной работы или внесения в нее определенных корректив.

Целью финишной диагностики, приводящейся на заключительном этапе (окончание учебного года, окончание обучения на начальной ступени школьного образования), 11 Результаты освоения детьми-инвалидами жизненной компетенцией, составленная на основании проектов текстов примерных адаптированных основных общеобразовательных программ выступает оценка достижений обучающегося в соответствии с планируемыми результатами освоения ими программы коррекционной работы.

В случаях стойкого отсутствия положительной динамики в результатах освоения программы коррекционной работы (отсутствие положительной динамики по двум и более интегративным показателям) обучающегося в

случае согласия родителей (законных представителей) направляют на расширенное психолого-медико-педагогическое обследование для получения необходимой информации, позволяющей внести коррективы в организацию и содержание программы коррекционной работы.

Для полноты оценки достижений планируемых результатов освоения обучающимися программы коррекционной работы, учитывается мнение родителей (законных представителей), поскольку наличие положительной динамики обучающихся по интегративным показателям, свидетельствующей об ослаблении (отсутствии ослабления) степени влияния нарушений развития на жизнедеятельность обучающихся, проявляется не только в учебно-познавательной деятельности, но и повседневной жизни.

Результаты анализа должны быть представлены в форме удобных и понятных всем членам экспертной группы условных единицах, разработанных с учетом определенных критериев оценки (например, 0 баллов - нет продвижения; 1 балл -минимальное продвижение; 2 балла - среднее продвижение; 3 балла -значительное продвижение).

Полученные результаты отмечаются в индивидуальной карте обучающегося. Программа оценки включает полный перечень личностных результатов, указанных в ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, которые выступают в качестве критериев оценки социальной (жизненной) компетенции учащихся (перечень этих результатов может быть самостоятельно расширен образовательной организацией); перечень параметров и индикаторов оценки каждого результата, систему балльной оценки результатов, документы, в которых отражаются индивидуальные результаты каждого обучающегося(например, «Карта индивидуальных достижений обучающегося») и результаты всего класса (например, «Журнал итоговых достижений обучающихся класса»); материалы для проведения процедуры оценки личностных и результатов, локальные акты образовательной организации, регламентирующие все вопросы проведения оценки результатов.

Принципиальные требования к освоению жизненной компетенции едины для всех групп детей-инвалидов. Это объяснимо, поскольку все дети живут в схожих социальных условиях, а, следовательно, для успешной в адаптации в обществе нуждаются в сходном наборе умений и навыков. Значимые отличия, которые определяются своеобразием нарушения, как правило, указываются в результатах коррекционной работы.

Приведем основные требования к освоению жизненной компетенции обучающимися начальной школы.

Итогом овладения обучающимися компонентом жизненной компетенции преимущественно являются личностные результаты. Специальные требования к ним определяются по каждому направлению развития жизненной компетенции.

Развитие адекватных представлений о собственных возможностях, обеспечение личного жизнеобеспечения и личной безопасности

Данное направление предусматривает развитие у обучающихся адекватных возрасту представлений о собственных возможностях, необходимом личном жизнеобеспечении, способности вступать в коммуникацию со взрослыми по вопросам медицинского сопровождения и создания специальных условий для пребывания в школе.

Ожидаемые результаты:

наличие представлений о собственных предпочтениях и ограничениях в еде, в физической нагрузке, в приеме медицинских препаратов, осуществлении вакцинации;

умение определить потенциально опасные ситуации (угроза личной безопасности, в том числе потенциальная, здоровью, неблагоприятная или некомфортная учебная ситуация), личная психологическая готовность к обращению за помощью, способы информирования родственников или других взрослых о возникшей опасности или затруднении (умение пользоваться специальной тревожной кнопкой на мобильном телефоне в

экстренных случаях,, умение написать SMS-сообщение, правильно выбрать адресата (близкого человека), сформулировать возникшую проблему, иметь достаточный запас фраз и определений и др);

сформированная потребность разрешения конфликтов во взаимоотношениях, в том числе со сверстниками, и некомфортных ситуаций и жизнеобеспечении самостоятельно (в доступных по возрасту случаях).

Овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни.

Данное направление работы предусматривает формирование активной позиции ребёнка в овладении навыками самообслуживания в домашней и образовательной микросреде, формирование потребности к самостоятельности и независимости и помощи другим людям в быту и в учебной деятельности; формирование адекватных представлений о функциях и вариантах устройства домашней и школьной жизни, комплексе повседневных бытовых дел в образовательной организации и в домашней среде (как выполняемых ребенком самостоятельно, так и выходящих за рамки его актуальной компетентности); формирование адекватных представлений о предназначении предметов и вещей в быту и в учебной деятельности; формирование потребности в соответствии социальной роли (члена семьи, обучающегося и др.).

Ожидаемые результаты:

сформирована потребность в самостоятельности и независимости в быту и/или обеспечении учебной деятельности (ребенок умеет самостоятельно убирать кровать, обеспечить личную гигиену и др., готовить к уроку рабочее место и убирать его после урока, переодеваться, собирать вещи в сумку и т.д., не обращаясь за помощью к взрослым);

сформированы адекватные представления об устройстве домашней жизни; умение включаться в разнообразные повседневные дела, принимать посильное участие, брать на себя ответственность за выполнение домашних

дел; владение достаточным запасом фраз и определений для участия в повседневных бытовых делах.

сформированы адекватные представления об устройстве школьной жизни; умение ориентироваться в пространстве школы и попросить о помощи в случае затруднений, ориентироваться в расписании занятий; умение включаться в разнообразные повседневные школьные дела, принимать посильное участие, брать на себя ответственность; владение достаточным запасом фраз и определений для включения в повседневные школьные дела;

Овладение навыками коммуникации.

Данное направление предусматривает формирование актуальных представлений о правилах коммуникации и умений использовать ее в актуальных для ребёнка житейских ситуациях; расширение и обогащение опыта коммуникации ребёнка в ближнем и дальнем окружении. Разграничивая коммуникацию на восприятие и передачу информации, коммуникативные умения можно разделить на:

восприятие информации: слушание, чтение, восприятие графической информации, восприятие числовой информации, восприятие текстовой информации, восприятие эмоционального контекста, восприятие паралингвистического контекста (жесты, поза и др);

передача информации: письмо, говорение, передача графической информации, передача числовой информации, передача текстовой информации, передача эмоционального контекста, передача паралингвистического контекста (жесты, поза и др).

Оценка коммуникативных умений осуществляется по каждому из выделенных параметров. Ожидаемые результаты:

умение решать актуальные житейские задачи, используя коммуникацию (вербальную, невербальную) как средство достижения цели;

умение начать и поддержать разговор, задать вопрос, выразить свои намерения, просьбу, пожелание, опасения, завершить разговор;

освоение культурных форм выражения своих чувств, умение корректно выразить отказ и недовольство, благодарность, сочувствие и т.д.;

владение простыми навыками поведения в споре со сверстниками (уважительно относиться к чужой позиции, уметь формулировать и обосновывать свою точку зрения, проявлять гибкость и т.д.);

сформированные адекватные представления о собственной речи и возможностях других людей понимать её;

представление об особых способах коммуникации людей с ограничением возможностей здоровья; владение достаточным запасом фраз и определений;

расширение круга ситуаций, в которых ребёнок может использовать коммуникацию как средство достижения цели.

Дифференциация и осмысление картины мира.

Данное направление предусматривает расширение и обогащение опыта реального взаимодействия ребёнка с бытовым окружением, миром природных явлений и вещей, формирование целостной и подробной картины мира, упорядоченной во времени и пространстве, адекватно возрасту ребёнка. Формирование умения ребёнка устанавливать связь между ходом собственной жизни и природным порядком; формирование внимания и интереса ребёнка к новизне и изменчивости окружающего, к их изучению, понимания значения собственной активности во взаимодействии со средой; развитие способности ребёнка взаимодействовать с другими людьми, осмыслять и присваивать чужой опыт и делиться своим опытом, используя вербальные и невербальные возможности (игра, чтение, рисунок как коммуникация и др.).

Ожидаемые результаты:

адекватность бытового поведения ребёнка с точки зрения опасности/безопасности и для себя, и для окружающих; сохранности окружающей предметной и природной среды;

способность прогнозировать последствия своих поступков для себя и окружающих;

использование вещей в соответствии с их функциями, принятым порядком и характером наличной ситуации;

расширение и накопление знакомых и разнообразно освоенных мест за пределами дома и школы: двора, дачи, леса, парка, речки, городских и загородных достопримечательностей и др; включение их в повседневную жизнь ребёнка;

умение ребёнка накапливать личные впечатления, связанные с явлениями окружающего мира, упорядочивать их во времени и пространстве;

развитие у ребёнка любознательности, наблюдательности, способности замечать новое, задавать вопросы, включаться в совместную со взрослым исследовательскую деятельность;

развитие активности во взаимодействии с миром, понимание собственной результативности;

владение достаточным запасом фраз и определений для включения в совместную со взрослым и сверстниками исследовательскую деятельность (Что это такое? Что это значит? Как это происходит? Почему? Что будет, если…; Давайте попробуем сделать так...; Как это работает? Объясните мне, пожалуйста, как...;)

умение принимать и включать в свой личный опыт жизненный опыт других людей, умение делиться своими воспоминаниями, впечатлениями и планами с другими людьми, иметь для этого достаточный запас фраз и определений.

Дифференциация и осмысление адекватно возрасту своего социального окружения, принятых ценностей и социальных ролей.

Данное направление направлено на формирование адекватных представлений о текущей социальной роли ребенка и ее взаимосвязях с социальными ролями людей в окружении ребенка; знаний о правилах поведения в рамках социальных ситуациях взаимодействия ребенка в ближнем и дальнем окружении; формирование морально-нравственных ценностей (с учетом возраста ребенка, особенностей его развития); освоение необходимых ребёнку социальных ритуалов.

Ожидаемые результаты:

знание правил поведения в разных социальных ситуациях со взрослыми (с учётом их социальных ролей) и детьми разного возраста: с близкими в семье; с учителями и учениками в школе; с незнакомыми людьми в транспорте, в парикмахерской, в театре, в кино, в магазине, в очереди и т. д., в том числе правил речевого этикета при устной коммуникации;

умение адекватно применять те речевые средства, которые соответствуют коммуникативной ситуации, в частности, правильно употреблять в устной речи обращение «вы» или «ты» согласно статусу собеседника;

умение пользоваться паралингвистическими средствами с учётом конкретной ситуации;

умение адекватно использовать принятые в окружении ребёнка социальные ритуалы, умение вступить в контакт и общаться в соответствии с возрастом, близостью и социальным статусом собеседника, умение корректно привлечь к себе внимание, отстраниться от нежелательного контакта, выразить свои чувства, отказ, недовольство, благодарность, сочувствие, намерение, просьбу, опасение и др.

умение проявлять инициативу, корректно устанавливать и ограничивать контакт;

умение применять формы выражения своих чувств соответственно ситуации социального контакта.

расширение круга освоенных социальных контактов.

Овладение адаптивными механизмами

Данное направление предполагает формирование адекватных представлений о вспомогательных средствах, обеспечивающих жизнеобеспечение ребенка с какой-либо патологией. С точки зрения формирования активной личности данное направление реализуется в формировании готовности к выражению потребности в особых материалах, средствах информирования. С точки зрения информатизации общества и готовности ребенка к различным, в том

числе дистанционным формам обучения, в данном направлении формируется умение использовать специальные программы и вспомогательные приспособления для осуществления повседневной работы с ИКТ в учебных и рекреационных целях.

Практическая значимость представленного перечня высока для всех групп детей с ОВЗ. Корректировка конкретных фраз, связанных с особенностями функционального состояния ребенка с той или иной особенностью здоровья позволит максимально подробно определить итоговую цель обучения с точки зрения адаптации ребенка, овладения им конкретными, доступными для отслеживания показателями.

Требования к освоению компонентом жизненной компетенции обучающимися нарушением слуха

С учетом особенностей нарушения, результаты включают развитие речевого слуха, слухозрительного восприятия устной речи, ее произносительной стороны, сознательного использования речевых возможностей в разных условиях общения для реализации полноценных социальных связей с окружающими людьми. Ожидаемые результаты:

Умение слухозрительно воспринимать (с помощью индивидуальных слуховых аппаратов или / и кохлеарного импланта и слухового аппарата или двух кохлеарных имплантов) речевой материал (слова, словосочетания, фразы, тексты диалогического и монологического характера), связанный с урочной и внеурочной деятельностью обучающихся.

Умение слухозрительно воспринимать речевую информацию на фоне негромкой речи, музыки; слухозрительно воспринимать речь разных дикторов (учителей и детей) в нормальном и более быстром темпе.

Умение опознавать на слух (с помощью индивидуальных слуховых аппаратов или / и кохлеарного импланта и слухового аппарата или двух кохлеарных имплантов) речевой материал (слова, словосочетания, фразы), связанный с учебной и внеурочной деятельностью, который отрабатывался

на индивидуальных занятиях, распознавать на слух незнакомый по звучанию речевой материал, связанный с учебной и внеурочной деятельностью обучающихся; воспринимать на слух тексты диалогического и монологического характера (до 10 – 15 предложений), опознавать фразы, слова и словосочетания из текста , предъявленные вразбивку, отвечать на вопросы и выполнять задания, пересказывать тексты, вести диалог по содержанию текста;

Умение говорить достаточно внятно, т.е. понятно для окружающих, и естественно, в нормальном темпе, пользоваться голосом нормальной высоты, силы и тембра, воспроизводить слова слитно, с ударением, сохраняя звуковой состав и соблюдая орфоэпические правила, фразы – слитно или деля паузами на смысловые синтагмы, выделяя логическое и синтагматическое ударение, по – возможности соблюдая мелодический контур фраз; владение навыками самоконтроля; знание орфоэпических правил и умения их реализовывать в новых словах; умения использовать в процессе устной коммуникации естественные невербальные средства в рамках речевого этикета);

Умение вести разговор с двумя и более собеседниками (с помощью учителя и самостоятельно);

Умение использовать словесную речь как средство достижения цели в новых ситуациях общения с новыми сверстниками, незнакомыми взрослыми, в мероприятиях школьного и нешкольного характера, применяя разные формы речи и речевые конструкции, обеспечивающие взаимопонимание (с помощью учителя и самостоятельно).

Итогом овладения обучающимися с нарушением зрения компонентом социальной (жизненной) компетенции преимущественно являются:

Овладение эффективными компенсаторными способами учебно-познавательной и предметно-практической деятельности.

Овладение умением осуществлять учебно-познавательную деятельность с учетом имеющихся противопоказаний и ограничений.

Овладение навыками и умениями использования рельефно-точечного шрифта Л. Брайля.

Повышение возможностей в пространственной и социально-бытовой ориентировке: совершенствование навыков ориентировки в микро-пространстве и формирование элементарных умений в ориентировке в макро-пространстве; умение использовать в социально-бытовой ориентировке все сохранные анализаторы, средства оптической коррекции (для слепых обучающихся с остаточным форменным зрением) и тифлотехнические средства; умение использовать освоенные ориентировочные умения и навыки в новых (нестандартных) ситуациях; умение адекватно оценивать свои зрительные возможности и учитывать их в учебно-познавательной деятельности и повседневной жизни (для слепых обучающихся с остаточным форменным зрением); умение обращаться за помощью при внезапно возникших затруднениях; развитие элементарных навыков самообслуживания.

Развитие межличностной системы координат «слепой/слабовидящий–зрячий»: развитие навыков сотрудничества с нормально видящими взрослыми и сверстниками в различных социальных ситуациях; овладение вербальными и невербальными средствами общения; повышение стремления к расширению контактов со сверстниками; развитие умения рационально использовать в процессе межличностной коммуникации все сохранные анализаторы; развитие умения четко излагать свои мысли; развитие сопереживания, эмоциональной отзывчивости; развитие самоконтроля и саморегуляции в процессе общения.

Повышение дифференциации и осмысления картины мира, в том числе: обогащение чувственного опыта познания и деятельности; расширение предметных (конкретных и обобщенных), пространственных, социальных представлений; расширение круга предметно- практических умений и навыков; готовность к построению целостной и дифференцированной картины происходящего; формирование умений пользоваться оптическими

(для слепых обучающихся с остаточным форменным зрением), тифлотехническими и техническими средствами в учебной деятельности и повседневной жизни; повышение познавательной и социальной активности; повышение самостоятельности в учебной деятельности и повседневной жизни.

Повышение способности к дифференцировке и осмыслению социального окружения, принятых ценностей и социальных ролей: развитие интереса к представителям ближайшего окружения; расширение представлений о различных представителях широкого социума; развитие внимания к состоянию, настроению, самочувствию окружающих; развитие дифференциации собственных эмоциональных реакций и понимание эмоциональных проявлений окружающих; расширение представлений о принятых в обществе правилах, нормах, ценностях; обогащение и расширение социального опыта.

Для обучающихся с НОДА к освоению жизненной компетенцией соответствуют основным требованиям, изложенным в данном разделе.

При осложненности НОДА другим расстройством требования к освоению жизненной компетенции дополняются требованиями из соответствующего раздела.

Требования к освоению компонентом жизненной компетенции обучающимися с РАС

Овладение социально-бытовыми навыками - не только одна из важнейших составляющих адаптированной программы для детей с аутизмом, но и один из наиболее трудных для обучающегося с РАС её компонентов. На начальных этапах работы (они имеют и большое диагностическое значение) целесообразно использовать индивидуально ориентированную оценку, основанную на динамике состояния функции, навыка, поведенческой реакции у данного ребёнка.

В случае цензовых вариантов образования обучающихся с РАС постепенно, по мере прояснения реального состояния педагогических характеристик обучающегося, можно переходить на типичную для начального общего образования систему оценок. Необходимо ещё раз подчеркнуть, что это нужно делать постепенно и заранее выработать у обучающегося правильное отношение к собственным ошибкам и оценкам.

Оценка качества образования с учетом компонента жизненной компетенции у обучающихся с РАС осуществляется по следующим направлениям:

Развитие у ребенка стремления к контакту, внимания и ориентации на другого человека, восприятия происходящего. Понимание ребенком, того, что свои переживания можно разделить с другим человеком, получение разнообразного опыта разделенных переживаний. Понимание того, что то, что происходит с ним, значимо для других, а ему может быть близко то, что происходит с другими людьми (очерчивание и разработка общих смысловых полей). Появление возможности спонтанно обратиться, задать вопрос и воспринять ответ не только в узком русле собственного стереотипного интереса.

Приобретение положительного опыта коммуникации, развитие ее адекватных форм, накопление представлений о других людях.

Большая адекватность и эмоциональная стабильность ребенка, появление в его жизни предметов, людей, обстоятельств, на которые раньше он не обращал внимания.

Появление возможности обратиться к прошлому опыту ребенка, а также его собственные обращения к прошлому: «а помнишь?». Возможность использовать его прошлый опыт для осмысления и оценки происходящего и организации поведения ребенка. Появление возможности обсудить происходящее и выделить возможные варианты развития событий, получение ребенком опыта самостоятельного выбора (а ты как хочешь?), выбора не из «хорошего и плохого», а из «хорошего и другого - тоже хорошего», «что начала, а что потом». Появление возможности постепенного

включения ребенка в обсуждение и принятия общего решения, совместной разработки плана будущих действий.

Развитие положительного внимания к новому, появление любопытства. Появление большей стабильности, уменьшения тревоги при нарушении привычного хода событий. Появление внимания и интереса к шутке, попыток шутить самому.

Продвижение в возможности реально оценивать свои силы, понимать, что можно и чего нельзя: на прогулке, в играх, в еде, в физической нагрузке, в приеме медицинских препаратов, осуществлении вакцинации. Понимание ребенком того, что пожаловаться и попросить о помощи – это нормально и необходимо. Появление возможности обратиться за помощью к взрослому. Получение опыта выделения ситуации, когда требуется привлечение родителей, когда возникает необходимость связаться с семьей для принятия решения в области жизнеобеспечения. Появление возможности обратиться ко взрослым при затруднениях в учебном процессе, сформулировать запрос о специальной помощи (Извините, я забыл, не понял. Повторите, пожалуйста).

Наличие динамики формировании бытовых навыков, самостоятельности и независимости в быту. Продвижение в овладении навыками самообслуживания. Развитие представлений об устройстве домашней жизни. Попытки включаться в разнообразные повседневные дела, принимать посильное участие, брать на себя ответственность в каких-то областях домашней жизни. Продвижение в развитии представлений об устройстве школьной жизни. Умение ориентироваться в пространстве школы и в расписании занятий. Появление попыток включаться в разнообразные повседневные школьные дела, принимать в них посильное участие.

Появление попыток и продвижение в возможности решать актуальные житейские задачи, используя вербальную коммуникацию как средство достижения цели. Стремление включиться и поддержать разговор на темы, не связанные с собственными стереотипными интересами, появление большей адекватности в выборе собеседника и темы разговора. Появление

возможности адекватно задать вопрос, выражать свои намерения, просьбу, пожелание, отказ. Появление попыток получать и уточнять информацию от собеседника, не связанную со сверх ценными интересами ребенка. Продвижение в освоении принятых культурных форм выражения своих чувств. Расширение круга ситуаций, в которых ребенок может использовать коммуникацию как средство достижения цели.

Адекватность бытового поведения ребенка с точки зрения опасности/безопасности и для себя, и для окружающих; сохранности окружающей предметной и природной среды. Использование вещей в соответствии с их функциями, принятым порядком и характером наличной ситуации. Расширение и накопление знакомых и разнообразно освоенных мест за пределами дома и школы: двора, дачи, леса, парка, речки, городских и загородных достопримечательностей и др. Продвижение в умении накапливать личные впечатления, связанные с явлениями окружающего мира, упорядочивать их во времени и пространстве. Устанавливать взаимосвязь порядка природного и уклада собственной жизни в семье и в школе, попытки вести себя в быту сообразно этому пониманию. Продвижение в установлении взаимосвязи порядка общественного и уклада собственной жизни в семье и в школе, попытки соответствовать этому порядку. Появление у ребенка любознательности, способности с интересом замечать новое, задавать вопросы, попыток включаться в совместную со взрослым исследовательскую деятельность. Развитие активности во взаимодействии с миром, понимание собственной результативности и ответственности. Накопление опыта освоения нового при помощи экскурсий и путешествий. Попытки передать свои впечатления, соображения, умозаключения так, чтобы быть понятым другим человеком. Опыт включения в свой личный опыт жизненного опыта других людей. Попытки делиться своими воспоминаниями, впечатлениями и планами с другими людьми.

Продвижение в понимании и умении использовать правила поведения в разных социальных ситуациях с людьми разного статуса: с близкими в семье; с учителями и учениками в школе; с детьми на детской площадке, с соседями по дому и с незнакомыми людьми в транспорте, в парикмахерской, в театре, в кино, в магазине, в очереди и т.д. Продвижение в умении адекватно использовать самые простые социальные ритуалы, принятые в окружении ребенка. Большая адекватность в выражении своих чувств соответственно ситуации социального контакта. Расширение круга освоенных социальных контактов.

Для обучающихся с легкой умственной отсталостью требования к освоению жизненной компетенцией соответствуют основным требованиям, изложенным в данном разделе.

Для обучающихся со средней и тяжелой умственной отсталостью результаты освоения жизненной компетенции включают:

Развитие речи как средства общения в контексте познания окружающего мира и личного опыта ребенка: понимание слов, обозначающих объекты и явления природы, объекты рукотворного мира и деятельность человека; умение самостоятельного использования усвоенного лексико-грамматического материала в учебных и коммуникативных целях.

Овладение доступными средствами коммуникации и общения - вербальными и невербальными средствами альтернативной коммуникации: жестами, взглядами, коммуникативными таблицами, тетрадями, воспроизводящими (синтезирующими) речь устройствами (коммуникаторами, персональными компьютерами и другими).

Умение пользоваться доступными средствами коммуникации в практике экспрессивной и импрессивной речи для решения соответствующих возрасту житейских задач: мотивы коммуникации: познавательные интересы, общение и взаимодействие в разнообразных видах детской деятельности; умение вступать в контакт, поддерживать и завершать его, используя невербальные и вербальные средства, соблюдение общепринятых правил коммуникации;

умение использовать средства альтернативной коммуникации в процессе общения: использование предметов, жестов, взгляда, шумовых, голосовых, речеподражательных реакций для выражения индивидуальных потребностей; пользование индивидуальными коммуникативными тетрадями, карточками, таблицами с графическими изображениями объектов и действий путем указания на изображение или передачи карточки с изображением, либо другим доступным способом; общение с помощью электронных средств коммуникации (коммуникатора, компьютерного устройства).

Глобальное чтение в доступных ребенку пределах, понимание смысла узнаваемого слова: узнавание и различение напечатанных слов, обозначающих имена людей, названия хорошо известных предметов и действий; использование карточек с напечатанными словами как средства коммуникации.

Представление о себе как «Я», осознание общности и различий «Я» от других: соотнесение себя со своим именем, своим изображением на фотографии, отражением в зеркале; представления о собственном теле; отнесение себя к определенному полу; умение определять «мое» и «не мое», осознавать и выражать свои интересы, желания; умение сообщать общие сведения о себе: имя, фамилия, возраст, пол, место жительства, интересы; представления о возрастных изменениях человека, адекватное отношение к своим возрастным изменениям.

Умение решать каждодневные жизненные задачи, связанные с удовлетворением первоочередных потребностей: умение обслуживать себя: принимать пищу и пить, ходить в туалет, выполнять гигиенические процедуры, одеваться и раздеваться и другое; умение сообщать о своих потребностях и желаниях.

Умение поддерживать образ жизни, соответствующий возрасту, потребностям и ограничениям здоровья; поддерживать режим дня с необходимыми оздоровительными процедурами: умение определять свое самочувствие (как хорошее или плохое), показывать или сообщать о

болезненных ощущениях взрослому; умение соблюдать гигиенические правила в соответствии с режимом дня (чистка зубов утром и вечером, мытье рук перед едой и после посещения туалета); умение следить за своим внешним видом.

Представления о своей семье, взаимоотношениях в семье: представления о членах семьи, родственных отношениях в семье и своей социальной роли, обязанностях членов семьи, бытовой и досуговой деятельности семьи.

Умение принимать посильное участие в повседневных делах дома: умение выполнять доступные бытовые виды работ: приготовление пищи, уборка, стирка, глажение, чистка одежды, обуви, сервировка стола и другое; умение соблюдать технологические процессы в хозяйственно-бытовой деятельности: стирка, уборка, работа на кухне и другое; соблюдение гигиенических и санитарных правил хранения домашних вещей, продуктов, химических средств бытового назначения; умение использовать в домашнем хозяйстве бытовую технику, химические средства, инструменты, соблюдая правила безопасности.

Представления о мире, созданном руками человека: интерес к объектам, созданным человеком; представления о доме, школе, расположенных в них и рядом объектах (мебель, оборудование, одежда, посуда, игровая площадка и другое), транспорте и т.д.; умение соблюдать элементарные правила безопасности поведения в доме, на улице, в транспорте, в общественных местах.

Представления об окружающих людях: овладение первоначальными представлениями о социальной жизни, профессиональных и социальных ролях людей: представления о деятельности и профессиях людей, окружающих ребенка (учитель, повар, врач, водитель и т.д.);представления о социальных ролях людей (пассажир, пешеход, покупатель и т.д.), правилах поведения согласно социальным ролям в различных ситуациях; опыт конструктивного взаимодействия с взрослыми и сверстниками; умение соблюдать правила поведения на уроках и во внеурочной деятельности,

взаимодействовать с взрослыми и сверстниками, выбирая адекватную дистанцию и формы контакта, соответствующие возрасту и полу ребенка.