

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение среднего профессионального образования
«БРЯНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧИЛИЩЕ (ТЕХНИКУМ)
ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА»

**ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С ОСОБЫМИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ**

для студентов специализации «Адаптивная физическая культура»

Брянск 2024

Ковтун Н.В. Методическая разработка «Основы обучения лиц с особыми образовательными потребностями» для студентов специализации «Адаптивная физическая культура». – Брянск: БГУОР, 2024. – 37 с.

Предлагаемое пособие представляет собой обобщенный опыт использования научных знаний и практического опыта преподавателя на основе изучения и анализа литературы по специальной психологии и коррекционной педагогике.

Данное пособие представляет собой краткий конспект лекций, который позволяет получить общие представления по изучаемым темам, в конце каждой темы есть контрольные вопросы, позволяющие студенту оценить степень усвоения материала.

Рассмотрена на заседании ПЦК общепрофессиональных дисциплин

Протокол № _____ от « _____ » _____ 2024 г.

Председатель ПЦК _____ /Рейх Е.И./

Рекомендована методическим Советом ФГБУ ПОО «БГУОР»

Протокол методического Совета № _____ от « _____ » _____ 2024 г.

«Утвердить»

Заместитель директора по учебно-воспитательной работе

_____ А.Н. Моисеев

СОДЕРЖАНИЕ

1	Предмет и задачи специальной педагогики и специальной психологии.....	4
2	Педагогические и психологические закономерности дизонтогенеза.....	5
3	Структура современной системы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в РФ и перспективы ее развития.....	6
4	Теоретические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями.....	9
5	Организация обучения детей с психическим развитием по типу ретардации (умственная отсталость, ЗПР).....	11
6	Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение слуха).....	17
7	Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение зрения).....	20
8	Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение функций опорно-двигательного аппарата).....	22
9	Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение речи).....	24
10	Организация обучения детей с психическим развитием по типу асинхронии (расстройства аутистического спектра и расстройствами психопатического характера).....	26
11	Психолого-педагогическая поддержка субъектов инклюзивного образования...	29
12	Формирование профессиональных компетенций педагога инклюзивного образования.....	31
	Список литературы.....	35

Тема 1. Предмет и задачи специальной педагогики и специальной психологии

Коррекционная (специальная) педагогика – это один из разделов общей педагогики, который занимается изучением личности детей с отклонениями в психофизиологическом развитии и поведении, затрудняющими их нормальную социализацию, обучение и воспитание.

Предметом коррекционной педагогики является воспитание и обучение детей с нарушениями развития и отклонениями в поведении.

Объектом коррекционной педагогики является личность ребенка, который имеет различного рода отклонения в психическом или физическом развитии, а также отклонения в поведении, что затрудняет его социальную и школьную адаптацию.

Коррекция – это определенная система мер, которые направлены на преодоление и ослабление различных недостатков в психическом и физиологическом развитии, а также отклонений в поведении человека.

Специальная психология - психология особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных факторов и проявляющихся в замедленном или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально – психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее самоопределение.

Специальная психология изучает закономерности недоразвития психической деятельности и формирования личности в условиях аномального развития (в сопоставлении с нормой).

Объект изучения – дети и подростки с врожденными и приобретенными нарушениями психического и физического развития.

Предмет – закономерности развития и проявления психики различных групп аномальных детей.

Установлено, что благодаря специальному обучению и воспитанию аномальных детей происходит коррекция психического развития ребенка, при этом существенную роль имеют ранние сроки направленного воздействия.

Разделы специальной психологии:

1. Сурдопсихология – изучает закономерности развития и проявления психики детей с нарушениями слуха.
2. Тифлопсихология – изучает закономерности развития и проявления психики детей с нарушениями зрения.
3. Психология слепоглухонемых – изучает закономерности развития и проявления психики детей с нарушениями зрения и слуха.
4. Олигофренопсихология (психология детей с выраженными (стойкими) отклонениями в интеллектуальном развитии) - изучает закономерности развития и проявления психики детей с нарушениями интеллекта.
5. Логопсихология - изучает закономерности развития и проявления психики детей с нарушениями речи.
6. Психология детей с задержкой психического развития.
7. Психология детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы.
8. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Методы (адаптированные для решения задач специальной психологии и коррекционной педагогики):

- наблюдение;
- беседа (опрос);
- анкетирование;

- тесты;
- проективные методики.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение коррекционной (специальной) педагогики.
2. Что является предметом, объектом изучения коррекционной (специальной) педагогики?
3. Изложите суть понятия «коррекция».
4. Дайте определение специальной психологии как науки.
5. Что является предметом, объектом изучения специальной психологии?
6. Какие разделы специальной психологии знаете?
7. Какие диагностические методы используются для решения задач специальной психологии и коррекционной педагогики?

Тема 2. Педагогические и психологические закономерности дизонтогенеза

Понятие нарушенного развития входит в круг понятий, объединенных термином дизонтогенез, который обозначает различные формы нарушений онтогенеза. Онтогенез – процесс индивидуального развития человека от момента зачатия до смерти.

Дизонтогенез – нарушенный процесс индивидуального развития.

Аномальное развитие – это отклоняющееся от нормального развития, поэтому аномальные дети должны обучаться и воспитываться в специальных условиях.

Понятие «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека – очень сложное и относительное понятие, поэтому рассматривается в различных значениях.

1. *Среднестатистическая норма* – уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественным и количественным показателям, полученным при обследовании большой группы людей одного возраста, пола и культуры.

2. *Функциональная норма* – индивидуальная норма развития, учитывающая неповторимость каждого человека, является отправной точкой отсчета в реабилитационной (коррекционной) работе, целью которой является адаптация человека к требованиям социума и выполнению ведущей деятельности.

Под нарушением (устаревшее «дефект») в специальной психологии понимается недостаток одной из функций, который нарушает психическое развитие только при определенных обстоятельствах. Л.С. Выготский пишет, что на начальных этапах развития «проблемного» ребенка главным препятствием к его обучению и воспитанию является *«первичный дефект»* (врожденный или приобретенный от рождения до 3-х лет, возникающий в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (головного мозга, анализатора).

При отсутствии коррекционного воздействия в дальнейшем ведущее значение начинают приобретать *вторичные отклонения* (обусловленные первичными, т.е. вытекающие из первичного), и именно они мешают социальной адаптации ребенка. Возникают педагогическая запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения, что обусловлено эмоционально-личностными особенностями на фоне дефицита общения, комфортности и ощущениями неуспеха. Педагогическое воздействие, в первую очередь, направлено **на преодоление и предупреждение вторичных дефектов**. С его помощью может быть достигнута значительная компенсация нарушенных функций. Чем дальше нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции.

Отечественными психологами были выведены четыре *условия*, необходимых для нормального психического развития ребенка:

1. Нормальное здоровье коры больших полушарий головного мозга.
2. Сохранность органов чувств.
3. Нормализация физического развития ребенка.
4. Систематическое обучение и воспитание.

Нарушение любого из этих условий приводит к нарушению психического развития ребенка.

Классификация психического дизонтогенеза (В.В. Лебединский)

I группа – отклонение по типу ретардации (задержка психического развития) и дисфункции созревания головного мозга (умственная отсталость врожденного характера);

II группа – отклонение по типу повреждения (приобретенная умственная отсталость, повреждение сенсорных систем – зрения, слуха, тяжелые нарушения ОДА и речи);

III группа – отклонение по типу асинхронии (ранний детский аутизм и психопатии).

Факторы, отрицательно влияющие на психическое развитие.

1. По времени воздействия:
 - пренатальный (до начала родов);
 - натальный (в период родовой деятельности);
 - постнатальный (после родов до 3 лет).
2. Биологические факторы:
 - хромосомно-генетические отклонения;
 - инфекционные и вирусные заболевания матери;
 - венерические заболевания;
 - эндокринные заболевания;
 - несовместимость по резус-фактору крови;
 - патологическое протекание родов;
 - мозговые травмы.
3. Генетические факторы.
4. Соматические факторы.
5. Социальные факторы.
6. Ранние (до 3 лет) средовые воздействия.

Вопросы для самоконтроля

1. Изложите суть понятий «онтогенез, дизонтогенез».
2. Что такое аномальное развитие?
3. В чем сложность понятия «норма»?
4. Дайте определение среднестатистической, функциональной нормы.
5. Объясните подход Л.С. Выготского к объяснению «первичного дефекта».
6. Какая связь между первичным и вторичным дефектами?
7. Что является предметом коррекционной работы: первичный или вторичный дефект?
8. Каковы условия, необходимые для нормального психического развития ребенка?
9. Выделите основные причины аномального развития ребенка.
10. Перечислите группы психического дизонтогенеза, какие аномалии входят в каждую группу?

Тема 3. Структура современной системы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в РФ и перспективы ее развития

Стратегия развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей с инвалидностью в Российской Федерации на период до 2030 года призвана

определить комплекс действий, адекватных динамике социальных, экономических и политических изменений в жизни страны, учитывающих особенности и потребности детей с ОВЗ и детей с инвалидностью, социальные и психологические реалии их развития.

Конституция РФ провозглашает право каждого на образование, гарантируя общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях. Основное общее образование является обязательным; родители или лица, их заменяющие, ответственны за получение детьми образования.

Стратегия, опираясь на Конституцию РФ, учитывает нормы Конвенции ООН о правах инвалидов, международно-правовые нормы защиты прав инвалидов. Законом «Об образовании в Российской Федерации» регламентировано создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования детьми с ОВЗ, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ОВЗ.

Стратегия призвана консолидировать усилия государства и общества, направленные на повышение социального статуса лиц с ОВЗ и с инвалидностью, снятие для них барьеров и ограничений в различных сферах человеческой жизнедеятельности, в первую очередь при получении образования, создание условий для обеспечения возможности населению этой категории вести обычный, достойный каждого человека образ жизни.

Реализация Стратегии предполагает такие изменения в отечественной системе образования, которые обеспечат доступность и высокое качество образования для обучающихся с ОВЗ, широкие возможности для их социальной адаптации и интеграции, гражданского становления личности, успешной самореализации в индивидуальной жизни, в обществе, в сфере труда и занятости.

В нашей стране дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья могут получать образование в специальных образовательных учреждениях, специальных образовательных подразделениях, образовательных учреждениях общего назначения в формах, предусмотренных Законом Российской Федерации "Об образовании":

- очное,
- заочное,
- вечернее обучение;
- в форме семейного образования,
- самообразования,
- экстерната.

В настоящее время в России одновременно применяются три подхода в обучении детей с особыми образовательными потребностями (ООП).

1. Дифференцированное обучение детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития в специальных (коррекционных) учреждениях I-VIII видов.

I и II вида - специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучения и воспитания детей с нарушениями слуха (глухих и слабослышащих).

III и IV вида - коррекционные учреждения для обучения, воспитания, коррекции отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения (незрячих и слабовидящих детей).

V вида - коррекционное учреждение для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией.

VI вида - коррекционное учреждение для обучения и воспитания для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

VII вида - коррекционное учреждение для обучения и воспитания для детей с задержкой психического развития.

VIII вида - коррекционное учреждение для обучения и воспитания для детей с умственной отсталостью

2. Интегрированное обучение детей в специальных классах (группах) в общеобразовательных учреждениях.

3. Инклюзивное обучение, т.е. совместное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не имеющих таких ограничений, посредством создания специальных условий для получения образования (специальных средств и методов, при участии педагогов-специалистов).

Интегрированное обучение возможно в обычном классе (группе) с получением индивидуальной помощи (это и есть инклюзивное обучение) или с получением помощи в коррекционном, в том числе логопедическом, кабинете (пункте), а также обучение в специальном (коррекционном) классе (группе) в образовательных учреждениях общего типа.

Основные задачи, которые призвана решить система образования:

- подготовить к нормальной личной и общественной жизни детей с нарушениями психофизического развития,

- корректировать их развитие,

- создать как можно больше возможностей для их самостоятельной жизни.

Помимо названных форм получения образования, лица, имеющие специальные образовательные потребности, могут получать образование в форме:

- обучения на дому,

- обучения в условиях стационарного лечебного учреждения.

Для обучения, воспитания и социальной адаптации детей и подростков со сложными, с тяжёлыми нарушениями в развитии, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания им комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей. Это могут быть центры: психолого-педагогической, логопедической и медико-социальной реабилитации; социально-трудовой адаптации и профориентации; социальной помощи. Задачей таких центров является оказание коррекционно-педагогической, психологической и профориентационной помощи, а также формирование навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями.

Во многих регионах России по инициативе родителей и общественных ассоциаций делаются попытки открыть центры семьи и ребёнка, центры реабилитации.

Дети с тяжелой степенью инвалидности, в основном, направляются в интернаты системы социального обеспечения. Для детей с четырехлетнего возраста, имеющих множественные нарушения развития, предусмотрено пребывание в условиях психоневрологических домов-интернатов системы Министерства труда и социального развития. Основой деятельности этих учреждений является медицинская модель оказания социальной помощи детям-инвалидам.

Для достоверной диагностики отклонений развития у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам нарушений у детей создаются постоянные межведомственные психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК).

Вопросы для самоконтроля

1. В чем суть Стратегии развития образования детей с ОВЗ?
2. Какие формы образования для детей с ООП предусмотрены Законом Российской Федерации «Об образовании»?
3. Какие применяются подходы в обучении детей с ООП?
4. Перечислите виды специальных (коррекционных) учреждений для обучения детей с ООП.

5. Какие задачи призвана решить система образования при обучении детей с ООП?
6. В чем суть интегрированного образования для обучения детей с ООП?
7. В чем суть инклюзивного образования для обучения детей с ООП?

Тема 4. Теоретические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями

Коррекционно-развивающее обучение - это обучение, направленное на исправление каких-либо отклонений в развитии ребенка с одновременным раскрытием его потенциальных возможностей, то есть развитием механизма компенсации, которое осуществляется на программном учебном материале. В соответствии с требованиями ФГОС к результатам обучения речь идет не только о достижении предметных результатов, но и о развитии у учащихся высших психических функций (памяти, внимания, восприятия, мышления). Особенно это важно в отношении детей с ОВЗ. Таким образом, *целью* коррекционно-развивающего обучения является создание условий, способствующих развитию личности ребенка и эффективному усвоению учебного материала.

Особое значение при организации обучения детей ОВЗ имеет принцип коррекционной направленности. При его реализации учитель должен проводить уроки таким образом, чтобы в ходе обучения учащиеся не только осваивали учебный материал, но и постепенно исправляли недостатки психического развития.

Краткая характеристика принципов коррекционно-развивающего обучения

Принцип развития динамичности восприятия предполагает построение обучения (уроков) таким образом, чтобы оно осуществлялось на достаточно высоком уровне трудности: таких заданий, при решении которых у школьника возникают какие-то препятствия, преодоление которых и будет способствовать развитию учащегося, раскрытию его возможностей и способностей, а в данном случае - развитие механизма компенсации различных психических функций в процессе обработки этой информации.

Принцип продуктивной обработки информации вытекает из принципа динамичности восприятия. Учитель должен организовать обучение таким образом, чтобы у учащихся развивался навык переноса способов обработки информации, и тем самым развивался механизм самостоятельного поиска, выбора и принятия решения.

Принцип развития и коррекции высших психических функций предполагает организацию обучения таким образом, чтобы в ходе каждого урока упражнялись и развивались различные психические процессы: зрительное внимание, вербальная память, двигательная память, слуховое восприятие, логичность мышления и пр.

Принцип мотивации к учению заключается в том, что задания, упражнения должны быть интересны ученику. Вся организация обучения должна быть ориентирована на добровольное включение ученика в деятельность.

Выделены специальные образовательные *условия*, необходимые для детей с ОВЗ всех категорий, вариантов, форм и выраженности отклоняющегося развития.

1. Организационное обеспечение.
2. Материально-техническое (включая архитектурное) обеспечение.
3. Организационно-педагогические условия.
4. Программно-методическое обеспечение образовательного и воспитательного процесса.
5. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ в образовательной организации.
6. Кадровое обеспечение.

Для различных категорий детей с ОВЗ, в зависимости от их особенностей психического и речевого развития, специфики коммуникации, значимых для обучения в системе дополнительного образования, каждый из перечисленных компонентов специальных условий должен реализовываться в различной степени выраженности, в разном качестве и объёме.

Характерными для всех нозологических групп является следующее:

- особенности приема, переработки, хранения и использования информации;
- специфическое формирование понятий;
- снижение темпа деятельности;
- снижение работоспособности при длительных умственных и физических нагрузках;
- трудности адаптации к новым условиям;
- ограничения возможностей полноценного социального взаимодействия.

Степень проявления особенностей зависит от многих факторов: выраженности нарушения, время его возникновения, начала коррекционной работы, адекватной включенности родителей в коррекционный процесс, собственного потенциала особого ребенка.

Знание об этих особенностях необходимо:

- педагогу при адаптации общеобразовательных программ, а также при их реализации (продлонгация сроков реализации программ, введения дополнительных наглядных, звуковых, тактильных и других опор, поэтапность и четкий алгоритм занятий и др.);
- родителям детей с ОВЗ и инвалидностью при выборе формы обучения (индивидуально или в группе, в инклюзивной или специальной группе, очно или дистанционно);
- родителям нормотипичных детей при решении вопроса о возможности совместного обучения их ребенка с особыми детьми (понимание места и роли особого ребенка в инклюзивной группе при обучении);
- администрации образовательной организации для создания специальных условий для получения образования и при утверждении учебного плана (необходимость приобретения специального оборудования для кабинетов, актового зала и др., обеспечение ассистентов/тьюторов, сурдопереводчиков).

На сегодняшний день большинство образовательных организаций обеспечили создание безбарьерной архитектурной среды, часть имеет оборудование и специальные технические средства, дидактические материалы и учебные пособия, позволяющие детям с ОВЗ и/или инвалидностью получить доступ к качественному образованию.

Определенному ряду категорий детей с ОВЗ и инвалидностью требуется сопровождение таких специалистов, как тьютор, ассистент, сурдопереводчик. Необходимость обеспечения этими специалистами регламентируется решением ПМПК и соответствующей записью в ИПРА.

Тьютор (англ. tutor – наставник, опекун; лат. tueor – наблюдаю, забочусь, оберегаю) – новая специальность в российском образовании.

Тьюторство как педагогическая деятельность становится в условиях инклюзивной школы важным ресурсом для создания эффективной, гибкой, ориентированной на ребенка системы сопровождения. **Задача** тьютора состоит в организации обучения (подготовка дидактических материалов для урока, транслирование заданий учителя, сопровождение и 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). В инклюзивном образовании тьютор, кроме сказанного выше, это специалист, который 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 может создать для ребенка благоприятную среду для успешной учебы и социальной адаптации.

Тьютор может выполнять следующие **функции**:

- педагога сопровождения, воспитателя, который оказывает помощь, выполняет рекомендации ПМПк, ведет педагогическую и воспитательную работу, обеспечивает поддержку педагогов, специальных педагогов, психологов, других необходимых ребенку специалистов на каждом этапе образовательного процесса; включает ребенка с ОВЗ в детский коллектив, организует ситуацию поддержки ребенка с ОВЗ. Помогает всем участникам образовательного процесса осознать, какую помощь можно оказать ребенку с ОВЗ и как правильно это сделать.

Ассистент – помощник, который не имеет педагогического образования и оказывает только техническую помощь обучающимся с ОВЗ/ инвалидностью в образовательном пространстве. Например, помощь в передвижении, сохранении и передаче информации, ориентировке в помещении и др. Часто в качестве ассистентов выступают родители особого ребенка. Ассистент не включается в образовательную деятельность без четких инструкций от тьютора, учителя-дефектолога. Особую потребность в помощи ассистента испытывают обучающиеся с НОДА, РАС, тяжелыми нарушениями зрения.

Сурдопереводчик – сопровождает глухих обучающихся для изложения знаками (специальными жестами) словесного языка. К выполнению должностных обязанностей допускаются люди, имеющие специальное среднее или высшее профессиональное образование. Сурдопереводчик обеспечивает коммуникацию лиц с нарушениями слуха и слышащих, осуществляет перевод на жестовую речь устных выступлений, лекций, перевод спектаклей, фильмов и т.д. Сурдопереводчик также может озвучивать демонстрируемые глухим предложения и тексты. В условиях дополнительного образования сурдопереводчик может брать на себя некоторые обязанности тьютора.

Вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте специальные образовательные условия, необходимые для обучения детей с ООП.
2. Почему для эффективности коррекционного воздействия необходимы специальные образовательные условия для детей с ООП?
3. Определите роль специалистов сопровождения образовательного процесса для детей с ООП: тьютора, ассистента, сурдопереводчика.
4. Раскройте содержание деятельности специалистов: тьютор, ассистент, сурдопереводчик.
5. В чем суть коррекционно-развивающего обучения?
6. Что является целью коррекционно-развивающего обучения?
7. Перечислите принципы коррекционно-развивающего обучения и раскройте их содержание.

Тема 5. Организация обучения детей с психическим развитием по типу ретардации (умственная отсталость, ЗПР)

В отечественной дефектологии интеллектуальные нарушения подразделяют на умственную отсталость и задержку психического развития.

Умственная отсталость (УО) – это стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие органического поражения головного мозга. Морфологические изменения, хотя и с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции.

Причины возникновения УО:

- эндогенные
- экзогенные факторы.

Опираясь на Международную классификацию болезней (МКБ-11), предложенную Всемирной организацией здравоохранения в 2016 г., выделяются 4 степени тяжести УО: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая.

1. УО легкой степени. Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них способны использовать речь в повседневных целях и поддерживать беседу. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. В целом, поведенческие, эмоциональные проявления таких детей мало отличаются от поведения нормальных детей. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, и у многих особой проблемой является чтение и письмо. Такие дети обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей в большей степени практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд.

2. УО умеренная. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Часть таких детей осваивают основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди, в общем, полностью мобильны и физически активны, большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

3. УО тяжелая. По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости, но в более тяжелой форме. У большинства таких детей наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

4. УО глубокая. Идиоты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре. Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии. Все новое часто вызывает страх. Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки и при адекватном надзоре и руководстве дети могут принимать участие в домашних и практических делах. В

большинстве случаев устанавливается органическая этиология. Обычно первыми признаками врожденного слабоумия, если нет явных физических дефектов, служат изменения поведения. Ребенок может быть вялым, пассивным, не реагирует на появление матери, взгляд его не фиксирует предметы, или он чрезвычайно плаксив, может кричать целыми днями без явной причины. В младенческом возрасте возможны судорожные припадки. Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. Они не интересуются игрушками, бросают их или ломают. Если ребенок все же начинает ходить, то обнаруживаются нарушения координации и неустойчивость походки.

Познавательная деятельность детей с умственной отсталостью

Речь: варьируется от полного «безречия» до системного недоразвития речи; характерно выраженное нарушение понимания речи, при этом детям доступно понимание только бытовой лексики, простых фраз, при этом невозможно понимание подтекста, образных выражений, фразеологизмов и т.д.; словарный запас ограничен количественно и качественно, возможности связного высказывания резко ограничены; доступен пересказ простого текста без понимания даже фактической информации; письменная речь для определенной части детей с умственной отсталостью недоступна, для другой части письмо и чтение затруднено.

Восприятие: восприятие характеризуется замедленным темпом; нарушена активность и избирательность восприятия; дети смешивают сходные звуки, зрительные стимулы, похожие предметы и изображения; восприятие цветов доступно частично; отмечают ограничения при восприятии времени и пространства.

Внимание: нарушено и произвольное (в большей степени), и произвольное внимание; отмечают истощаемость и неустойчивость внимания, характерны трудности распределения и переключаемости.

Память: объем памяти ограничен; при этом воспроизведение зачастую характеризуется хаотичностью; механическая память, как правило, у определенной группы детей достаточно сохранна; резко выражено ограничение возможности запоминания вербальных стимулов; произвольное запоминание затруднено и формируется позже, чем у сверстников, при этом проще запоминаются внешние, случайные зрительные элементы.

Мышление: формирование всех мыслительных операций замедлено и затруднено; уровень сформированности мыслительных операций зависит от степени выраженности нарушения интеллекта; отмечают инертность и тугоподвижность мыслительных процессов; абстрактное мышление не развивается; детьми усваиваются наиболее конкретные и сходные признаки объектов и предметов; характерно ограничение понимания или невозможность понимания причинно-следственных связей между явлениями, событиями, объектами, предметами. Характерны не критичность, невозможность оценить свою работу и деятельность сверстников, выявить собственные и чужие ошибки; крайне слабая или отсутствующая регулирующая роль мышления; минимальный самоконтроль или его отсутствие; характерна невозможность переноса усвоенных операций, способов действия в новые условия или ситуацию.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: отмечается эмоциональная незрелость, степень проявления которой зависит от степени выраженности основного нарушения; могут наблюдаться колебания эмоционального фона от повышенной эмоциональной возбудимости до апатии; не понимают оттенки и эмоции окружающих и свои собственные, не умеют выражать вербально собственные эмоциональные проявления; мотивация неустойчивая, ситуативная, примитивная; преобладающими являются элементарные: еда, сон, сексуальные потребности; характерна сниженность критичности, дети не могут оценить свои неудачи, довольны своей работой или собой; отмечают неадекватная самооценка и неадекватный уровень притязаний; отзывчивы на похвалу, ласковое обращение, при этом на критику реагируют либо нейтрально, либо отрицательно (расстраиваются, могут давать агрессивные реакции). Для части детей характерна адекватная реакция на окружающую обстановку; отмечают несформированность произвольных форм

поведения; неспособность к самоконтролю, невозможность оценить или спрогнозировать последствия поступков или событий; коммуникация со сверстниками и взрослыми затруднена, отмечается стереотипность, шаблонность поведения; не сформированы волевые усилия, самостоятельность, инициативность, целеустремленность.

Двигательная сфера: двигательные нарушения при умственной отсталости проявляются дифференцированно при разных степенях выраженности органического поражения головного мозга; координация движений в общей, мелкой и артикуляционной моторике нарушена, при этом страдают их объем, переключаемость, последовательность и другие характеристики; ходьба, бег, ползание и другие виды движения характеризуются выраженной моторной неловкостью; практически невозможны прыжки на одной ноге или на двух ногах, подъем и спуск по лестнице и другие движения.

Работоспособность: уровень работоспособности умственно отсталого ребенка зависит от степени поражения головного мозга; работоспособность снижена, при этом может отмечаться состояние охранительного торможения; характерна выраженная психическая истощаемость, которая усугубляется при наличии отвлекающих факторов.

Особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с УО

Обучение и воспитание детей с легкими формами умственно отсталости направлены на максимальное преодоление (ослабление) недостатков познавательной сферы.

Результативность коррекционной помощи во многом зависит от раннего выявления умственной отсталости и своевременного начала специального обучения.

Обучение детей школьного возраста с нарушением интеллекта осуществляется в специальных коррекционных учреждениях - школах VIII вида - по специальным программам на основе специального образовательного стандарта.

Основные особенности образовательного процесса:

- главная задача - максимальная коррекция недостатков в процессе обучения, воспитания, специальных занятий по исправлению дефектов развития, социальная адаптация в условиях современного общества;

- особое значение придается трудовому обучению, профессиональной подготовке (с учетом производственного окружения школы, возможностей проведения производственной практики и трудоустройства выпускников).

Цель воспитательной работы - социализация воспитанников. Задачи воспитательной работы:

- формирование положительных личностных качеств, правильной оценки окружающих и самооценки, нравственного отношения к другим;

- повышение регулирующей роли интеллекта в поведении воспитанников.

Многие выпускники специальных (коррекционных) школ VIII вида обустроивают свой быт, востребованы на рынке труда.

Задержка психического развития (ЗПР) – это нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

ЗПР как психолого-педагогический диагноз ставится только в дошкольном (не ранее 5 лет) и младшем школьном возрасте; если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о конституциональном инфантилизме или об умственной отсталости.

ЗПР неоднородна, в связи с чем существует множество классификаций (Е.М. Мастюковой, М.С. Певзнер и др.). Наибольшую известность в психолого-педагогической сфере получила **классификация** по этиопатогенетическому принципу, предложенная К.С. Лебединской. Она выделяет **четыре типа**: ЗПР конституционального происхождения; ЗПР

соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения; ЗПР церебрально-органического происхождения.

1. ЗПР конституционального происхождения. Это гармонический психический и психофизический инфантилизм, при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Такие дети внешне часто выглядят сублильными, рост их ниже среднего, лицо сохраняет черты более раннего возраста.

2. ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

3. ЗПР психогенного происхождения. Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. ЗПР психогенного происхождения чаще всего обусловлен явлениями гипоопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Вариант аномального развития личности по типу «кумира семьи» обусловлен, наоборот, гиперопекой – неправильным изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку. Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

4. ЗПР церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм). Этот тип ЗПР занимает основное место в данной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. В основе ЗПР этой группы детей присутствует негрубая органическая недостаточность нервной системы (патология беременности, недоношенность, асфиксия и травма в родах, постнатальные нейроинфекции).

Познавательная деятельность детей с ЗПР

Речь: нарушение понимания устной и письменной речи (отдельных слов, словосочетаний, простой и сложной фразы, образных выражений, устных и письменных текстов); разнообразное по проявлениям нарушение звукопроизношения (от нарушения отдельных звуков до искажения нескольких групп звуков); бедность и неточность словарного запаса, преобладание существительных и глаголов, усвоение прилагательных вызывает трудности; аграмматизм различной степени выраженности (неверное употребление падежных и предложно-падежных форм, числа, времени, вида глаголов и др.); спонтанная речь может быть невнятная, смазанная.

Восприятие: нарушение целостного восприятия предметов, объектов.

Внимание: отмечаются неустойчивость, нарушение переключаемости, трудности концентрации; распределения внимания.

Память: недостаточный объем памяти, низкая скорость запоминания; преобладание механического запоминания и наглядной памяти; снижение вербальной памяти,

недостаточная целенаправленность и произвольность при запоминании и воспроизведении информации.

Мышление: трудности реализации всех мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования, классификации, конкретизации и обобщения; недостаточная гибкость мышления, его инертность; при предъявлении различных задач/ситуаций – склонность к стереотипии и шаблонным решениям; преобладает наглядно-действенное мышление, при этом наиболее доступно выполнение заданий по аналогии; при анализе предмета/объекта/ситуации выделяются преимущественно малозначимые или второстепенные детали, снижение познавательной активности и продуктивности при решении интеллектуальных задач.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: отставание в развитии эмоциональной сферы также характеризуется вариативностью проявлений – от страхов, боязливости, пониженного фона настроения до повышенного фона настроения, возбудимости, агрессивности; мотивационная сфера и познавательный интерес снижены; снижена потребность в общении со сверстниками и взрослыми; нарушение самоконтроля практически во всех видах деятельности.

Двигательная сфера: трудности в реализации сложных двигательных программ; затруднения ориентировки в пространстве и осуществлении двигательных актов обусловлены нарушением формирования пространственного анализа и синтеза.

Работоспособность: характерны колебания активности и работоспособности; период интеллектуального напряжения, сосредоточенности характеризуется краткостью, после которого наступает утомление; доступно понимание материалов небольшого объема; на фоне утомления могут возникнуть реакции возбудимости, агрессивности или, наоборот, пассивность и заторможенность.

Таким образом, группы детей с ЗПР по своим психическим проявлениям неодинаковы. Степень и характер их дефекта зависят от причин, которые обусловили задержку. Наиболее нарушены общие характеристики деятельности (целенаправленность, контроль, совмещение речевой и предметной деятельности), аффективно-личностная и интеллектуальная сферы.

Особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР

Дети с ЗПР посещают, в основном, дошкольные образовательные учреждения компенсирующего и комбинированного вида, а также группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии.

Направление в специальное дошкольное учреждение или группу осуществляется на основании решения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

Для оказания помощи открываются следующие группы: младшая (от 2,5 до 3,5 лет); средняя (от 3,5 до 5 лет); старшая (для детей в возрасте 5-6 лет).

По окончании специального дошкольного учреждения или группы ребенок переводится (в зависимости от диагностических показателей):

- в специальные образовательные учреждения (школы VII вида),
- в коррекционные классы при общеобразовательных школах;
- в обычные классы (инклюзивное образование).

Координационно-развивающая работа ведется при участии семьи ребенка.

Особенности обучения:

- адаптированные программы и учебные планы (в соответствии со специальным образовательным стандартом);
- изучение специальных предметов (развитие речи, ознакомление с окружающим миром, ритмика и др.);
- индивидуально-групповая коррекционная работа (логопедические занятия, восполнение пробелов в знаниях, пропедевтика нового учебного материала);

- факультативные курсы (художественно-эстетические, музыкальные, трудовые, спортивные и т. п.).

По данным, которые приводит Н.М. Назарова, около половины детей с ЗПР после начальной школы способны обучаться далее в обычных классах, другие дети со стойкими формами ЗПР - только в условиях коррекционного класса. Многие школьники с ЗПР после 9 лет обучения продолжают свое образование (вечерние школы, техникумы, колледжи) или устраиваются на работу.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные особенности образовательного процесса детей с УО?
2. Раскройте понятие «умственная отсталость».
3. Дайте содержательную характеристику классификации УО.
4. Назовите особенности познавательной деятельности детей с УО.
5. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с УО?
6. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с УО.
7. Какие основные особенности образовательного процесса детей с ЗПР?
8. Раскройте понятие «задержка психического развития».
9. Какая классификация ЗПР наиболее распространена в РФ?
10. Дайте характеристику каждому виду ЗПР.
11. Назовите особенности познавательной деятельности детей с ЗПР.
12. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с ЗПР?
13. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с ЗПР.

Тема 6. Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение слуха)

К категории детей с сенсорными нарушениями в отечественной дефектологии относят детей, имеющих нарушения слуха или зрения.

Нарушения слуха *классифицируются* по различным основаниям. Так, по степени выраженности дефекта и времени его наступления выделяют следующие группы.

1. Глухие (ранооглохшие) – дети, родившиеся с уже нарушенным слухом или потерявшие его до начала речевого развития или на его ранних этапах (до 3-х лет).
2. Слабослышащие (тугоухие) – дети с частичной потерей слуха.
3. Позднооглохшие – те, кто к моменту наступления глухоты или серьезного нарушения слуха обладал уже в достаточной степени сформированной речью.

Особенности развития психики наиболее отчетливо выражены у детей с глухотой. **Глухота** – это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии.

Причины возникновения нарушений слуха:

- эндогенные;
- экзогенные факторы.

Познавательная деятельность детей с нарушением слуха. Восприятие устной речи происходит тремя способами (на слух, зрительно, слухо-зрительно) в зависимости от возможностей; нарушения произношения, ошибки при произнесении слов; ограниченный словарный запас, неточное понимание и неправильное употребление слов; недостатки грамматического строя речи (аграмматизм при воспроизведении фраз, предложений, текста); трудности понимания предложений с нетрадиционным порядком слов/словосочетаний и ограниченное понимание текста.

Виды речи:

- письменная;
- устная;
- дактильная;
- жестовая (жестовая калькирующая и жестовая русская).

Восприятие: особенности зрительного восприятия изображений – вычленение незначимых деталей.

Внимание: сниженный объем внимания; низкий темп переключения, меньшая устойчивость, требуется определенное время для окончания одного действия и перехода к другому.

Память: преобладание образной; механической памяти; снижение отчетливости, яркости воспроизведения объекта.

Мышление: наглядно-образное; специфические особенности мыслительных операций анализа, синтеза, классификации, обобщения и др.; трудности в использовании теоретических знаний на практике.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: непонимание и трудности дифференциации эмоциональных проявлений окружающих; обедненность эмоциональных переживаний, примитивные эмоции, трудности с формированием глубоких нравственных чувств; наличие комплексов – неуверенность в себе, страх, которые могут проявиться в ситуации непонимания речи окружающих; гипертрофированная зависимость от близкого взрослого; завышенная самооценка, а в некоторых случаях – агрессивная реакция на критику; приоритетное общение с учителем и ограничение взаимодействия со сверстниками (особенно слышащими); специфическая реакция на новые обстоятельства (незнакомые задания, обстановку, людей) – боязнь ошибиться и уход, отказ от общения с незнакомым человеком; трудности в адаптации – возможны проявления замкнутости, предпочитают общение с себе подобными, часто уходят от взаимодействия со слышащими сверстниками из-за боязни быть неуспешными; проявления «неагрессивной агрессивности» – глухой использует невербальные средства для привлечения внимания собеседника (схватить за руку, постучать по плечу, подойти очень близко, заглядывать в рот сверстника и т.д.), что воспринимается слышащими как проявление агрессии.

Двигательная сфера: возможны незначительные проблемы с координацией движений и равновесием; глухие/слабослышащие испытывают трудности при восприятии и осмыслении инструкции.

Работоспособность: повышенная утомляемость из-за постоянного напряжения при восприятии и осмыслении информации; сниженный темп выполнения задания из-за потребности воспринять, понять и осмыслить предложенные инструкции, задания; что проявляется в виде рассеянности, расторможенности, отказа от деятельности и снижения мотивации к деятельности.

Особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением слуха

Неслышащие (глухие) дети могут обучаться в специальных (коррекционных) школах I вида, которые осуществляют образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения 5–6 лет, в зависимости от учебных предметов, или 6–7 лет, с учетом подготовительного класса);

ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 5–6 лет)

ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения 2 года).

В первый класс, как правило, принимаются дети с 7 лет. Для детей, не прошедших дошкольной подготовки, организуется подготовительный класс. Наполняемость классов 6 человек. В составе школ I вида организуются классы для глухих детей с комплексными нарушениями (умственной отсталостью, ЗПР), работа в которых организуется по специальным учебным планам и программам. Наполняемость таких классов 5 человек.

Существует два стандарта обучения детей с нарушениями слуха:

- для слабослышащих (педагогика слабослышащих);
- для глухих (педагогика глухих).

Варианты обучения зависят от сложности дефекта, так как при нарушении слуха могут быть нарушения интеллекта, нарушения зрения, ДЦП и множественные нарушения. По данным исследователя Т.А. Розановой:

- 25-30% – глухота и задержка психического развития (ЗПР);
- 3-3,5% – глухота и ДЦП;
- 25% – глухота и нарушение зрения (синдром Ушера – нарушение слуха с прогрессирующей потерей зрения).

В современной сурдопедагогике применяются две системы обучения глухих:

- на основе билингвистического подхода;
- на основе словесной речи.

Билингвистический подход основан на том, что равноправными и равноценными средствами специального образовательного процесса являются: словесная речь и жестовая речь, что стало основополагающим принципом билингвистического подхода.

Коррекционные учреждения II вида. Эти учреждения создаются для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей.

Ценовой уровень общеобразовательной подготовки выпускников специальной школы II вида отвечает нормативным требованиям государственного общеобразовательного стандарта.

Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения:

отделение – для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха, наполняемость классов – 10 человек;

2-е отделение – для воспитанников с глубоким недоразвитием речи, наполняемость классов – 8 человек.

В первый класс 1-го и 2-го отделений зачисляются дети с 7 лет, во 2 отделении может быть организован подготовительный класс.

Педагогический процесс, основа которого – коррекционно-развивающий принцип обучения, имеет особую содержательную и методическую направленность. Своеобразие содержания специального образования детей с частичным нарушением слуха обусловлено педагогически адаптированной к особым образовательным потребностям данной категории учащихся системой знаний, умений и навыков, опыта творческой деятельности и эмоционально-ценностного отношения к миру, усвоение которой обеспечивает развитие личности.

Образование слабослышащих детей строится на полисенсорной основе, которая обеспечивается системой специальных занятий, в процессе которых происходит:

- формирование навыков чтения с губ;
- овладение техникой речи;
- использование и развитие остаточного слуха.

В отечественной педагогике существует методика обучения детей дошкольного возраста, которая используется в детских садах для глухих и слабослышащих детей. По решению психолого-медико-педагогической комиссии в группу (по 6 человек) принимаются дети 1,5-2 лет, срок обучения составляет от 4 до 5 лет.

Методика Э. И. Леонгард предполагает самое активное участие родителей в обучении глухих и слабослышащих детей. Родители занимаются с детьми по «методическим рекомендациям».

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое глухота, каковы причины ее возникновения у детей?
2. Назовите классификацию нарушений слуха.

3. Назовите особенности познавательной деятельности детей с нарушением слуха.
4. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с нарушением слуха?
5. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с нарушением слуха.
6. Назовите особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением слуха.

Тема 7. Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение зрения)

Следующая группа детей с сенсорными нарушениями – *слепые и слабовидящие*. Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения.

Классификация нарушений зрения

1. Слепые – дети с полным отсутствием зрительных ощущений:
 - слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет;
 - ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже
2. Слабовидящие – зрение остается основным средством восприятия в учебном процессе, как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не заменяют зрительных функций, как это происходит у слепых.

Познавательная деятельность. Речь: недоразвитие всех сторон речи: звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя, связной речи; трудности понимания речи, обусловленные использованием конкретного значения слова и несформированностью смысловой стороны слова.

Восприятие: преимущественное использование тактильного и кинестетического анализаторов для исследования окружающей среды; нарушение целостности и осмысленности воспринимаемых объектов; фиксация на второстепенных деталях.

Внимание: внимание (непроизвольное и произвольное) снижено, сниженный объем внимания, хаотичность при переходе от одного вида деятельности к другому.

Память: снижение скорости запоминания; затруднения в припоминании.

Мышление: обеднены представления об окружающем, затруднено выделение существенных признаков предметов; трудности анализа и синтеза; нарушения классификации, обобщения, абстрагирования и конкретизации.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: трудности понимания эмоций окружающих; нарушение проявления внутренних состояний, эмоций; сужение круга интересов из-за ограничений чувственного опыта; неуверенность в правильности выполнения работы; частое обращение к взрослому за помощью; возможны эгоистические черты характера, равнодушие к окружающим, замкнутость, некоммуникабельность.

Двигательная сфера: нарушение позы при различных движениях: ходьбе, беге, играх и т.д.; движения неуверенные и недостаточно целенаправленные; нарушена координация движений различной степени.

Особенности работоспособности: повышенная утомляемость, что проявляется в виде рассеянности или расторможенности; наличие астенического состояния, для которого характерно нервное напряжение, снижение мотивации к обучению, снижение психической активности.

Школы для слепых и слабовидящих являются составной частью единой государственной системы специального образования и функционируют на основе принципов, присущих этой системе обучения и воспитания детей с особыми

образовательными потребностями. Обучение и воспитание в школах слепых и слабовидящих имеют ряд собственных принципов и особых задач, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, организацию дифференцированного обучения.

Школы для слепых и слабовидящих детей должны выполнять следующие функции: учебно-воспитательную, коррекционно-развивающую, санитарно-гигиеническую, лечебно-восстановительную, социально-адаптационную и профориентационную. Это обеспечивает нормализацию развития детей с нарушенным зрением, восстановление нарушенных связей с окружающей средой.

Специфика работы школ для слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем:

- в учете общих закономерностей и специфических особенностей развития детей, в опоре на здоровые силы и сохранные возможности;
- в модификации учебных планов и программ, увеличении сроков обучения, перераспределении учебного материала и изменении темпа его прохождения;
- в дифференцированном подходе к детям, уменьшении наполняемости классов и воспитательных групп (до 15 учащихся), применении специальных форм и методов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехники;
- в специальном оформлении учебных классов и кабинетов, создании санитарно-гигиенических условий, организации лечебно-восстановительной работы;
- в усилении работы по социально-трудовой адаптации и самореализации выпускников.

Для учащихся таких школ выпускается весьма разнообразная литература, издаваемая в системе Брайля, сочетающие рельефную и цветную печать.

Обучение общеобразовательным предметам учащихся с нарушением зрения ведется по программам массовой общеобразовательной школы с применением специальных форм и методов работы, дидактических средств наглядности и тифлотехнических устройств. В связи с увеличением срока обучения дается иное распределение программного материала по годам обучения.

Дети с нарушениями зрения могут обучаться в общеобразовательной массовой школе, если для них созданы там специальные образовательные условия: специальная освещенность, наличие тифлотехнических средств, специальных учебников, психолого-педагогическое сопровождение детей специалистами - тифлопедагогами, тифлопсихологами; образовательный процесс должен иметь коррекционную направленность в той же мере, что и в специальной школе.

Для детей с нарушенным зрением должны быть организованы специальные коррекционные занятия: ритмика, лечебная физкультура, коррекция нарушений речи, занятия по социально-бытовой и пространственной ориентировке, развитию зрительного восприятия.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите классификацию нарушений зрения у детей.
2. Каковы причины возникновения нарушений зрения у детей?
3. Назовите особенности познавательной деятельности детей с нарушением зрения.
4. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с нарушением зрения?
5. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с нарушением зрения.
6. Назовите особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением зрения.

Тема 8. Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение функций опорно-двигательного аппарата)

Наиболее распространенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата является **детский церебральный паралич (ДЦП)** – заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями: параличами, слабостью мышц, нарушением координации, произвольными движениями. Выраженность заболевания зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности.

Психическое развитие детей с ДЦП разнообразно и специфично одновременно. Нет прямой зависимости между степенью поражения двигательной системы и познавательной деятельностью. 50% детей с ПОДа имеют ЗПР, 25% - УО и 25% - нормальный интеллект.

Классификация ДЦП (К.А. Семенова)

1. Спастическая диплегия – функции рук поражены в меньшей степени, чем ноги. Дети этой группы способны самостоятельно передвигаться, чаще нуждаются в подручных средствах передвижения (костыли, коляски и др.). Многие могут обучаться в массовой школе.

2. Двойная гемиплегия. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Интеллектуальное развитие таких детей на уровне умственной отсталости, чаще всего умеренной, тяжелой и глубокой степени.

3. Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Практически все дети ходят самостоятельно. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения.

4. Гиперкинетическая форма. При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе.

5. Атонически-астатическая форма. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе. При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести: умственная отсталость в легкой, умеренной, тяжелой степени.

Познавательная деятельность. Речь: Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями, 80 % детей с ДЦП имеют речевые нарушения: звукопроизношение; могут отмечаться нарушения голоса, а также носовой оттенок в речи; словарный запас чаще всего ограничен: затруднения в понимании и употреблении слов, используются преимущественно короткие стереотипные фразы.

Восприятие: замедленное, мало дифференцированное; объекты и предметы могут восприниматься фрагментарно; затруднено понимание пространственного расположения предметов и их словесного обозначения.

Внимание: неустойчивое, отмечается повышенная отвлекаемость, трудности концентрации; переключения и распределения внимания.

Память: снижен объем памяти, преобладает механическое запоминание; трудности запоминания на слух и зрительно (нарушение двигательной памяти, порядка слов, цифр, их перестановка и т.д.).

Мышление: ограниченный объем знаний и представлений об окружающем мире; инертность мышления, ограничение возможностей сравнения, абстрагирования, обобщения.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: вариативность эмоциональных расстройств: повышенная эмоциональная возбудимость, гипертоническая возбудимость на стандартные

раздражители, склонность к колебаниям настроения; аффективные реакции (гнев, истерики, реакции протеста и т.д.) или страхи; личностная незрелость проявляется в повышенной внушаемости, неуверенности в себе, несамостоятельности, эгоцентризме и слабой ориентации в практических жизненных вопросах;

Двигательная сфера: движения могут быть нарушены в различной степени – от полной неподвижности до отдельных затруднений в мелкой моторике; в общей и мелкой моторике нарушение переключаемости с одного движения на другое, их неточность, нечеткость, уменьшенный объем; отмечается нарушение зрительно-моторной координации – трудности в координации движений глаз и руки при письме, занятиях спортом, конструировании и др.; характерны трудности графомоторной деятельности при рисовании, письме.

Работоспособность: пониженная работоспособность, неспособность к длительному интеллектуальному и психическому напряжению; повышенная истощаемость, утомляемость или неравномерность работоспособности, которая может изменяться несколько раз в течение занятия, когда утомление сменяется активностью, и, наоборот; на фоне истощаемости могут быть реакции раздражительности, плаксивости, проявления агрессии и протеста, двигательная расторможенность или отказ от выполнения заданий/упражнений.

Организация и содержание коррекционно-развивающего обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической, социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения.

Основные принципы коррекционно-педагогической работы: комплексный характер коррекционно-педагогической работы; раннее начало коррекционно-педагогического последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции; организация работы в рамках ведущей деятельности (стимуляция основного для данного возраста вида деятельности); наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития; необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания; родители - основные участники педагогической помощи при ДЦП; активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность; доброе, терпеливое отношение должно сочетаться с требовательностью.

60-70% детей с церебральным параличом обучаются в школах-интернатах. Задачи специализированного образовательного процесса: сочетание обучения и воспитания с лечебной работой; трудовая подготовка; профессиональная ориентация.

Формы обучения в общеобразовательной организации детей с двигательной патологией:

- интеграция в обычных классах при массовых общеобразовательных школах;
- инклюзивная форма по адаптированной программе;
- надомное обучение при массовой школе;
- дистантная форма обучения.

Необходимо создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить полноценное развитие, социальную адаптацию и личностную реализацию.

В образовательной организации общего типа должны быть созданы специальные материально-технические условия, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа детей с НОДА в здания и помещения образовательной организации, их пребывания, обучения и воспитания (пандусы, съезды на тротуарах, лифты, поручни, специальные санузлы, специально оборудованные учебные места, специализированное учебное, реабилитационное, медицинское оборудование и т.д.). Образовательная организация должна предоставить услуги тьютора, для того, чтобы оказывать обучающимся необходимую помощь.

Профорентация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится в течение всего образовательного процесса. Цель профорентации: подготовка к будущей профессии детей с церебральным параличом в соответствии с психофизиологическими возможностями, интересами воспитанников.

Вопросы для самоконтроля

1. Расшифруйте понятие ДЦП, каковы причины его возникновения.
2. Назовите классификацию ДЦП.
3. Назовите особенности познавательной деятельности детей с ДЦП.
4. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с ДЦП?
5. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с ДЦП.
6. Назовите особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с ДЦП.

Тема 9. Организация обучения детей с психическим развитием по дефицитарному типу (нарушение речи)

Как показали работы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия и других ученых, человеческие формы поведения, речь, психические функции и способности не даны ребенку от рождения. Они формируются под решающим влиянием целенаправленного воспитания и обучения, условий его жизни в обществе. Речевые нарушения для данной группы детей являются первичными, вторичными – познавательные процессы.

Причинами речевых нарушений являются эндогенные и экзогенные факторы.

Выделяются 3 группы детей с речевыми нарушениями:

1 группа – не имеющие речи к 5-6 годам, когда у нормально развивающихся детей сформирована фразовая речь;

2 группа – активный словарь таких детей небольшой, много дефектов при произношении, построении предложений, которые очень просты;

3 группа – дети, у которых, в большой степени, страдает коммуникативная функция речи: сами не являются организаторами коммуникации, при вопросах – дают ответы, но построение фраз не отличается развернутостью.

Степень выраженности нарушений познавательной, эмоциональной сферы, пространственно-временных и двигательных особенностей, работоспособности связаны с тяжестью речевого нарушения и наличием дополнительных отклонений в развитии.

Познавательная деятельность

Речь: нарушение звукопроизношения; затруднения при воспроизведении слов; трудности понимания речи, ограничение словарного запаса, аграмматизм (неверное употребление окончаний, неправильное образование слов, трудности правильного использования слов в словосочетаниях и предложениях).

Восприятие: трудности в развитии всех видов восприятия.

Внимание: произвольное внимание неустойчиво; трудности сосредоточения, переключения внимания, особенно при использовании вербальных инструкций.

Память: слуховая память снижена и зависит от уровня речевого развития (чем ниже уровень речевого развития, тем хуже слуховая память); объем зрительной памяти практически не отличается от возрастной нормы; страдает продуктивность запоминания, особенно при вербальном предъявлении материала.

Мышление: инертность мыслительных процессов; трудности операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования; предметно-действенное и наглядно-образное мышление значительно преобладает над абстрактно-логическим; характерны

трудности выделения существенных признаков, ориентация на второстепенные или случайные признаки.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: у части детей - негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость; трудности в общении и налаживании контактов со сверстниками и взрослыми.

Двигательная сфера: нарушения в развитии двигательной сферы, т.е. общей и мелкой моторики.

Работоспособность: быстрая утомляемость, что сказывается на поведении (вялость или повышенная двигательная активность), на самочувствии (головные боли); трудности в сохранении усидчивости, работоспособности и произвольного внимания на протяжении всего занятия.

В специальную школу-интернат v вида для детей с тяжелыми нарушениями речи поступают дети с различными видами и формами речевой аномалии при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте в возрасте от 7 до 12 лет. Чтобы обеспечить учащимся всестороннее развитие с учетом особенностей их речевых недостатков, в школе предусмотрено два отделения.

В первое принимают детей с грубо выраженным общим недоразвитием речи (алалией, афазией, алалией, осложненной заиканием, дизартрией, ринолалией).

Второе отделение предназначено для детей с тяжелой формой заикания при отсутствии системного недоразвития речи.

С учетом выраженных и стойких отклонений в речевом развитии детей, в специальной школе предусматривается использование специфических методов и приемов обучения, направленных в первую очередь на восполнение пробелов речевого развития, создаются условия для овладения основами наук и всестороннего развития учащихся, осуществляются систематические лечебно-профилактические мероприятия. В каждом классе учится 12-14 человек, что обусловлено своеобразием работы по преодолению речевых дефектов и индивидуализацией занятий. Используется щадящий, здоровьесберегающий, комфортный режим обучения и нагрузок. В середине каждого урока рекомендуется проводить физкультурную минутку, направленную на снятие общего мышечного напряжения и коррекцию осанки детей для ослабления зрительного напряжения и активизации зрительной системы.

С учетом речевых нарушений следует использовать индивидуально ориентированные специфические приемы и методы логопедической коррекции.

При этом требуется выбрать индивидуальный темп обучения; с возможным изменением сроков продвижения в образовательном пространстве (в случаях тяжелых нарушений речи). Важна особая организация диагностических, проверочных и контрольно-оценочных средств: сокращение объема контрольных заданий, адресные пошаговые задания с более дробными инструкциями (при необходимости с неоднократным повтором); увеличение времени на выполнение, самоанализ работы и исправление ошибок.

Благодаря систематической коррекционной работе, большая часть детей с различными аномалиями в речевом развитии способна овладеть таким же объемом знаний, умений и навыков, что и учащиеся общеобразовательной школы, но за более длительный срок обучения. При первом отделении имеется подготовительный класс, в который принимают детей с глубоким недоразвитием речи 7-8-летнего возраста, не прошедших дошкольной подготовки в специальном детском саду или в специальных группах для детей с нарушениями речи при массовых детских садах.

Возможно обучение на дому и/или дистанционно (в случае тяжелых форм речевой патологии при сочетанных нарушениях развития).

Вопросы для самоконтроля

1. Речевые нарушения – первичный, вторичный дефект, причины его возникновения?

2. Назовите классификацию речевых нарушений.
3. Назовите особенности познавательной деятельности детей с речевыми нарушениями.
4. В чем особенности эмоционально-волевой сферы детей с речевыми нарушениями?
5. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с речевыми нарушениями.
6. Назовите особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с речевыми нарушениями.

Тема 10. Организация обучения детей с психическим развитием по типу асинхронии (расстройства аутистического спектра)

Под термином **аутизм** понимают «отрыв от реальности, себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние действия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой» (К.С. Лебединская).

Синдром раннего детского аутизма (РДА) - модель особого - искаженного - варианта нарушения психического развития: отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие - патологически ускоренно (иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи).

Степень проявления (4 степени) вариативна – от незначительной, практически незаметной до тяжелой, на фоне генетических заболеваний или органических поражений центральной нервной системы.

Причины аутизма недостаточно ясны (генетические факторы, органическое поражение ЦНС, психогенные факторы).

Основными признаками синдрома РДА является триада симптомов:

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

Аутизм проявляется наиболее ярко в возрасте 3-5 лет.

Для поведения аутичного ребенка весьма характер *феномен тождества*, проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем. Внешне эти реакции на изменения могут проявляться в беспокойстве, страхах, агрессии и самоагрессии, гиперактивности расстройствах внимания, расщеплении, в многократном повторении одних и тех же движений и действий - от самых простых (раскачивание, потряхивание руками) до сложных ритуалов; стремлении к жесткому постоянству в бытовых привычках (пища, посуда, одежда, прогулки, книги, музыкальные произведения и т.д.); повторении одних и тех же звуков, слов; ритмичном постукивании по окружающим предметам (кубиком по столу и т.п.), обнюхивании и облизывании иногда совершенно неподходящих для этого предметов и т. п.

Стереотипность проявляется и в игре: типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий. Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит куличи, а просто пересыпает песок.

Аутизм можно в большей или меньшей степени скомпенсировать, иногда (очень редко) можно добиться очень высокого уровня социальной адаптации, но, хотя бы легкие, часто не выходящие за рамки характерологических вариантов, аутистические черты все-таки сохраняются.

Познавательная деятельность

Речь: вариативность речевых нарушений: от задержки в одних случаях до ускоренного развития речи в других; отсутствие реакции на речь взрослого; затруднено восприятие речи, письменная речь часто воспринимается легче, чем устная; может отмечаться мутизм – отказ от речи; фиксируется интонационное (монотонность, скандированность или неоправданная певучесть, нарушение словесного ударения, речь шепотом и др.) и лексическое (говорит про себя во втором или третьем лице, не употребляет местоимение «Я» или это формируется намного позднее) своеобразие развернутой речи; характерны эхололии - стереотипные неоправданные повторения звуков, слов, фраз или стереотипные высказывания, основанные на личных ассоциациях и непонятные другому человеку, часто отставленные, т.е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время; большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи; автономность речи, отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо); нарушения звукопроизношения, грамматического строя речи; нарушение самостоятельного связного высказывания.

Восприятие: сенсорная негативная сверхчувствительность; сосредоточение на деталях, а не на целом объекте/предмете/ситуации, наглядный материал первичен.

Внимание: нарушение концентрации внимания и его истощаемость.

Память: высокий уровень развития механической памяти, доступно запоминание сложных орнаментов, рисунков, музыкальных произведений; трудности в применении на практике имеющихся знаний.

Мышление: трудности в активной переработке информации в изменяющихся условиях; замедленность, стереотипность, одноплановость мышления; затруднения в установлении причинно-следственных отношений и их последовательности.

Эмоциональная сфера и личностные особенности: сенсорная и эмоциональная сверхчувствительность, которая может проявляться негативными реакциями на определенные виды раздражителей: прикосновения, шумы, запахи, цвета и др.; трудности выражения собственных эмоций и распознавания эмоций других людей; выраженные эмоциональные реакции в случае неудач или трудностей; заикленность на одном интересе, предмете, действии; негативизм к любым изменениям. Очень рано появляются **страхи**, которые могут быть диффузными, неконкретными, различными по своей природе. Общей особенностью страхов являются их сила, стойкость, труднопреодолимость. Еще одной особенностью внутреннего мира детей с аутизмом являются **аутистические фантазии**. Их основные черты - оторванность от реальности, слабая, неполная и искаженная связь с окружающим.

Двигательная сфера: моторная неловкость, движения угловатые, плохо координированные, несоразмерные по силе и амплитуде; вычурность движений (причудливые позы, своеобразные жесты и др.), специфическая подпрыгивающая походка, ходьба и бег на цыпочках; медлительность движений может сочетаться с импульсивностью – без видимых причин ребенок может внезапно убежать, хватать и бросать предметы, ударить кого-либо и т.д.; стереотипии в движениях; затруднения усвоения порядка движений/действий и их ритмической организации; нарушения произвольных действий/движений и использования сформированных моторных навыков/движений в различных ситуациях; трудности действий с маленькими предметами, иногда тонкая моторика развивается в отдельных своих проявлениях раньше, чем общая; отдельные сложные движения ребенок выполняет успешнее, чем более легкие.

Работоспособность: темп деятельности может быть сниженным или неравномерным; отмечаются трудности произвольного обучения; на фоне перегрузки могут фиксироваться вялость, сонливость, отсутствие реакции на окружающее или, наоборот, эмоциональный срыв, перевозбуждение, крик, аутоагрессия и др.

Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно. Используются адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации

игр для обычных и специализированных детских яслей и садов. Направленная деятельность ребенка РДА планируется с учетом психического развития. Используется индивидуальная, а позднее, и групповая игротерапия.

В массовые детские учреждения чаще всего попадают дети, имеющие неярко выраженный аутизм, и, первое, что следует знать педагогу - это то, что формирование учебного поведения ребенка зависит от установления с ним эмоционального контакта. Общее для всех аутичных детей - это недостаточное понимание речи (в силу отрешенности таких детей). Основной задачей педагога является развитие понимания. Эта задача решается посредством:

- подстраивания под его интересы (он воспринимает только то, что ему интересно);
- проведения специально-смыслового комментария для фиксации внимания ребенка, который опирается на опыт ребенка, вносит смысл во внешне бессмысленную деятельность (качается ребенок - педагог комментирует это движение как «ветер дует»);
- пояснения ребенку причинно - следственных связей (что будет, когда ты придешь куда-то, что-то сделать);
- расширения представления о сути предметов для преодоления страхов.

Расстройства психопатического характера

Психопатии — это аномалии личности, пограничные состояния, которые характеризуются тотальностью психопатических особенностей, их относительной стабильностью, малой обратимостью, приводят к социальной дезадаптации.

Психопатиями чаще болеют лица мужского пола.

Ведущая роль в развитии психопатии принадлежит наследственным факторам, конституциональным факторам. Большое значение имеют негрубые экзогенно-органические повреждения головного мозга плода, внутриутробная гипоксия, перинатальная энцефалопатия у ребенка. Патологическое развитие личности возможно при неблагоприятных факторах социальной и психологической среды.

В связи с несформированностью личности диагноз психопатия ставится после 12 - летнего возраста.

Возбудимый, или взрывчатый тип психопатии встречается преимущественно у мальчиков и впервые проявляется, чаще всего, во время первого биологического криза в возрасте от 2 до 5 лет. У детей отмечаются следующие симптомы: чрезмерная возбудимость, повышенная двигательная активность, агрессивность, злобность, капризность.

Становление **эпилептоидной** психопатии обычно происходит в препубертатном возрасте. Однако иногда даже у дошкольников уже отмечается педантизм, чрезмерная аккуратность, обстоятельность, вязкость. Любой дискомфорт или ущемление прав вызывает бурные аффективно-двигательные реакции. Злобное настроение в отличие от возбудимых психопатий длится долго. Дети обычно злопамятны. В школьном возрасте у детей появляется более выраженный эгоцентризм, стремление к борьбе за порядок, недоброжелательное враждебное отношение к окружающим людям.

Неустойчивый тип психопатии чаще всего проявляется в препубертатном возрасте. У таких детей наблюдаются слабость воли, волевых задержек, повышенная внушаемость, неустойчивость интересов, поверхностные суждения, легкомысленность, повышенное стремление к удовольствиям, жажда новых впечатлений. Дети плохо учатся в школе, быстро попадают под влияние специфических асоциальных компаний, уходят из дома и школы, бродяжничают, курят, пьют алкогольные напитки, употребляют наркотики. В компаниях всегда играют подчиненную роль.

Истерическая психопатия отчетливо проявляется в пубертатном возрасте. Истерический тип часто характеризуется стремлением любыми путями добиваться признания, быть на виду и в центре внимания. Встречается истерический тип чаще у девочек. В школьном возрасте стремление быть первыми обостряется, появляется выраженный эгоизм, игнорирование интересов других детей, ревность к успехам

одноклассников. Эмоциональные реакции бывают очень яркими, а поведение - демонстративно театральным.

Для детей с **психастеническим** типом психопатии характерны тревожность, неуверенность, мнительность. У таких детей часто возникают страхи, навязчивые состояния. Они плохо переносят большие психоэмоциональные и стрессовые нагрузки, разлуку с родителями, родственниками и родными, плохо адаптируются в новом коллективе. В школе они обычно учатся ниже своих возможностей, так как из-за неуверенности не проявляют активности, не успевают вовремя сделать самостоятельную или контрольную работу.

У детей с **шизоидной** психопатией уже в раннем возрасте проявляется диссоциация развития, которая заключается в опережении речевых, умственных и интеллектуальных функций на фоне задержки развития психомоторных навыков. Не испытывают потребности в общении со сверстниками. Эмоциональная холодность у таких детей сочетается с чувствительностью.

Вопросы для самоконтроля

1. Расшифруйте понятие РДА.
2. Назовите основные признаки синдрома РДА.
3. Каковы наиболее яркие признаки неравномерности развития при аутизме?
4. Назовите особенности познавательной деятельности детей с РДА.
5. В чем особенности эмоционально-волевой сферы лиц с РДА?
6. Дайте характеристику двигательной сферы и работоспособности детей с РДА.
7. Назовите особенности организация коррекционно-развивающего обучения детей с РДА.
8. Объясните термин «психопатия», каковы основные признаки психопатии?
9. Дайте характеристику наиболее распространенных видов психопатий.

Тема 11. Психолого-педагогическая поддержка субъектов инклюзивного образования

Инклюзивное образование является одним из основных направлений модернизации системы специального образования во многих странах мира. Согласно Конвенции ООН о правах инвалидов от 2006 года «Государства - участники (в том числе и Россия) признают права инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях» (ст. 24).

Инклюзивное (включенное) образование – процесс обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) школах. В основу инклюзивного образования положена идея, исключающая любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности.

Целью социально-педагогического сопровождения является: получение ребенком и его родителями квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации и реабилитации ребенка в социуме.

Содержание социально – педагогического сопровождения реализуется через основные направления, включающие комплексную диагностику, развивающую и коррекционную работу, консультирование и просвещение родителей.

Задачи социально – педагогического сопровождения

1. Изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений.
2. Защита интересов ребенка, сохранение семейных связей, максимальное использование сохраненных ресурсов положительного развития, как ребенка, так и семьи, на основе партнерства.

3. Информирование родителей о системе ПМПК, задачах и возможностях психолога – педагогической и социальной помощи.
4. Развитие детско – родительских отношений.
5. Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс.
6. Содействие родителям в поиске наиболее эффективных видов помощи и условий ее оказания.
7. Повышение мотивации семьи на решение проблем ребенка, оказание ему помощи и поддержки в процессе социализации.

Психолого-педагогическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в условиях инклюзивного образования предполагает:

- 1) психологическую диагностику, которая выявляет особенности психологического климата в семьях, детско-родительских отношений, личностных особенностей родителей и их ценностных установок;
- 2) информационные технологии, направленные на просвещение родителей об особенностях психического развития детей с разными типами отклоняющегося развития;
- 3) психокоррекционные и развивающие технологии, тренинги, направленные на формирование эффективного взаимодействия;
- 4) интегрированные занятия (индивидуальные, подгрупповые, групповые);
- 5) игры (обучающие, обобщающие, познавательные, развивающие, продуктивные, коммуникативные, творческие, предметные, сюжетные, ролевые, вербальные, подвижные и т. д.).

Системное психолого-педагогическое сопровождение родителей, имеющих детей с ОВЗ, позволяет решить задачи полноценного развития всех субъектов инклюзивного образовательного процесса.

Семья с больным ребенком становится проблемной (в первую очередь для ребенка) в зависимости от отношения родителей к ребенку, имеющего дефект психологического или соматического характера. Тип отношения к дефекту во многом усиливает либо, напротив, ослабляет компенсаторные возможности ребенка, успешность его адаптации и развития.

Традиционно выделяются несколько типов реакции родителей и соответствующих им стратегий поведения.

1. Принятие ребенка и его дефекта.
2. Реакция отрицания.
3. Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки.
4. Скрытое отречение.
5. Открытое отречение, отвержение ребенка.

Работа с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, предполагает мероприятия по актуальным вопросам воспитания и развития ребенка, направленные на повышение психолого-педагогической компетентности:

- групповое и индивидуальное консультирование родителей детей с ОВЗ с целью корректного включения их детей в систему общего образования,
- информационно-просветительскую и профилактическую работу.

Для нормативно развивающихся детей также проводятся групповые и индивидуальные занятия с целью формирования толерантного отношения к детям с ОВЗ, оказывается социально-психологическая помощь.

Для педагогов специалисты Центра проводят информационно-просветительскую и профилактическую работу, индивидуальное и групповое консультирование педагогов по вопросам обучения, воспитания и развития детей с ОВЗ, по формированию комфортной и безопасной среды в группах и классах инклюзивного обучения.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем суть инклюзивного образования?
2. Что является целью социально-педагогического сопровождения инклюзивного образования?
3. Перечислите задачи социально-педагогического сопровождения инклюзивного образования.
4. В чем суть психолого-педагогического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ?
5. Какие типы отношения родителей к дефекту детей вы знаете?

Тема 12. Формирование профессиональных компетенций педагога инклюзивного образования

Одним из основных условий инклюзивного образования является профессиональная компетентность педагогов, обеспечивающих обучение, воспитание и развитие детей с ограниченными возможностями здоровья.

Педагоги, работающие с детьми с ОВЗ, испытывают различные трудности в методическом обеспечении и психолого-педагогическом сопровождении при работе с детьми с ОВЗ. Первичной и важной ступенью подготовки системы образования к реализации процесса инклюзии является этап психологических и ценностных изменений ее специалистов и уровня их профессиональных компетентностей.

Инклюзивная компетентность педагогов относится к уровню специальных профессиональных компетентностей. Это - интегративное личностное образование, обуславливающее способность педагога осуществлять профессиональные функции в процессе инклюзивного образования, учитывая разные образовательные потребности обучающихся и обеспечивая включение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в среду образовательной организации и создание условий для его развития и саморазвития.

Название компетенции	Виды компетенций	Компоненты компетенций
Профессиональные	Когнитивные	Способность педагогически мыслить на основе системы знаний и опыта познавательной деятельности, необходимых для осуществления инклюзивного образования, способность воспринимать, перерабатывать, сохранять в памяти и воспроизводить в нужный момент информацию, важную для решения теоретических и практических задач инклюзивного образования. Знания о физиологических, психологических, личностных и возрастных особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.
	Проектировочные	Умение правильно построить педагогический маршрут; Умение правильно подобрать методы, которые в конкретной образовательной ситуации будут наиболее эффективными.
	Конструктивные	Способность конструирования педагогической деятельности в условиях инклюзивного образования путем постановки адекватных данным диагностики целей (как общих, так и индивидуальных) и грамотного планирования своей педагогической деятельности, с учетом разных образовательных потребностей обучающихся, варьирования формами, методами и средствами обучения.
	Организа	Способность организации педагогической деятельности в условиях

	торские	инклюзивного образования, творческое применение в профессиональной деятельности индивидуального подхода (например, обучение по индивидуальному образовательному маршруту); умение находить доступные методы для сплочения и мотивации детского коллектива.
Личностные	Коммуникативные	Способность устанавливать конструктивные отношения с субъектами образовательного процесса, способствующие эффективному осуществлению инклюзивного образования; умение находить способы взаимодействия с обучающимися; умение ясно и четко передавать свои мысли не только с помощью речи, но и с помощью средств невербальной коммуникации (мимики и пантомимики).
	Мотивационные	Способность на основе совокупности ценностей, потребностей, мотивов, адекватных целям и задачам инклюзивного обучения, мотивировать себя на выполнение определенных профессиональных действий. Компетенция характеризуется глубокой личностной заинтересованностью, положительной направленностью на осуществление педагогической деятельности в условиях включения детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников.
	Рефлексивные	Способность к рефлексии деятельности в условиях подготовки и осуществления инклюзивного образования. Способность понимать внутреннее состояние ребенка с ОВЗ, проникать в его внутренний мир; Умение проводить рефлексию своей работы; обладание психологической и педагогической наблюдательностью.
	Прогностические	Умение прогнозировать развитие необходимых личности ребенка качеств. Способность предвидеть результаты тех или иных педагогических действий в условиях инклюзивного образования.

Таким образом, для организации эффективной работы в рамках реализации инклюзивного подхода к образованию детей с особыми образовательными потребностями необходимо целенаправленное и комплексное формирование у педагогов вышеперечисленных компетенций посредством организации методического сопровождения педагогов, работающих с детьми с ОВЗ.

В работе с педагогами, работающими с ребенком с ограниченными возможностями здоровья, особую актуальность приобретает развитие следующих интегральных характеристик:

- 1) направленность на ребёнка, включающую в себя:
 - положительное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья и готовность работать с ними;
 - стратегию сотрудничества с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья;
- 2) интеллектуальная гибкость:
 - навыки разработки индивидуальных маршрутов для детей с ограниченными возможностями здоровья;
- 3) профессиональная компетентность:
 - знания и навыки, необходимые для работы в междисциплинарных командах;
 - знания специальных технологий сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
 - навыки проведения педагогической диагностики для построения траектории индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

4) поведенческая гибкость:

- навыки сопровождения ребенка с ОВЗ по индивидуальному образовательному маршруту;

- знание методик работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Учитель становится координатором инклюзивного процесса в классе в сотрудничестве со всеми участниками воспитательно-образовательного процесса: командой специалистов, администрацией, родителями и учащимися.

Для учителя в инклюзивной образовательной среде важно владеть практикой в самостоятельной исследовательской деятельности, навыками разработки поурочных планов для конкретного класса, а также для конкретного ребенка, умениями творчески перерабатывать учебный план и адаптировать свои методы обучения к особенностям учеников.

Для квалифицированного решения коррекционных задач, связанных с обучением ребенка с ограниченными возможностями здоровья, оказывать помощь учителю в инклюзивном пространстве обязательно должны такие специалисты, как учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог ЛФК, социальный педагог, тьютор.

Профессиональное выгорание в условиях современного общества является одной из самых актуальных проблем. Для современной системы образования данная проблема, в связи с всё ухудшающимся состоянием экологии, влиянием техногенных факторов, ростом заболеваемости среди населения, становится одной из первостепенных. В 2012 году был принят 273 федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», значительно расширивший понимание здоровья обучающихся и возможности школы в части инклюзивного образования.

Педагог, работающий с детьми с ограничением возможностей здоровья, не всегда быстро может увидеть результаты своей деятельности в части предоставления образовательных услуг, что может приводить к разочарованию в работе с данной категорией обучающихся, росту эмоционального напряжения и иным проблемам. Если исключить проблему профессионального выгорания, как проблему неверно сделанного выбора профессии, то на первый план выходит эмоциональное выгорание, проявляющееся в нарастающем эмоциональном истощении, что может привести к личностным коммуникативным изменениям.

К. Маслач обозначил трёхкомпонентную модель «выгорания»:

- 1) эмоциональное истощение является основной составляющей выгорания, проявляется в снижении эмоционального тонуса, в повышенной психической истощаемости, в аффективной лабильности, в утрате интереса и позитивных чувств к окружающим, в ощущении «пресыщенности» работой, в неудовлетворённости жизнью в целом;

- 2) «деперсонализация» («обезличивание» человека) проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личной включённости и сопереживания, а иногда в негативизме и циничном отношении;

- 3) редукция личных и профессиональных достижений отражает степень удовлетворённости человека собой как личностью и профессионалом. Неудовлетворительное значение данного показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности, к снижению профессиональной мотивации, к нарастанию негативизма в отношении служебных обязанностей, к тенденции снятия с себя ответственности, к изоляции от окружающих, к отстранённости и неучастию, к избеганию работы вначале психологически, а затем физически.

Способы профилактики профессионального выгорания различны:

- 1) психическая саморегуляция (ПСР) – способность человека влиять на самого себя. Известны три направления саморегуляции, которые носят сознательный и целенаправленный характер:

- изменение скелетных мышц и дыхания;

- активное включение представлений и чувственных образов;

- использование программирующей и регулирующей роли слова;
- 2) режимные моменты: здоровый полноценный сон (7-8 часов); сбалансированное питание, витамины; физические регулярные нагрузки, упражнения, гигиена, прогулки на свежем воздухе;
- 3) эмоциональное наполнение: разнообразные формы отдыха, хобби, семья, друзья;
- 4) позитивное мышление;
- 5) профессиональное и личностное самосовершенствование;
- 6) ОБЩЕНИЕ профессиональное и личностное.

Вопросы для самоконтроля

1. Что входит в понятие «специальная профессиональная компетентность» педагога инклюзивного образования?
2. Перечислите виды компетенций педагога инклюзивного образования.
3. Дайте характеристику каждой компетенции.
4. Что такое профессиональное выгорание, каковы причины его появления у педагогов?
5. Охарактеризуйте составляющие модели «выгорания».
6. Какие способы профилактики профессионального выгорания вы знаете?
7. Что такое психическая саморегуляция?
8. Каковы основные направления психической саморегуляции?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власова, Н. В. Коррекционная и специальная педагогика: учебное пособие для среднего профессионального образования/ Н.В. Власова – М.: Юрайт, 2023.- 132 с.- (Профессиональное образование). - ISBN 978-5-534-14711-7. - Текст: электронный// Образовательная платформа Юрайт [сайт]. - URL: <https://urait.ru/bcode/515011>

2. Коррекционная педагогика в начальном образовании: учебное пособие для среднего профессионального образования/ Г.Ф. Кумарина [и др.]; - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2022. – 285 с. - (Профессиональное образование). - ISBN 978-5-534-00393-2. - Текст: электронный// Образовательная платформа Юрайт [сайт]. - URL: <https://urait.ru/bcode/490616>.

3. Ворошнина О.Р. Клинико-психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях общего (инклюзивного и интегрированного) и специального образования: учебник / Ворошнина О.Р., Наумов А.А., Токаева Т.Э.. - Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2015. - 204 с. - Текст: электронный// IPR SMART: [сайт]. - URL: <https://www.iprbookshop.ru/70628.html>.

4. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие для вузов/ Д.И. Бойков [и др]; - 2-е изд. – М.: Юрайт, 2022. – 211 с.- (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-13506-0. - Текст: электронный// Образовательная платформа Юрайт [сайт]. - URL: <https://urait.ru/bcode/498994>.

Дополнительные источники:

1. Колесникова, Г. И. Основы специальной психологии и специальной педагогики. Психокоррекция нарушений развития : учебное пособие для среднего профессионального образования / Г. И. Колесникова. - 2-е изд., стер. – М.: Юрайт, 2019. - 215с.

2. Глухов, В. П. Основы специальной педагогики и специальной психологии : учебник для среднего профессионального образования / В. П. Глухов. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2019. - 295 с.

3. Глухов, В. П. Основы специальной педагогики и специальной психологии. Практикум: учебное пособие для среднего профессионального образования / В. П. Глухов. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2019. - 330 с.

4. Колосова, Т.А. Психология детей с нарушением интеллекта/ т.А. Колосова, Д.Н. Исаев, - М.: Юрайт,- 2019. – 157 с.

5. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, - 2003. – 480 с.

6. Еникеева, Д.Д. Пограничные состояния у детей и подростков: основы психиатрических знаний / Д.Д. Еникеева. - М: Академия, 1998. – 348 с.