

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ  
РЕСУРСНЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО ОБУЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ  
И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (РУМЦ)



# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО РАБОТЕ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА  
С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ



Составители: Дмитракова В.В.,  
социальный педагог РУМЦ ТюмГУ,  
Карасёв В.А., специалист РУМЦ ТюмГУ

Тюмень, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ 3

### 1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ 5

### 2. ДЕТИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ 9

- 2.1. Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей 9
- 2.2. Характеристика особых образовательных потребностей детей с нарушениями зрения 12
- 2.3. Характеристика особых образовательных потребностей детей с нарушениями слуха 16
- 2.4. Характеристика особых образовательных потребностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата 18
- 2.5. Характеристика особых образовательных потребностей детей с задержкой психического развития 25
- 2.6. Характеристика особых образовательных потребностей детей с умственной отсталостью 28
- 2.7. Характеристика особых образовательных потребностей детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) 34
- 2.8. Характеристика особых образовательных потребностей детей с аутистическими расстройствами 37

### 3. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ) 41

- 3.1. Специфика деятельности социального педагога, работающего с детьми с ОВЗ 41
- 3.2. Рекомендации по межличностному взаимодействию с детьми с ОВЗ 44

### 4. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ 50

*Приложение 56*

## ВВЕДЕНИЕ

Современное состояние образования в России характеризуется интенсивным поиском наиболее эффективных форм гуманизации педагогической деятельности, становлением личностно ориентированного образования. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы организации социально-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии<sup>1</sup>.

**Социальный педагог** – основной специалист, осуществляющий контроль за соблюдением прав любого ребенка, обучающегося в школе. На основе социально-педагогической диагностики социальный педагог выявляет потребности ребенка и его семьи в сфере социальной поддержки, определяет направления помощи в адаптации ребенка в школе. Социальный педагог собирает всю возможную информацию о «внешних» ресурсах для школьной команды, совместно с координатором по инклюзии устанавливает взаимодействие с учреждениями – партнерами в области социальной поддержки (служба социальной защиты населения, органы опеки и др.), общественными организациями, защищающими права детей, права инвалидов, учреждениями дополнительного образования. Важная сфера деятельности социального педагога – помощь родителям ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в адаптации в школьном сообществе, в среде других родителей. Такой специалист может помочь учителю, другим специалистам школы в создании «Родительского клуба», разработке странички на сайте школы, посвященной инклюзии, поиске нужной информации и т.п.<sup>2</sup>.

Профессиональная деятельность социального педагога, работающего с детьми с ОВЗ, определяется основными профессиональными функциями специалиста данного профиля и заключается **в выявлении, определении и разрешении проблем ребенка с целью реализации и защиты его прав на полноценное развитие и образование** (Л.Я. Олифиренко, Т.И. Шульга, И.Ф. Дементьева и др.).

Под социально-педагогической помощью ребенку с ОВЗ понимается «комплекс педагогических мер, направленных на развитие личности ребенка, имеющего жизненные ограничения, обусловленные инвалидизацией, в ходе которого формируется адекватное восприятие собственного «Я» и окружающей действительности, устойчивость к внешним и внутренним травмирующим воздействиям, способность адаптироваться в окружающую среду и эффективно с ней взаимодействовать». Основная цель социально-педагогической помощи – ценностное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей при помощи комплекса разнообразных педагогических средств. Оказание ребенку-инвалиду социально-педагогической помощи выражается в снижении степени его эмоционально-психического напряжения, вызванного дефектом и его последствиями; снятии у него страха в общении со сверстниками и взрослыми, чувства ущербности; укреплении способности ребенка к произвольным действиям и волевым усилиям, придании ему уверенности в своих силах и возможностях в учении, игровой деятельности, общении и труде<sup>3</sup>.

*Цель* деятельности социального педагога заключается в формировании благоприятных условий для социализации детей с ограниченными возможностями здоровья и обеспечение их прав на доступное и качественное образование.

К основным *задачам* деятельности социального педагога можно отнести:

- обеспечение максимально полного охвата детей с ограниченными возможностями здоровья качественным и доступным образованием в соответствии с их психофизическими возможностями в различных вариативных условиях: интегрированное, инклюзивное, дистанционное, надомное;

<sup>1</sup> Социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья: учебник для академического бакалавриата / Л. В. Мардахаев [и др.]; под ред. Л. В. Мардахаева, Е. А. Орловой. – М: Издательство Юрайт, 2017. – С.7.

<sup>2</sup> Создание специальных условий для детей с нарушениями зрения в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина // Под. ред. Е.В. Самсоновой. – М.: МГППУ, 2012. – С. 45.

<sup>3</sup> Ромашина Е. В. Функции социального педагога, работающего с детьми-инвалидами // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2006. №S16. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/funktsii-sotsialnogo-pedagoga-rabotayuschego-s-detmi-invalidami> (дата обращения: 16.09.2019).

- формирование и дальнейшее развитие оказания социально-психолого-педагогической помощи родителям и детям из данной категории семей в реальных условиях их проживания;
- формирование активной педагогической позиции родителей, активное привлечение к включению в учебный процесс, во внеурочную досуговую занятость детей;
- привлечение внимания общественности к проблемам семей с детьми-инвалидами, детьми с ограниченными возможностями здоровья;
- формирование толерантного отношения в школе к детям с особыми образовательными потребностями;
- повышение правовой, психолого-педагогической грамотности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья;
- расширение возможностей детей с ОВЗ, обучающихся в школе, для самореализации и эффективной социализации;
- оказание помощи педагогам в развитии навыков формирования психологического комфорта при взаимодействии с родителями, воспитывающих ребёнка с инвалидностью и ОВЗ и с детьми данной категории;
- повышение качества социальных услуг, предоставляемых семьям «группы риска».

**ВКЛЮЧЕНИЕ** каждого ребенка с особыми потребностями в образовательную среду и  **ГИБКОСТЬ** в подходах к обучению и воспитанию – это и есть основные цели и задачи инклюзивного образования. И задача каждого педагога им следовать<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Методические рекомендации для педагогических работников образовательных учреждений по организации работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья в условиях инклюзивного образования/авт.сост. М.М. Панасенкова. – Ставрополь: СКИРО ПК и ПРО, 2012. – С. 25.

## **1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

В настоящее время в образовательном пространстве осуществляется масштабная реализация инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями, с ограниченными возможностями здоровья. Инклюзивное образование предоставляет возможность каждому ребенку реализовать свои потребности в развитии и равные права в получении адекватного своему уровню развития образования, независимо от социального положения, национальной или конфессиональной принадлежности, физических и умственных способностей.

Инклюзивное образование в Российской Федерации регулируется рядом нормативно-правовых актов, в числе которых:

**1.** Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ).

**2.** Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990).

**3.** Конвенция о правах инвалидов (заключена в г. Нью-Йорке 13.12.2006).

**4.** «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» – Закон Российской Федерации от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ с дополнениями и изменениями.

**5.** «О порядке и условиях признания лица инвалидом» - Постановление правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 (в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 № 247).

**6.** «Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Приложения №2 и №3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4.08.2008 г. № 379н.

**7.** «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» - Приказ министерства здравоохранения и социального развития РФ 22 августа 2005 г. № 535).

**8.** Федеральный закон от 03.05.2012 N 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

**9.** Федеральный Закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/)

**10.** «Об организации работы с обучающимися, имеющими сложный дефект» - Письмо Минобразования РФ от 03.04.2003 № 27/2722-6.

**11.** «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии» - Приказ Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 года № 1082.

**12.** «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами» – Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 № АФ-150/06.

**13.** «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования» - Приказ Министерства образования и науки РФ от 6 октября 2009 года № 373.

**14.** Приказ Министерства образования и науки РФ № ИР-535/07 от 07.06.2013 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей».

**15.** Приказ МОиН РФ № 1015 от 30.08.2013 г. «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

**16.** Письмо Рособнадзора от 08.04.2014 № 02-206 «Методические рекомендации по

организации и проведению государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего и среднего общего образования в форме основного государственного экзамена и единого государственного экзамена для лиц с ограниченными возможностями здоровья».

17. Приказ от 26 декабря 2013 г. № 1400 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования».

18. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ОВЗ».

19. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 10.07.2015 № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

20. Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным образовательным программам – образовательным программам дошкольного образования» (с изменениями от 21.01.2019 № 32).

21. Приказ Минобрнауки России от 9.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».

22. Приказ Минобрнауки России от 14.10.2013 № 1145 «Об утверждении образца свидетельства об обучении и порядка его выдачи лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным общеобразовательным программам».

23. Приказ Минобрнауки России от 31.12.2015 № 1578 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт среднего общего образования, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413».

24. Приказ Минобрнауки России от 31.12.2015 № 1577 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1897».

25. Приказ Минобрнауки России от 31.12.2015 № 1576 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373».

26. Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ».

27. Письмо Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

28. Письмо Минобрнауки России от 19.02.2016 № 07-719 «О подготовке к введению ФГОС ОВЗ».

29. Письмо Минобрнауки России от 20.08.2014 № ВК-1748/07 «О государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам, адаптированным для обучения лиц с умственной отсталостью».

30. Письмо Минобрнауки России от 26.05.2014 № ВК-1048/07 «О порядке получения образования воспитанниками детских домов-интернатов» (вместе с «Разъяснениями о порядке получения образования воспитанниками, проживающими в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей и домах-интернатах для детей с физическими недостатками»).

31. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

32. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

33. Письмо Минобрнауки России от 10.12.2012 №07-832 «О методических рекомендациях по организации обучения на дому детей-инвалидов с использованием дистанционных образовательных технологий».

34. Письмо Минобрнауки России от 09.04.2014 №НТ-392/07 «Об итоговой аттестации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

35. Письмо Минобрнауки России от 13.11.2014 №ВК-2422/07 «О сохранении сети отдельных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по АООП».

36. Письмо Минобрнауки России от 14.07.2014 № ВК-1440/07 «О центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

37. Письмо Минобрнауки России от 23.03.2000 №27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения».

38. Письмо Минобрнауки России от 13.11.2015 № 07-3735 «О направлении методических рекомендаций».

39. Письмо Минобрнауки России от 29.03.2016 № ВК-641/09 «О направлении методических рекомендаций»

40. Межведомственный комплексный план МТ РФ и МОиН РФ от 01.02.2016 № ЛОВЗ-07 «План мероприятий по вопросам развития системы профессиональной ориентации детей-инвалидов и лиц с ОВЗ на 2016-2020».

41. Письмо Минобрнауки России от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности ПМПк».

42. Письмо Минобрнауки России от 11.08.2016 № ВК-1788/07 «Об организации образования обучающихся с умственной отсталостью».

43. Письмо Минпросвещения России от 2 ноября 2018 № ТС-459/07 «О получении общего образования лицами с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

44. Письмо Росособнадзора от 07.08.2018 № 05-283 «Об обучении лиц, находящихся на домашнем обучении».

45. Письмо Минпросвещения России от 20.02.2019 № ТС-551/07 «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью».

46. Письмо Минпросвещения России от 08.02.2019 № ТС-421/07 «О направлении рекомендаций».

47. Письмо Минобрнауки России от 15.03.2018 № ТС-728/07 «Об организации работы по СИПР».

48. Письмо Минпросвещения России от 10.06.2019 № ОВ-473/07 «Об обеспечении учебными изданиями (учебниками и учебными пособиями) обучающихся с ОВЗ».

В настоящее время в обозначенной сфере обеспечивается совершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

***Нормативно-правовое обеспечение инклюзивного образования в образовательной организации, как правило, представлено в следующих локальных актах<sup>5</sup>:***

- внесение в устав пункта по организации работы с детьми с ОВЗ;
- положение об организации инклюзивной практики (локальный акт к уставу);
- образовательная программа, включающая коррекционную развивающую программу;
- приказ о создании и положение о ПМПк;

---

<sup>5</sup> Создание специальных условий для детей с нарушениями зрения в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина // Под. ред. Е.В. Самсоновой. – М.: МГППУ, 2012. – С. 19.

- договор с родителями;
- договор между ОУ и ОПМПК;
- договор с ППМС центром;
- договор с окружным ресурсным центром;
- договор со СКОУ (при необходимости);
- лицензии на программы дополнительного образования.



## 2. ДЕТИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

### 2.1. Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей<sup>6</sup>

Международные стандарты в области прав человека базируются на идее полного участия всех людей в жизни общества на основе равенства и без дискриминации [United Nations, 1993]. В последние два десятилетия во всём мире, а особенно в западных странах, законодательство о равных правах оказывало большое влияние, в том, чтобы школы обеспечивали обучение для всех учащихся. В области образования, это законодательство устанавливало норму, что учащиеся с инвалидностью должны иметь те же образовательные возможности, что и здоровые ученики.

Инвалидность, как функциональное ограничение, определяет инвалидность через ограничение «функционирования» человека, в том числе ограничение способности выполнять профессиональные функции.

Медицинское определение инвалидности основывается на классификации людей в зависимости от объективных показателей состояния их здоровья.

Социально-политическое определение инвалидности выделяет в качестве источника инвалидизации неспособность окружающей среды приспособиться к потребностям человека с инвалидностью.

Источник инвалидности не в человеке, а в его окружении. У детей с ограниченными возможностями здоровья имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонениям в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваются полностью, другие – лишь корректироваться, а некоторые – компенсироваться. Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта. Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка. В настоящее время в специальной психологии и коррекционной педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В. Лебединский, В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов). На наш взгляд большой интерес представляют исследования В.В. Лебединского, который рассматривает проблемы психического дизонтогенеза. Термином «дизонтогенез» обозначают различные формы нарушений онтогенеза, т.е. развития индивида в отличие от развития вида (филогенез).

Характер дизонтогенеза зависит от определенных психологических параметров:

- особенностей функциональной локализации нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два основных вида дефекта – частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторских систем) и общий (нарушения регуляторных корковых и подкорковых систем);

- времени поражения. Чем раньше произошло поражение, тем больше вероятность психического недоразвития;

- взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Первичные нарушения вытекают из биологического характера дефекта (нарушение слуха, зрения при поражении анализаторов; органическое поражение мозга и т.д.). Вторичные нарушения возникают опосредованно в процессе аномального развития;

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

Перечисленные психологические параметры по-разному проявляются при различных видах дизонтогенеза. В.В. Лебединский представил следующие варианты дизонтогенеза:

- Дизонтогенез по типу общего стойкого недоразвития. Для этого варианта типично раннее время поражения, когда наблюдается выраженная незрелость мозговых систем. Типичный пример стойкого недоразвития олигофрения.

<sup>6</sup> Методические рекомендации для педагогических работников образовательных учреждений по организации работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья в условиях инклюзивного образования/авт.сост. М.М. Панасенкова. – Ставрополь: СКИРО ПК и ПРО, 2012. – С. 6-11

- **Задержанное развитие.** Характеризуется оно замедленным темпом формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Варианты задержанного развития: конституционный, соматогенный, психогенный, церебральный (церебрально-органический).

- **Поврежденное развитие.** В этиологии поврежденного развития наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС, но патологическое воздействие на мозг идет на более поздних этапах онтогенеза (после 2-3 лет). Характерная модель поврежденного развития – органическая деменция.

- **Дефицитарное развитие.** Этот вид связан с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторских систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата).

- **Искаженное развитие.** В данном случае наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Характерным примером является ранний детский аутизм. Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, в «уходе» в свой внутренний мир.

- **Дисгармоничное развитие.** При этом варианте наблюдается врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоционально-волевой сфере.

Характерная модель дисгармоничного развития – психопатия и патологическое формирование личности. Наиболее рабочей классификацией в практической деятельности специалистов является классификация Б. П. Пузанова и В. А. Лапшина.

***К 1 группе относятся дети с нарушениями слуха и зрения.***

Всех детей с недостатками слуха делят на две группы:

- глухие (неслышащие) дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Среди неслышащих детей различают: а) неслышащих без речи (ранооглохших); б) неслышащих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших);

- слабослышащие (тугоухие) дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора.

Всех детей со стойкими дефектами зрения делят на две группы:

- Слепые (незрячие) дети – с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением;

- Слабовидящие дети – с остротой зрения на лучше видящем глазу от 0,05-0,4 (с применением очков).

***Ко 2 группе относятся умственно отсталые дети и дети с ЗПР.***

*Умственная отсталость* – стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Умственная отсталость выражается в 2-х формах: *олигофрении* и *деменции*.

*Олигофрения* проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2 лет).

*Деменция* (распад психики) на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5-2 лет).

Выделяют 3 степени интеллектуального недоразвития: идиотия (самая тяжелая степень); имбецильность; дебильность.

*Задержка психического развития (ЗПР)* относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и занимает промежуточное место между нормой и патологией. Дети с задержкой психического развития не имеют таких тяжелых отклонений в развитии, как умственная отсталость, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы. Основные трудности, которые они испытывают, связаны, прежде всего, с социальной (в том числе школьной) адаптацией и обучением. Объяснением этому служит замедление темпов созревания психики. Нужно также отметить, что у каждого отдельно взятого ребенка ЗПР может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления.

Наиболее ярким признаком ЗПР исследователи называют незрелость эмоционально-волевой сферы; иначе говоря, такому ребенку очень сложно сделать над собой волевое усилие,

заставить себя выполнить что-либо. А отсюда неизбежно появляются нарушения внимания: его неустойчивость, сниженная концентрация, повышенная отвлекаемость. Нарушения внимания могут сопровождаться повышенной двигательной и речевой активностью. Такой комплекс отклонений (нарушение внимания + повышенная двигательная и речевая активность), не осложненный никакими другими проявлениями, в настоящее время обозначают термином «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

Задержку психического развития принято делить на четыре группы. Каждый из этих типов обусловлен определенными причинами, имеет свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности.

*Первый тип – ЗПР конституционального происхождения.* Для этого типа характерна ярко выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы, которая находится как бы на более ранней ступени развития. Здесь речь идет о так называемом психическом инфантилизме. Нужно понимать, что психический инфантилизм – это не болезнь, а скорее некоторый комплекс заостренных черт характера и особенностей поведения, который, однако, может существенно отразиться на деятельности ребенка, в первую очередь – учебной, его адаптационных способностях к новой ситуации.

*Ко второй группе – соматогенного происхождения* – относятся ослабленные, часто болеющие дети. В результате длительной болезни, хронических инфекций, аллергий, врожденных пороков развития может сформироваться задержка психического развития. Это объясняется тем, что на протяжении долгой болезни, на фоне общей слабости организма психическое состояние ребенка тоже страдает, а, следовательно, он не может полноценно развиваться. Низкая познавательная активность, повышенная утомляемость, притупление внимания все это создает благоприятную ситуацию для замедления темпов развития психики.

Следующая группа – это *ЗПР психогенного происхождения.* Основная роль отводится социальной ситуации развития ребенка. Причиной этого типа ЗПР становятся неблагоприятные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость.

Четвертый и последний тип *ЗПР – церебрально-органического происхождения.* Он встречается чаще остальных, и прогноз дальнейшего развития для детей с этим типом ЗПР по сравнению с предыдущими тремя, как правило, наименее благоприятен. Как следует из названия, основой для выделения этой группы ЗПР являются органические нарушения, а именно – недостаточность нервной системы, причинами которой могут стать: патология беременности (токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, резус-конфликт и др.), недоношенность, асфиксия, родовая травма, нейроинфекции. При этой форме ЗПР имеет место так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), под которой понимается комплекс легких нарушений развития, проявляющих себя, в зависимости от конкретного случая, весьма разнообразно в различных областях психической деятельности.

***К 3 группе относятся дети с тяжелым нарушением речи – ТНР (логопаты).***

Все виды речевых нарушений можно разделить на две большие группы:

- нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, риноплалия, дизартрия, алалия, афазия);
- нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия).

***К 4 группе относятся дети с нарушениями опорно-двигательной системы.***

Основной контингент этой категории – дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). ДЦП – заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на 1-м году жизни ребенка.

***К 5 группе относятся дети с комбинированным дефектом*** (дети со смешанным (сложным) дефектом):

- умственно отсталые неслышащие или слабослышащие;

- умственно отсталые слабовидящие или незрячие;
- слепоглухонемые и т. п.

**К 6 группе относятся дети с искаженным развитием** – психопатией (стойкий дисгармонический склад психики), с патологией влечений.

## 2.2. Особые образовательные потребности детей с нарушениями зрения<sup>7</sup>

Среди лиц с нарушениями зрения выделяются категория слепых и категория слабовидящих. К категории *слепых (незрячих)* относятся:

- *тотально слепые* или дети с абсолютной слепотой (полностью отсутствуют зрительные ощущения, что детерминирует неспособность отличить свет от тьмы, ориентироваться во времени суток);

- *дети со светоощущением* (имеют место только зрительные ощущения, что, с одной стороны, обуславливает наличие способности воспринимать свет, с другой, – не позволяет данной группе учащихся воспринимать величину, форму, цвет объекта, степень его удаленности);

- *дети с остаточным зрением* или с практической слепотой (острота зрения от 0,04 до 0,005 на лучше видящий глаз в условиях оптической коррекции, что позволяет данной группе лиц воспринимать свет, цвет, контуры, силуэты предметов и объектов, степень их удаленности);

- *дети с прогредиентными заболеваниями* с сужением поля зрения (до 10-15°) с остротой зрения до 0,08.

При характеристике слепых (незрячих) большое значение имеет время, в котором произошла утрата или нарушение зрительного анализатора. Дифференциация детей с нарушениями зрения по времени утраты (нарушения) зрения позволяет выделить следующие категории: слепорожденные, ослепшие (рано ослепшие, ослепшие в дошкольном, школьном возрасте). Такая дифференциация основывается на том, что время утраты (нарушения) зрения оказывает существенное влияние как на физическое, так и на психическое развитие человека. Чем раньше появился зрительный дефект, тем более ярко выражены вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Например, слепорожденные не имеют зрительных образов в памяти, которыми в различной мере и объеме располагают ослепшие люди. В то же время наличие у ослепших зрительных представлений требует постоянной их активизации посредством включения их в деятельность (воссоздание образов зрительной памяти путем словесного их описания). Если не активизировать сохранившиеся у ослепших зрительные образы, то произойдет постепенное их стирание.

В категорию *слабовидящих* входят дети, у которых на фоне органических поражений зрительной системы или анатомического несовершенства органа зрения острота зрения находится в пределах от 0,05 до 0,4 на лучшем или единственном глазу в условиях оптической коррекции. У данной категории людей нарушение остроты зрения часто сочетается с нарушениями периферического зрения (сужение поля зрения до 35) или (и) цветоощущения.

В качестве основной характеристики зрительных возможностей слабовидящих выступает, с одной стороны, сочетание нескольких глазных заболеваний, с другой, – возникновение на фоне первичной зрительной патологии различных осложнений (амблиопия, нистагм, косоглазие, отслойка сетчатки, смещение хрусталика, повышение внутриглазного давления и др.).

По данным ВОЗ в настоящее время в мире насчитывается около 42 млн. слепых и более 110 млн. слабовидящих. В последние годы имеет место мировая тенденция увеличения численности слепых и слабовидящих, причем каждый четвертый из них потерял зрение в детском возрасте.

<sup>7</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

С точки зрения тифлопедагогике слепота и слабовидение представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности.

Ограничения зрительного восприятия, вызванные слепотой или слабовидением, неизбежно приводят к снижению его скорости, точности, полноты, возникновению трудностей в определении цвета, формы, величины и пространственного расположения предметов, что обуславливает фрагментарность, искаженность восприятия единичных и групповых объектов, замедленность и нечеткость их опознания. Все это затрудняет формирование предметных и пространственных представлений, образных форм психического отражения – образной памяти, наглядно-образного мышления, воображения, нарушает соотношение образного и понятийного в мыслительной деятельности. У детей с нарушениями зрения неодинаковы темпы и уровень сформированности различных видов восприятия (зрительное, слуховое, осязательное и др.) наблюдается диспропорциональность в их становлении.

Характерным при слепоте и слабовидении является замедленность формирования основных свойств восприятия:

- активности, на которую влияет отставание в развитии двигательной сферы в целом, а также в формировании установочных и обследующих движений, снижении активности отражательной деятельности;

- избирательности, что выражается в сужении круга интересов, меньшим по сравнению с нормой эмоциональным воздействием объектов внешнего мира, что, обуславливая снижение количества и качества представлений о явлениях и предметах окружающего мира, негативно сказывается на формировании представлений и понятий;

- предметности, что проявляется в отражении лишь отдельных признаков предметов (как при использовании остаточного зрения, так и в процессе осязания), исследовательские действия не имеют планомерного и целенаправленного характера;

- осмысленности и обобщенности, что проявляется в возникновении трудностей при установлении связей между словом и предметом, словом и действием; при установлении причинно-следственных связей между предметами и явлениями, выделении существенных признаков и т. п., что, в свою очередь, детерминировано недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого;

- апперцепции, что проявляется в значительном ее ослаблении, возникающем из-за бедности опыта, имеющего место у лиц с нарушениями зрения по сравнению с нормально видящими;

- константности, что выражается в значительном ее снижении и возникает в силу сокращения у данной категории людей зоны константного восприятия.

Кроме того, слепота и слабовидение нарушают одновременность и дистантность зрительного восприятия.

Условия зрительной депривации обуславливают возникновение у слепых и слабовидящих специфических особенностей деятельности, что вызывает трудности в овладении практическими навыками, в выполнении практических действий, в ориентировке в малом и большом пространстве.

Для детей, лишенных зрения, осязание является одним из сохранных видов восприятия, с помощью которого компенсируется недостаток информации, обусловленный отсутствием или значительным снижением зрения. Осязание – это взаимодействие кожной чувствительности с двигательным анализатором, на определенном этапе развития ребенка дающий возможность создания целостного образа предмета окружающей действительности.

Вместе с тем, у слепых и слабовидящих возникают специфические особенности общения (вербализм, формализм, отсутствие эмоциональности и выразительности речи, преобладание монологической речи и др.), психофизического развития (отставание в развитии, нарушение и своеобразие развития двигательной активности; нарушение осанки, походки, положения тела при ходьбе и др.). Кроме того, у лиц с нарушениями зрения имеет место своеобразие эмоционально-волевой сферы (М. И. Земцова, А.И. Зотов, А. Г. Литвак, Л. И. Солнцева и др.). Между

нарушениями двигательной активности и своеобразием эмоционально-волевой сферы исследователями отмечена определенная взаимосвязь: дети, перенесшие заболевания центральной нервной системы, нередко имеют нарушения в поведении и работоспособности. Часто у них отмечается раздражительность, плаксивость, склонность к аффектам. Нарушение работоспособности может выражаться в неустойчивости внимания, снижении выполнения объема задания, появлении ошибок, небрежности. При активизации волевых усилий, стимулировании интереса к выполнению задания эти проявления возможно преодолеть.

В последние годы в категорию детей с нарушениями зрения, нуждающихся в специальном сопровождении, наряду со слепыми и слабовидящими, включены дети, имеющие: амблиопию (стойкое снижение остроты зрения без видимой анатомической причины); миопию, гиперметропию, астигматизм (снижение преломляющей оптической системы глаза); косоглазие (нарушение содружественного движения глаз).

Необходимость изучения и оказания тифлопедагогической помощи таким детям вызвана тем, что в образовательном процессе они испытывают значительные трудности, связанные со снижением остроты зрения, нарушениями зрительно-моторной координации, бинокулярного зрения. Негативное влияние на познавательную и учебную деятельность таких детей оказывает, прежде всего, снижение остроты зрения. Трудности различения цветов и оттенков, локализации форм и размеров, мелких предметов и деталей, а также недостаточная способность различения линейных и угловых величин приводят к трудностям узнавания предметов и их изображений, смешению сходных по форме изображений и предметов. Это снижает скорость и точность восприятия, негативно отражается на формировании как предметных, так и пространственных представлений. В учебном процессе они испытывают трудности в восприятии линий и клеток в тетради, обозначений и рисунков, имеющих место в учебниках и учебных пособиях. Кроме снижения остроты зрения у многих из них имеет место нарушение бинокулярного зрения, что затрудняет процесс рассматривания иллюстраций, и проявляется в трудностях выделения различных планов, установления причинно-следственных связей между персонажами и т. п. Вместе с тем, вследствие часто возникающих нарушений зрительно-моторной координации, у детей значительно снижается скорость и качество выполнения видов работ, в основе которых лежит зрительное восприятие. Частые ситуации неуспеха могут стать причиной заниженной самооценки у такого ребенка, снизить положительную мотивацию к учебной деятельности и могут явиться причиной формирования отрицательных качеств личности.

Нарушение зрения (слепота, слабовидение) приводит к нарушению социальных отношений, ограничению поступающей извне информации и возникновению негативных социальных установок (избегание зрячих, иждивенческие настроения, неадекватное ситуативное поведение др.). Ограниченные возможности зрительного восприятия и пространственной ориентировки ограничивают свободу незрячего человека в передвижении, ориентировке в пространстве, в изучении, освоении и использовании окружающей его предметно-материальной среды, в овладении тонкостями межличностных отношений. Человек с нарушением зрения не в состоянии самостоятельно обрести многие навыки общения, в том числе в полной мере овладеть невербальными средствами общения (жест, мимика, пантомимика), и особенно спонтанным путем через естественное наблюдение и подражание как это имеет место у зрячих. Характерной чертой, объединяющей всех детей с нарушением зрения, является чувство неуверенности. Дети не уверены в своих возможностях и ограничениях. При этом излишняя опека со стороны зрячих тормозит развитие у ребенка самостоятельности.

В период школьного инклюзивного обучения дети с нарушениями зрения не только получают общеобразовательную подготовку, но и проходят адаптацию к жизни и труду в контакте со зрячими людьми. Это позволяет накопить им определенный социальный и коммуникативный опыт, преодолеть страх перед общением со зрячими, сформировать большую уверенность в пространственной ориентации и передвижении, сформировать адекватное представление о себе, своих способностях и возможностях, повысить свой социальный статус. При включении ребенка с нарушением зрения в инклюзивное образовательное пространство крайне важен учет его психофизиологических особенностей и медицинских показаний и противопоказаний,

сформулированных в рекомендациях ПМПК в индивидуальной программе комплексной реабилитации. При создании специальной образовательной среды в инклюзивной образовательной организации для любой категории лиц с ограниченными возможностями учитываются как общие для всех людей с особыми образовательными потребностями недостатки развития, так и особенности, свойственные только детям с нарушениями зрения.

Зрительная депривация обуславливает возникновение у слепых и слабовидящих детей конкретных специфических трудностей в учебно-познавательной деятельности, которые и определяют особые образовательные потребности учащихся этой категории. Следствием недостаточности зрения или слепоты является отставание в интеллектуальном, социальном и эмоциональном развитии. Трудности в определении цвета, формы, размера предметов, формирование нечетких, неполных или неадекватных зрительных образов у слепых и слабовидящих детей создают потребность в формировании адекватных зрительных образов. Важной специальной образовательной потребностью является потребность в навыках различного рода 15 пространственной ориентировки (на своем теле, рабочей поверхности, микро- и макространстве и др.), выработке координации глаз-рука, мелкой и крупной моторики. Низкий уровень развития зрительно-моторной координации, плохое запоминание учащимися букв, трудности в различении конфигурации сходных по написанию букв, цифр и их элементов, наличие серьезных затруднений в копировании букв обуславливают специфическую потребность в формировании навыков письма и чтения, в том числе на основе шрифта Брайля и с применением соответствующих технических средств письма, в пользовании соответствующими компьютерными программами.

Трудности в осуществлении мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, обобщение), полное или частичное выпадение такого компонента как зрительная память у детей с нарушениями зрения формируют у них потребность в специальном развитии познавательной, интеллектуальной деятельности с опорой на сохранные анализаторы. Существует особая потребность учащихся с нарушениями зрения в овладении широким спектром практических навыков, которые у зрячих ровесников формируются спонтанно, на основе зрительного восприятия. также существует потребность в формировании целого ряда социальных и коммуникативных навыков, в развитии эмоциональной сферы в условиях ограничения зрительного восприятия.

В связи с этим перед инклюзивной школой, в которой обучаются слепые и/или слабовидящие дети, встает необходимость решения, наряду с общими, специальных задач, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, профилактику возникновения вторичных отклонений в развитии. В условиях адекватно созданной специальной образовательной среды в обучении и воспитании детей с нарушениями зрения появляется возможность реализовать следующие необходимые функции: учебно-воспитательную, коррекционно-развивающую, офтальмо-гигиеническую, лечебно-восстановительную, социально-адаптационную и проориентационную.

### **2.3. Особые образовательные потребности детей с нарушениями слуха<sup>8</sup>**

---

<sup>8</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

Понятие «нарушение слуховой функции человека» подразумевает, в первую очередь, снижение его способности обнаруживать и понимать звуки, а также трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Нарушение слуха у детей оказывает значительное влияние на все процессы психического и речевого развития, в результате чего возникают выраженные в разной степени специфические особенности в познавательной деятельности и личностной сфере.

Выделяют две основные категории детей со стойкими нарушениями слуха – глухие и слабослышащие.

*Глухие* дети не воспринимают речь разговорной громкости и без специального обучения устная речь у них не развивается. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта является обязательным условием их развития. Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов они испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

*Слабослышащие* дети имеют разные степени нарушения слуха – от незначительных трудностей в восприятии шепотной речи до резкого ограничения возможности воспринимать речь разговорной громкости. Слабослышащие дети могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Необходимость и порядок использования слуховых аппаратов определяют специалисты (врач-сурдолог и сурдопедагог). Для полноценного развития плохослышащих детей, также как и неслышащих, требуются специальные коррекционно-развивающие занятия с сурдопедагогом.

Глухие и слабослышащие в зависимости от своих возможностей *воспринимают речь* окружающих тремя способами: на слух, зрительно, *слухо-зрительно*. Основным способом восприятия устной речи для детей с нарушенным слухом является слухо-зрительное, когда ребенок видит лицо, щеки, губы говорящего и одновременно «слышит» его с помощью слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов.

Но даже при слухо-зрительном восприятии глухие/слабослышащие не всегда успешно воспринимают и понимают речь собеседника по следующим причинам:

- *внешние* – особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие или малоподвижные при говорении губы, особенности прикуса и др.), маскировка губ (усы, борода, яркая помада и др.), специфика продуцирования речи (нечеткая, быстрая речь и др.); расположения говорящего по отношению к глухому/слабослышащему ребенку; количество включенных в беседу людей; акустическая обстановка и др.;

- *внутренние* – наличие незнакомых слов в высказываниях собеседника; «слуховые возможности» ребенка (неисправность слухового аппарата; неполное «слышание», большие помещения (слабое отражение звуков от стен); временная невнимательность (небольшое отвлечение, усталость) и ограниченность житейского и социального опыта ребенка с нарушенным слухом (недостаточная осведомленность по общему контексту/теме разговора и влияние этого на понимание сообщения) и др.

Глухие/слабослышащие ученики могут иметь следующие основные особенности речевого развития:

- на уровне продуцирования – нарушения произношения; недостаточное усвоение звукового состава слова, которое проявляется в ошибках при произнесении и написании слов;

- на лексическом уровне – ограниченный словарный запас, неточное понимание и неправильное употребление слов, зачастую связанное с неполным овладением контекстным значением;

- на грамматическом уровне – недостатки грамматического строя речи, особенности в усвоении и воспроизведении речевых (грамматических) конструкций;

- на синтаксическом уровне – трудности восприятия предложений с нетрадиционным/инвертным порядком слов/словосочетаний и ограниченном понимании читаемого текста.



Нарушение слухового восприятия и возникающее в результате этого недоразвитие речи создают своеобразие в познавательном и личностном развитии такого ребенка. Среди наиболее значимых для организации учебного процесса особенностей выделяют следующие:

- сниженный объем внимания, низкий темп переключения, меньшая устойчивость, затруднения в его распределении;
- преобладание образной памяти над словесной, преобладание механического запоминания над осмысленным;
- превалирование наглядных форм мышления над понятийными, зависимость развития словесно-логического мышления от степени развития речи обучающегося;
- непонимание и трудности дифференциации эмоциональных проявлений окружающих, обедненность эмоциональных проявлений;
- наличие комплекса негативных состояний – неуверенность в себе, страх, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого, завышенная самооценка, агрессия;
- приоритетное общение с учителем и ограничение взаимодействия с одноклассниками.

При поступлении в общеобразовательную организацию дети с нарушениями слуха имеют разный уровень психического и речевого развития, который зависит от степени снижения слуха и времени его возникновения, адекватности медицинской коррекции слуха, наличия своевременной, квалифицированной и систематической психолого-педагогической помощи, особенностей ребенка и его воспитания в семье. Нарушение слуха приводит к недоразвитию речи и своеобразному психическому развитию в целом. В связи с этим особые образовательные потребности глухих и слабослышащих в первую очередь связаны с трудностями восприятия, понимания речи и использования вербальной информации, что способствует возникновению особенностей взаимодействия с окружающими и формированию специфики личностной сферы.

К основным *особым образовательным потребностям* ребенка с нарушением слуха относятся:

- потребность в обучении слухо-зрительному восприятию речи, в использовании различных видов коммуникации;
- потребность в развитии и использовании слухового восприятия в различных коммуникативных ситуациях;
- потребность в развитии всех сторон и видов словесной речи (устная, письменная);
- потребность формирования социальной компетенции.

Для полноценного понимания речи говорящего школьники с нарушением слуха должны видеть его лицо, губы и слышать с помощью слухового аппарата. Это и есть основной способ восприятия устной речи детьми с нарушениями слуха – слухо-зрительный. При проведении уроков и внеклассных мероприятий необходимо учитывать эту особенность детей.

Внятная, разборчивая речь школьника и возможность использования слухового восприятия в различных коммуникативных ситуациях, позволяет ему взаимодействовать с одноклассниками и активно включаться в образовательный процесс на уроках. Работа над произносительной стороной речи и развитием слухового восприятия происходит на специальных коррекционных занятиях с сурдопедагогом/логопедом, количество и содержание которых регламентируется индивидуальной образовательной программой ученика с нарушением слуха.

Способность использовать полученные знания в конкретной жизненной ситуации – одна из важнейших составляющих социальной компетентности, которой глухой/слабослышающий школьник должен овладевать на уроках в процессе овладения основной образовательной программой, на коррекционно-развивающих занятиях специалистов при реализации разделов индивидуальной образовательной программы – «Психолого-педагогическое сопровождение» и «Формирование социальной компетентности».

## 2.4. Особые образовательные потребности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата<sup>9</sup>

Термин «нарушение опорно-двигательного аппарата» (НОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие генез органического или периферического типа. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдается у 5-7 % детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей этой категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений.

В психолого-педагогическом отношении детей с НОДА условно можно разделить на две категории, которые нуждаются в различных вариантах коррекционно-педагогической работы в условиях образовательного пространства.

К первой категории (с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых НОДА обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы. Большинство детей этой группы составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП) – 89% от общего количества детей с НОДА. Именно эта категория детей является наиболее изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число в образовательных организациях. Так как двигательные расстройства при ДЦП сочетаются с отклонениями в развитии познавательной, речевой и личностной сферы, наряду с психолого-педагогической и логопедической коррекцией основная часть детей данной категории нуждается также в лечебной и социальной помощи. В условиях специальной образовательной организации многие дети этой категории дают положительную динамику в развитии.

Ко второй категории (с ортопедическим характером двигательных расстройств) относятся дети с преимущественным поражением ОДА не неврологического характера. Обычно эти дети не имеют выраженных нарушений интеллектуального развития. У некоторых детей несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть парциально нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления. Дети данной категории нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений ОДА у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, нарушение или утрата двигательных функций).

Двигательные расстройства у детей с НОДА могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени двигательных нарушений ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных расстройств дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений. Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивных функций. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте.

Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, их движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена

---

<sup>9</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

мышечная сила, имеются недостатки функциональных возможностей кистей и пальцев рук (мелкой моторики).

Охарактеризуем более подробно особенности детей с ДЦП как самой многочисленной группы.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – полиэтиологическое неврологическое заболевание, возникающее вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны).

ДЦП возникает под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний.

В нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К.А. Семеновой (1974), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, дефектологов, психологов. Согласно этой классификации выделяются пять форм ДЦП: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

В структуре двигательного дефекта у детей с церебральным параличом особое место занимают нарушения функций рук. Именно они в ряде случаев затрудняют бытовую, школьную и трудовую адаптацию, делают невозможным использование ряда ортопедических приспособлений, необходимых для развития ходьбы. Степень тяжести поражения рук зависит от формы ДЦП. Наиболее тяжело функция рук нарушена при двойной гемиплегии, гиперкинетической и гемипаретических формах церебрального паралича.

Активные движения у этих детей не в полном объеме, замедлены, напряжены, фрагментарны, недостаточно дифференцированы. Многие дети не умеют держать карандаш, не могут рисовать, пользоваться кисточкой, не могут выполнить даже самые примитивные рисунки. Их графическая деятельность носит характер до изобразительного черкания. Большие трудности дети испытывают при проведении прямых, горизонтальных и вертикальных линий, особенно те из них, которые вследствие поражения правой руки начинают рисовать левой.

Многие не владеют навыками самообслуживания и санитарно-гигиеническими навыками. Они не умеют самостоятельно обращаться с ложкой или вилкой, не могут взять стакан или чашку, не владеют навыками личной гигиены: не умеют взять мыло и вымыть руки, умыться, почистить зубы, не умеют самостоятельно причесаться, одеться, раздеться, застегнуть и расстегнуть пуговицы, испытывают трудности при жевании твердой пищи, при глотании часто поперхиваются.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Не существует четкой взаимосвязи между

выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а легкая двигательная патология – с тяжелым недоразвитием психики в целом. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей. К ним относятся: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практическом опыте. Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

У 20-25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (к, с, ф, ш, в, т, п), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У многих детей отмечается недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (ба-па, ва-фа). В таких случаях возникают трудности в обучении чтению, письму. При письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.

При всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, то есть действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

В норме кинестетическое восприятие совершенствуется у ребенка постепенно. Прикасание к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность представить себя как единый объект. Далее развивается пространственная ориентация. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, то есть характерна парциальность их нарушений. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия («спереди», «сзади», «между», «вверху», «внизу») усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия «далеко», «близко», «дальше, чем» заменяются у них определениями «там» и «тут». Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения («под», «над», «около»). Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения. У них нарушен целостный образ предметов (не может сложить из частей целое – собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти.

Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость различной степени. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко.

Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни. Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не

представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры; с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнении целого и частей целого, в усвоении состава числа, в нарушении восприятия разрядного строения числа и усвоении арифметических знаков.

Важно подчеркнуть, что отдельные локальные нарушения высших корковых функций (пространственного гнозиса и праксиса, нарушение функции счета, доходящее иногда до выраженной акалькулии) могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако, несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

У детей с правосторонним гемипарезом часто наблюдается оптико-пространственная дисграфия. Оптико-пространственные нарушения проявляются при чтении и письме: чтение затруднено и замедлено, так как дети путают сходные по начертаниям буквы, на письме отмечаются элементы зеркальности. У них позже, чем у сверстников, формируется представление о схеме тела, они долго не различают правую и левую руку.

Структура интеллектуальных нарушений при гиперкинетической форме ДЦП отличается своеобразием. У большинства детей в связи с преимущественным поражением подкорковых отделов мозга интеллект потенциально сохранен. Ведущее место в структуре нарушений занимают недостаточность слухового восприятия и речевые нарушения (гиперкинетическая дизартрия). Дети испытывают затруднения при выполнении заданий, требующих речевого оформления, и легче выполняют визуальные инструкции. Для гиперкинетической формы ДЦП характерно удовлетворительное развитие праксиса и пространственного гнозиса, а трудности обучения чаще связаны с нарушениями речи и слуха.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и личности. У одних детей расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохраненным интеллектом – реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков – реже, чем у детей с атетоидными гиперкинезами.

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Выделяются три типа личностных нарушений у учащихся с церебральным параличом: личностная незрелость; астенические проявления; псевдоаутические проявления. Основным признаком личностной незрелости у учащихся является недостаточность волевой деятельности. В своих поступках они руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. Специфическим условием развития этого типа отклонений является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения. Дети с астеническими проявлениями отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, которая проявляется в виде пугливости, страха перед всем новым, неуверенности в своих силах. У этих детей часто возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству. Этому в значительной

степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которая ведет к подавлению естественной активности ребенка.

Характерной для этих детей является склонность к конфликтам с окружающими. Они требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий. В противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами, отказом от еды, от устного общения с определенными лицами, в уходах из дома или из школы. Значительно реже как результат протеста может возникать суицидальное поведение, которая проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки. Псевдоаутистический тип развития личности проявляется у детей с тяжелыми формами ДЦП. Эти дети склонны к уединению, у них наблюдаются коммуникативные нарушения, а также уход в мир собственных мечтаний и грез. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет более 85%. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи. У всех детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита, прежде всего, фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. При ДЦП у многих детей отмечаются нарушения фонематического восприятия, что вызывает у детей трудности звукового анализа. В тяжелых случаях дети не различают звуки на слух, не выделяют звуки в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях отмечаются трудности звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками.

У большинства детей отмечаются своеобразные нарушения лексического строя речи. При ДЦП лексические нарушения обусловлены спецификой заболевания. Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные понятия. С трудом усваиваются лексические значения слов (иногда вычлняют в слове только конкретное значение, не понимая его истинного смысла; заменяют одно значение слова значением другого, совпадающим с ним по звучанию). Дети затрудняются в установлении функциональной общности между значениями многозначного слова.

Часто у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Нередко отмечаются нарушения порядка слов, пропуски слов, незаконченность предложений, многочисленные повторы одного и того же слова (тут, вот и др.). Даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться средствами грамматического оформления предложений. У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи.

Возрастная динамика речевого развития детей с церебральными параличами во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

У детей с церебральным параличом выделяются различные формы речевых нарушений. Они редко встречаются в изолированном виде. Наиболее частая форма речевой патологии при ДЦП – дизартрия. Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. При дизартрии расстраивается двигательный механизм речи. Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушения звукопроизносительной стороны речи и просодики (мелодико-интонационной и темпо-ритмической характеристик речи), нарушения речевого дыхания, голоса. Также при дизартрии наблюдаются нарушения тонуса артикуляционных мышц (языка, губ, лица, мягкого неба) по типу спастичности, гипотонии, дистонии; нарушения подвижности артикуляционных мышц, гиперсаливация, нарушение акта приема пищи (жевания, глотания), синкенизии и др. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы у некоторых детей с ДЦП наблюдается анартрия – полное или почти полное отсутствие речи при наличии ярко выраженных центральных речедвигательных синдромов. Значительно реже, при поражении левого полушария (при правостороннем гемипарезе) наблюдается алалия-отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. У некоторых детей с церебральным параличом может отмечаться заикание.

Почти все дети с церебральным параличом с трудом овладевают навыками чтения и письма. Нарушения письменной речи – дислексия и дисграфия – обычно сочетаются с недоразвитием устной речи.

У большинства детей с ДЦП отмечаются разноуровневые, вариативные специфические сочетания нарушений в развитии двигательных, психических и речевых функций. Для многих детей характерно неравномерное отставание по всем линиям развития (двигательному, психическому, речевому), для остальных – равномерное. Все эти нарушения развития затрудняют образование и социальную адаптацию детей с церебральным параличом.

Диапазон различий в возможностях освоения академического образования детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата очень велик:

✓ Часть детей (с «чисто» ортопедической патологией и некоторые дети с детским церебральным параличом) могут освоить программу общеобразовательной школы.

✓ Существенная часть детей с двигательной церебральной патологией с ЗПР (с церебральным параличом и некоторые дети с ортопедической патологией) нуждаются в коррекционно-педагогической работе и специальных условиях образования; они могут успешно обучаться в специальной (коррекционной) школе VI вида.

✓ Дети с легкой умственной отсталостью обучаются по программе специальной (коррекционной) школы VIII вида.

✓ Для детей с умеренной умственной отсталостью возможно обучение по индивидуальной программе в условиях реабилитационного центра системы образования или на дому.

Все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют особые образовательные потребности. Под особыми образовательными потребностями детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата мы понимаем совокупность медико-психолого-педагогических мероприятий, учитывающих особенности развития этих детей на разных возрастных этапах и направленных на их адаптацию в образовательное пространство.

**Особые образовательные потребности** у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

- потребность в раннем выявлении нарушений и максимально раннем начале комплексного сопровождения развития ребенка, с учетом особенностей психофизического развития;



- потребность в регламентации деятельности с учетом медицинских рекомендаций (соблюдение ортопедического режима);
- потребность в особой организации образовательной среды, характеризующейся доступностью образовательных и воспитательных мероприятий;
- потребность в использовании специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения;
- потребность в предоставлении услуг тьютора;
- потребность в адресной помощи по коррекции двигательных, речевых и познавательных и социально-личностных нарушений;
- потребность в индивидуализации образовательного процесса с учетом структуры нарушения и вариативности проявлений;
- потребность в максимальном расширении образовательного пространства – выход за пределы образовательной организации с учетом психофизических особенностей детей указанной категории. Эти образовательные потребности имеют особенности проявления на разных возрастных этапах, а также зависят от тяжести двигательной патологии или ее усложненности недостатками сенсорной, речевой или познавательной деятельности.

На всех этапах образования обучающихся с ДЦП должно быть обеспечено мультидисциплинарное взаимодействие всех специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое изучение, участвующих в проектировании индивидуального образовательного маршрута, разработке адаптированной образовательной программы, их реализации и корректировки программы по мере необходимости, проводящих анализ результативности обучения.

## **2.5. Характеристика особых образовательных потребностей детей с задержкой психического развития (ЗПР)<sup>10</sup>**

Задержка психического развития (ЗПР) – это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. ЗПР относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми.

В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий. ЗПР у детей является сложным полиморфным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

Для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях – произвольность в организации деятельности, в-третьих – мотивация к различным видам познавательной деятельности. У большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

<sup>10</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

Степень нарушения темпа созревания мозговых структур, а, следовательно, и темпа психического развития, может быть обусловлена своеобразным сочетанием неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов.

Задержка развития может быть вызвана недоразвитием некоторых интеллектуальных предпосылок, являясь как бы первичной, и задержка развития может носить вторичный характер в силу сенсорной, моторной, речевой недостаточности или микросоциальной депривации. Первичные задержки церебрально-органического генеза являются наиболее распространенными нарушениями развития. В их основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде (родовая травма, асфиксия, ранние инфекции, недоношенность, некоторые наследственные заболевания, эндокринопатии и др.), приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта. Вторичные задержки нервно-психического развития возникают на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях, при некоторых формах патологии зрения и слуха, после тяжелой и длительной психотравмирующей ситуации, при дефектах воспитания, особенно в условиях депривации и др.

В рамках психолого-педагогического подхода накоплен достаточно большой материал, свидетельствующий о специфических особенностях детей с ЗПР, отличающих их, с одной стороны, от детей с нормальным психическим развитием, а с другой стороны – от умственно отсталых детей.

Особые образовательные потребности детей с задержкой психического развития зависят от характера временного отставания психики, а именно замедлен ли темп психического развития в целом или отдельных функций (сенсорных, моторных, речевых, эмоционально-волевых); возраста ребенка; наличия неблагоприятных социальных факторов; наличия отягощающих соматических факторов.

Для всех детей с ЗПР характерно запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения), эмоциональная незрелость, неравномерность развития отдельных психических функций, функциональный, обратимый характер нарушений.

Детей с ЗПР характеризует наличие частичного (парциального) недоразвития интеллектуальных функций (преимущественно, так называемых, предпосылок интеллекта) и (или) личности (в первую очередь эмоционально-волевой сферы и иерархии мотиваций). Поэтому в структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план могут выступать незрелость эмоционально-волевой сферы с резко выраженными интеллектуальными нарушениями, в других случаях могут выступать на первый план замедленное развитие интеллектуальных процессов.

Учебная деятельность детей с ЗПР отличается ослабленностью регуляции деятельности во всех звеньях процесса учения: отсутствием достаточно стойкого интереса к предложенному заданию; необдуманностью, импульсивностью и слабой ориентировкой в заданиях, приводящими к многочисленным ошибочным действиям; недостаточной целенаправленностью деятельности; малой активностью, безынициативностью, отсутствием стремления улучшить свои результаты, осмыслить работу в целом, понять причины ошибок.

У детей с ЗПР отставание обнаруживается в развитии мыслительной деятельности. Это выражается в преобладании более простых мыслительных операций, снижении уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к понятийным формам мышления. Однако в сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, высших форм мышления. Некоторые дети с ЗПР, как и их умственно отсталые сверстники, затрудняются в установлении причинно-следственных зависимостей и имеют несовершенные функции обобщения. Недостаточный уровень мыслительной деятельности проявляется уже на ориентировочном этапе. Неумение ориентироваться в задании, анализировать его, обдумывать и планировать предстоящую деятельность становится причиной многочисленных ошибок. У детей с ЗПР в большей степени страдают предпосылки интеллектуальной деятельности. У всех школьников с ЗПР отмечаются изъяны в памяти, причем это касается всех видов запоминания – произвольного и

произвольного, кратковременного и долговременного. В первую очередь у учащихся ограничен объем памяти и снижена прочность запоминания, продуктивность произвольного запоминания.

У многих младших школьников с задержкой психического развития наблюдаются трудности в восприятии учебного материала. Испытывают затруднения при узнавании предметов по контурным или схематическим изображениям, особенно если те перечеркнуты или перекрывают друг друга. Младшие школьники с ЗПР не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы или их отдельные элементы, ошибочно воспринимают сочетания букв, значительно медленнее перерабатывают поступающую через органы чувств информацию. Скорость восприятия у младших школьников с ЗПР заметно снижается фактически при любом отклонении от оптимальных условий – при плохом освещении, расположении предмета под непривычным углом зрения, наличии рядом других аналогичных предметов, частой смене сигналов (объектов), сочетании или одновременном появлении нескольких сигналов (П.Б. Шошин). Недостатки пространственного восприятия затрудняют обучение чтению и письму, где очень важно различать расположение элементов.

У детей с ЗПР отмечается зависимость восприятия от уровня внимания: снижение внимания замедляет скорость восприятия. Внимание младших школьников с задержкой психического развития характеризуется повышенной отвлекаемостью, недостаточной концентрированностью на объекте, недостаточной сформированностью произвольного внимания.

Для детей с ЗПР характерны черты психического и психофизического инфантилизма, который проявляется в слабой способности ребенка подчинять свое поведение требованиям ситуации; неумении сдерживать свои желания и эмоции; детской непосредственности; преобладании игровых интересов в школьном возрасте; в беспечности; повышенном фоне настроения; недоразвитии чувства долга; неспособности к волевому напряжению и преодолению трудностей; в повышенной подражаемости и внушаемости; дефицита познавательной активности при обучении; в отсутствии школьных интересов, несформированности «роли ученика»; быстрой пресыщаемости в любой деятельности и пр.

Дети с ЗПР к началу школьного возраста не испытывают трудностей на уровне элементарного бытового общения со взрослыми и со сверстниками. Они владеют повседневным обиходным словарем и грамматическими формами, для них характерны бедность и неточность словаря, недостаточная дифференцированность слов по их семантике, повторы одних и тех же слов, неадекватное их использование.

Одной из причин, вызывающих задержку психического развития является длительная соматическая недостаточность различного происхождения. В замедлении темпа психического развития таких детей значительная роль принадлежит стойкой астении (слабости), болезненному состоянию, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Причины неуспеваемости при астеническом состоянии лежат в ослаблении умственной работоспособности (а не в интеллектуальной недостаточности). Из-за общей ослабленности организма темп деятельности, скорость усвоения материала, память снижены. На первый план выступают быстрое снижение работоспособности, сужение объема воспринимаемого материала, трудности распределения и переключения внимания.

Особенности детей с задержкой психического развития, которые необходимо учитывать в учебном процессе:

- незрелость эмоционально-волевой сферы, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;
- преобладание игровых мотивов, дезадаптивность побуждений и интересов;
- низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности;
- ограниченный запас общих сведений и представлений об окружающем мире;
- снижение работоспособности;
- повышенная истощаемость;
- неустойчивость внимания;

- ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, трудности овладения письменной речью;
- расстройства регуляции, программирования и контроля деятельности, низкий навык самоконтроля;
- более низкий уровень развития восприятия;
- отставание в развитии всех форм мышления;
- недостаточная продуктивность произвольной памяти, преобладание механической памяти над абстрактно-логической, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти.

Школьники с ЗПР нуждаются в удовлетворении *особых образовательных потребностей*:

- в побуждении познавательной активности как средство формирования устойчивой познавательной мотивации;
- в расширении кругозора, формирование разносторонних понятий и представлений об окружающем мире;
- в формировании общеинтеллектуальных умений (операции анализа, сравнения, обобщения, выделение существенных признаков и закономерностей, гибкость мыслительных процессов);
- в совершенствовании предпосылок интеллектуальной деятельности (внимания, зрительного, слухового, тактильного восприятия, памяти и пр.);
- в формировании, развитии у детей целенаправленной деятельности, функции программирования и контроля собственной деятельности;
- в развитии личностной сферы: развитие и укрепление эмоций, воли, выработка навыков произвольного поведения, волевой регуляции своих действий, самостоятельности и ответственности за собственные поступки;
- в развитии и отработке средств коммуникации, приемов конструктивного общения и взаимодействия (с членами семьи, со сверстниками, с взрослыми), в формировании навыков социально одобряемого поведения, максимальном расширении социальных контактов;
- в усилении регулирующей функции слова, формировании способности к речевому обобщению, в частности, в сопровождении речью выполняемых действий;
- в сохранении, укреплении соматического и психического здоровья, в поддержании работоспособности, предупреждении истощаемости, психофизических перегрузок, эмоциональных срывов.

## **2.6. Характеристика особых образовательных потребностей детей с умственной отсталостью <sup>11</sup>**

К лицам с нарушениями умственного развития (умственно отсталым) относят детей, подростков, взрослых со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. Специфической особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности, что выражается в деформации познавательных процессов, при которой страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом. Все это приводит к нарушению социальной адаптации умственно отсталых людей в обществе.

В физическом развитии дети отстают от нормально развивающихся сверстников. Это отражается в более низком росте, весе, объеме грудной клетки. У многих из них нарушена осанка,

<sup>11</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

отсутствует пластичность, эмоциональная выразительность движений, которые плохо координированы. Сила, быстрота и выносливость у умственно отсталых детей развиты хуже, чем у нормально развивающихся детей. Умственно отсталым школьникам достаточно сложно удерживать рабочую позу в течение всего урока, они быстро устают. У детей снижена работоспособность на уроке.

Умственно отсталые дети часто поступают в школу с несформированными навыками самообслуживания, что существенно затрудняет их школьную адаптацию.

Важным условием успешной учебной деятельности является внимание. Но у умственно отсталых детей оно характеризуется рядом особенностей: трудностью привлечения, невозможностью длительной активной концентрации, неустойчивостью, быстрой и легкой отвлекаемостью, рассеянностью, низким объемом. На уроке такой ребенок может показаться внимательным учеником, но при этом совершенно не слышать объяснений учителя. Для того чтобы бороться с подобным явлением (псевдовниманием), учителю во время объяснения следует задавать вопросы, выявляющие, следят ли школьники за ходом его мысли, или предлагать повторить только что сказанное.

Восприятие у умственно отсталых детей также имеет определенные особенности. Прежде всего, его скорость заметно снижена: для того чтобы узнать предмет, явление, им требуется заметно больше времени, чем нормально развивающимся сверстникам. Эту особенность важно учитывать в учебном процессе: речь учителя должна быть медленной, чтобы учащиеся успевали понимать ее; надо отводить больше времени на рассматривание предметов, картин, иллюстраций.

У умственно отсталых учащихся уменьшен и объем восприятия – одновременного восприятия группы предметов. Подобная узость восприятия затрудняет овладение учениками чтением, работу с многозначными числами и т. д.

Восприятие этих детей недифференцировано: в окружающем пространстве они в состоянии выделить значительно меньше объектов, чем нормально развивающиеся сверстники, воспринимают их глобально, нередко форма предметов видится им упрощенной. Также им легче узнавать простые объекты, которые воспринимаются ими без тонкого анализа частей и свойств, сложные предметы воспринимаются ими упрощенно и узнаются неправильно, как менее сложные. Например, дети не различают зубцов пилы и видят ее «беззубой», ровной.

Значительно нарушено пространственное восприятие и ориентировка в пространстве, что затрудняет овладение ими такими учебными предметами, как математика, география, история и др.

Большие трудности представляет для них восприятие картин. Они, как правило, не видят связей между персонажами, не понимают причинно-следственных связей, не понимают эмоциональных состояний изображенных персонажей, не видят сюжета, не понимают изображения движения и т. п.

Отмечается, что у умственно отсталых детей страдают как произвольное, так и произвольное запоминание, причем нет существенных различий между продуктивностью произвольного и произвольного запоминания. Например, известно, что для учащихся с нарушением интеллекта особые трудности представляет заучивание результатов табличного умножения и деления. Повторяя таблицы из урока в урок, из года в год некоторые учащиеся к окончанию школьного обучения все же не знают табличного умножения и деления. Школьники самостоятельно не овладевают приемами осмысленного запоминания, поэтому на учителя ложится задача их формирования. Сохраняемые в памяти представления умственно отсталых детей значительно менее отчетливы и расчленены, чем у их нормально развивающихся сверстников. Очень интенсивно забываются знания о сходных предметах и явлениях, полученные в словесной форме. Образы схожих объектов резко уподобляются друг другу, а порой полностью отождествляются. Таким образом, приобретенные учениками знания упрощаются в их сознании. Школьники испытывают большие трудности при воспроизведении последовательности событий, особенно исторических событий в их хронологической последовательности.

У большинства умственно отсталых детей отмечаются нарушения речевого развития, при этом страдают все компоненты речи: лексика, грамматический строй, звукопроизношение. К

началу школьного обучения они имеют скудный словарный запас, который включает в основном существительные и глаголы. Умственно отсталые первоклассники могут не знать названий часто встречающихся им предметов (*будильник, перчатки, кружка*), особенно частей предметов (*обложка, страница, рама, подлокотник*), в их речи отсутствуют обобщающие слова (*дети, посуда, фрукты*). Младшие школьники не понимают и не используют в речи приставочные глаголы (например: *ушел, пришел, перешел, вышел*), не употребляют прилагательные (кроме большой – маленький, хороший – плохой и названий основных цветов), затрудняются в понимании и использовании наречий. В речи детей часто встречается неточное употребление слов. Пассивный словарь значительно превышает активный.

Нарушения грамматического строя речи у младших школьников проявляются во фрагментарности, структурной неоформленности предложений, пропусках главных членов предложения. Учащиеся не всегда правильно согласовывают существительные с глаголами и прилагательными. Характерной ошибкой детей является неумение согласовывать числительные с существительными («пять матрешки»). Учащиеся испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов.

Становление связной речи у умственно отсталых детей происходит замедленным темпом и имеет определенные качественные особенности. Они длительное время не могут самостоятельно связно высказываться, им требуется помощь педагога в виде вопросов. Исследования показывают, что наиболее простыми для детей с нарушением интеллекта являются пересказы, хотя в них школьники допускают пропуски важных смысловых частей, привнесения (добавления), обнаруживают непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. Рассказы школьников с нарушением интеллектуального развития бессвязны, дети не могут раскрыть сюжет, ограничиваются перечислением элементов ситуации.

Исследования нарушений звукопроизношения (Г.А. Каше, Д.И. Орлова, М.А. Александровская, Р.И. Лалаева и др.) показали, что у младших школьников с нарушением интеллекта они встречаются значительно чаще и характеризуются большим количеством дефектных звуков, чем у их нормально развивающихся сверстников. У учащихся младших классов специальной (коррекционной) школы VIII вида встречаются как искажения звуков, так и замены (ш–с, р–л и др.). Некоторые дети умеют правильно, изолированно произносить звуки, но в речи их искажают. Один и тот же звук дети могут произносить в одних случаях правильно, в других – искажать, заменять. Дефекты звукопроизношения у детей часто сочетаются с нарушениями звуковой структуры слова: младшие школьники пропускают согласные при их стечении («такан» – *стакан*), заменяют первый согласный звук («светы» – *цветы*), переставляют звуки соседних слогов («моносафт» – *космонавт*), пропускают слоги («сатар» – *санитар*). Речь детей монотонная, маловыразительная.

У умственно отсталых школьников нарушено мышление. Основным его недостатком является слабость обобщений. Часто в обобщении используются внешне близкие по временным и пространственным раздражителям признаки – это обобщение по ситуационной близости (стол и стул, колготки и ботинки, чашка и блюдце). Обобщения очень широкие, недостаточно дифференцированные. Эти особенности познавательной деятельности учащихся необходимо учитывать при организации обучения. Чтобы сформировать у них правильные обобщения, следует затормозить все лишние связи, которые «маскируют», затрудняют узнавание общего, и максимально выделить ту систему связей, которая лежит в основе. Особенно затрудняет учеников изменение однажды выделенного принципа обобщения, например, если классификация проводилась с учетом цвета, то учащимся трудно переключиться на другую классификацию – по форме.

Нарушение способности обобщения усугубляется неполноценностью других мыслительных процессов – анализа, синтеза, абстрагирования, сравнения. Дети затрудняются выполнить мысленное расчленение предмета, явления, ситуации и выявить составляющие их элементы. Это приводит к нарушению ориентировочной основы деятельности. Так, учащимся трудно выделить элементы, из которых состоит буква, цифра. С другой стороны, у детей с нарушением интеллекта не развито умение «свести отдельные элементы информации в

интегрированную целостность, собрать отдельные части структуры в "рабочую модель" с установлением значимости различных связей, что лежит в основе понимания целого» (А.А. Брудный). Несформированность операции абстрагирования выражается у умственно отсталых детей в неумении отделить существенные признаки от несущественных. При сравнении младшие школьники часто соотносят между собой несопоставимые признаки предметов. Например, сравнивая изображения двух детей, одна ученица сказала: «Они не похожи. У этого майка зеленая, а у этого штанишки коричневые. Этот в носках, а этот в туфельках» (В.Г. Петрова, Ж.И. Шиф). В ходе сравнения обнаруживается характерное для этой категории детей «соскальзывание»: сравнивая два предмета, ученики выделяют один-два отличительных признака, а затем «соскальзывают» на более простой вид деятельности – переходят к описанию одного из объектов. При сравнении школьники неправомерно широко отождествляют сходные объекты.

Мышление умственно отсталых детей характеризуется косностью, тугоподвижностью. Школьники не могут перенести свои знания в новые условия. Например, запомнив результаты табличного умножения на уроках математики, ученики затрудняются их использовать на уроках труда.

Школьники с нарушением интеллекта недостаточно критично относятся к результатам своего труда, часто не замечают очевидных ошибок. У них не возникает желания проверить свою работу.

Б.И. Пинский выявил у них нарушение строения и мотивации деятельности. Так, им отмечается нарушение соотношения цели и действия, вследствие чего процесс выполнения действий становится формальным, не рассчитанным на получение реально значимых результатов. Часто дети подменяют или упрощают цель, руководствуются своей задачей. Например, школьник задачу в два действия решает в одно, ответ примера в три действия записывает, выполнив только два действия. При этом происходит приспособление заданий к возможностям учащихся, «соскальзывание» с правильного пути решения. Одной из существенных особенностей является нарушение ориентировочной основы действия. Как правило, поставленную задачу умственно отсталые школьники выполняют без предварительной ориентировки в ней, без должного анализа содержащихся в ней данных и требований. Например, многие ученики приступают к выполнению задания, не дослушав его до конца, а потом у них возникают вопросы по условиям, которые они не дослушали. В ряде случаев при составлении плана решения и выборе действия они исходят не из условия и вопроса данной задачи, а из несущественных признаков и начинают производить действие, руководствуясь не задачей в целом, а отдельными ее частями. В других случаях ученики затрудняются использовать имеющийся у них опыт. Поэтому возможен буквальный перенос знаний без учета ситуации. Часто вместо осмысления действительного содержания новой задачи учащиеся усматривают в ней черты одинаковые или сходные с известной задачей. В этих случаях старый опыт не перерабатывается, не изменяется и обобщение приобретает характер приравнивания. Приравнивание в известном смысле является приспособлением новой задачи к знакомой старой, оно обуславливает ошибки уподобления знаний.

Исследования Б.И. Пинского, Ж.И. Шиф, М.Н. Перовой и других отмечают легкость подхода школьников с нарушением интеллекта к выполнению задания. Приняв задание и проявив большую активность и желание осуществить его, ученики в то же время проявляют беззаботное отношение к способу действия, ведущему к желаемой цели. В ряде случаев они, имея все необходимые знания и навыки для решения поставленной задачи, оказываются не в состоянии решить ее из-за того, что эти знания и навыки не актуализируются в нужный момент. Ряд учеников не в состоянии составить план своей деятельности.

При выполнении заданий учащиеся часто затрудняются переключиться с одного действия на другое.

К получаемым в процессе деятельности результатам школьники относятся недостаточно критически. Это выражается в том, что результаты не соотносятся ими с требованиями задачи с целью проверки их правильности, а также в том, что они не обращают внимания на содержание и реальную значимость результатов.

Эмоциональная сфера умственно отсталых школьников характеризуется незрелостью и недоразвитием. Эмоции детей недостаточно дифференцированы: переживания примитивны, полюсны (дети испытывают удовольствие или неудовольствие, а дифференцированных, тонких оттенков переживаний почти не наблюдается). Их реакции зачастую неадекватны, непропорциональны воздействиям окружающего мира по своей динамике. У некоторых учащихся наблюдаются чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малосущественным поводам, стереотипность и инертность эмоциональных переживаний, у других – чрезмерная легкость, поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому. У детей с преобладанием процесса торможения поведение характеризуется эмоциональной тупостью, малой подвижностью. У детей с преобладанием процесса возбуждения отмечаются чрезмерная выраженность эмоций и длительные эмоциональные реакции, вызываемые малосущественными поводами. Свои эмоциональные проявления учащиеся не контролируют. Дети с нарушением интеллекта затрудняются в понимании эмоций людей, сложные эмоции социально-нравственного характера остаются им недоступны.

В процессе учебной деятельности у школьников формируются познавательные интересы. Для них в первый год обучения в школе свойственно почти полное отсутствие интересов или же их интересы неглубоки, односторонни, неустойчивы (Н. Г. Морозова). Личные интересы на начальном этапе обучения преобладают над всеми остальными. К средним классам у учащихся формируются познавательные интересы, появляются, как правило, любимые уроки, часто среди них уроки трудового обучения, физической культуры.

Одним из основных компонентов личности, который обеспечивает социальную адаптацию человека в обществе, является самооценка. У умственно отсталых учащихся наблюдается неадекватная самооценка, которая проявляется в неправильной оценке своих возможностей, в неспособности критически оценить свои поступки. У них имеет место как завышенная, так и заниженная самооценка.

У умственно отсталых людей нарушены волевые процессы; они безынициативны, не могут самостоятельно руководить своей деятельностью, подчинять ее определенной цели. Непосредственные, импульсивные реакции на внешние впечатления, необдуманные действия и поступки, неумение противостоять воле другого человека, повышенная внушаемость – все это крайне отягощает их поведенческие проявления и усугубляется в связи с возрастными изменениями, связанными с перестройкой организма ребенка, особенно в подростковом периоде. При неблагоприятных условиях жизни у них легко возникают трудности в поведении, в установлении нравственно приемлемых отношений с окружающими.

Исследования полоролевого поведения подростков с умственной отсталостью (Д.Н. Исаев и др.) показывают, что полоролевая идентификация формируется под влиянием психического недоразвития и зависит от уровня интеллекта: чем более грубыми являются поражения ЦНС, тем слабее выражен процесс самоотождествления. В отношении подростков с легкой степенью умственной отсталости можно говорить о сформированности половозрастной идентификации, в то время как у подростков с умеренной умственной отсталостью ее развитие проходит с заметным отставанием. Полоролевое поведение и тех и других в основном соответствует половой принадлежности.

Как показывают исследования и практика работы специальных образовательных учреждений, своевременное оказание коррекционной педагогической и лечебной помощи умственно отсталым детям приводит к значительному повышению уровня их развития и адаптации в окружающем их предметном и социальном мире.

**Особые образовательные потребности** детей с нарушением интеллектуального развития обусловлены особенностями психофизического развития.

В обучении детей с нарушением интеллектуального развития наиболее важным является обеспечение *доступности содержания учебного материала*. Содержание обучения должно быть адаптировано с учетом возможностей этих учащихся. Так, значительно снижаются объем и глубина изучаемого материала, увеличивается количество времени, необходимого для усвоения



темы (раздела), замедляются темпы обучения. Школьникам с нарушением интеллекта дается значительно менее широкая система знаний и умений, чем нормально развивающимся сверстникам, ряд понятий не изучаются. Вместе с тем формируемые у учащихся с нарушением интеллекта знания, умения и навыки должны быть вполне достаточны для того, чтобы подготовить их к самостоятельной жизни в обществе и овладению профессией.

В обучении детей рассматриваемой категории используются *специфические методы и приемы*, облегчающие усвоение учебного материала. Например, сложные понятия изучаются путем расчленения на составляющие и изучения каждой составляющей в отдельности – метод маленьких порций. Сложные действия разбиваются на отдельные операции, и обучение проводится пооперационно. Широко используется предметно-практическая деятельность, в ходе выполнения которой учащимися могут быть усвоены элементарные абстрактные понятия.

Для того, чтобы сформировать, уточнить и расширить круг представлений и подготовить школьников к восприятию учебного материала перед изучением систематического курса ряда учебных дисциплин (математика, русский язык и другие) необходимо выделять *пропедевтический (подготовительный) период*. В этот период осуществляется развитие у учащихся всех психофизических функций, участвующих в формировании навыков чтения и письма, математических представлений, позволяющих им овладеть счетом и решением простых задач.

Одной из важных задач учителя является формирование *системы* доступных знаний, умений и навыков. Лишь в некоторых случаях может отсутствовать строгая систематизация в изложении учебного материала.

Так, известно, что изучение исторических событий вызывает большие трудности у учащихся, поэтому учебный материал по истории может быть представлен как яркие рассказы из прошлого. Разобщенное изучение школьных дисциплин не может обеспечить формирование в сознании школьников с нарушением интеллекта целостной картины мира. Для того, чтобы преодолеть такую разобщенность, необходимо предусмотреть внутриспредметные и межпредметные связи.

Дети с нарушением интеллекта нуждаются в *постоянном контроле и конкретной помощи со стороны учителя*, в дополнительных объяснениях и показе способов и приемов работы, в большом количестве тренировочных упражнений во время усвоения нового материала.

Важное значение имеет привитие *интереса к учению, выработка положительной мотивации*. На момент поступления в школу у большинства детей с нарушением интеллекта преобладают атрибутивные интересы, поэтому одной из важных задач учителя является развитие познавательных интересов.

Необходимо целенаправленное обучение школьников *приемам учебной деятельности*.

К особым образовательным потребностям детей с нарушением интеллекта относится *необходимость коррекции и развития психических процессов, речи, мелкой и крупной моторики*. Эту работу должны проводить специалисты: специальный педагог (олигофренопедагог), специальный психолог, логопед, специалист ЛФК.

Для всех детей с нарушением интеллекта необходимо *целенаправленное повышение уровня общего и речевого развития* путем формирования элементарных представлений об окружающем мире, расширения кругозора, обогащения устной речи, обучения последовательно излагать свои мысли и т.д.

Необходимо *формирование знаний и умений, способствующих социальной адаптации*: умений пользоваться услугами предприятий службы быта, торговли, связи, транспорта, медицинской помощи, навыков обеспечения безопасности жизни; умений готовить пищу, соблюдать личную гигиену, планировать бюджет семьи; навыков самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, ориентировки в ближайшем окружении и т.п. Дети с нарушением интеллекта должны усвоить морально-этические нормы поведения, овладеть навыками общения с другими людьми.

К особым образовательным потребностям школьников с нарушением интеллекта относится *трудовая и профессиональная подготовка*. Трудовое обучение рассматривается как мощное средство коррекции имеющихся у детей с нарушением интеллекта нарушений. Оно является

основой нравственного воспитания этой категории детей, а также важным средством их социальной адаптации. У учащихся 1-4 классов формируется общая готовность к труду, а с 5-го класса целесообразно начать профессионально-трудовую подготовку.

Необходимо создание *психологически комфортной для школьников с нарушением интеллекта среды*: атмосфера принятия в классе, ситуация успеха на уроках или во внеклассной деятельности. Важно продумывать оптимальную организацию труда учащихся во избежание их переутомления.

## **2.7. Характеристика особых образовательных потребностей детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)<sup>12</sup>**

**Тяжелые нарушения речи (ТНР)** – это стойкие специфические отклонения формирования компонентов речевой системы (лексического и грамматического строя речи, фонематических процессов, звукопроизношения, просодической организации звукового потока), отмечающихся у детей при сохранном слухе и нормальном интеллекте. К тяжелым нарушениям речи относятся алалия (моторная и сенсорная), тяжелая степень дизартрии, ринолалии и заикания, детская афазия и др.

Устная речь у детей с тяжелыми формами речевой патологии характеризуется строгим ограничением активного словаря, стойкими аграмматизмами, несформированностью навыков связного высказывания, тяжелыми нарушениями общей разборчивости речи. Отмечаются затруднения в формировании не только устной, но и письменной речи, а также коммуникативной деятельности. Все вместе это создает неблагоприятные условия для образовательной интеграции и социализации личности ребенка в обществе.

У детей с ТНР снижается потребность в общении, оказываются несформированными формы коммуникации (диалогическая и монологическая речь) и могут наблюдаться особенности поведения: незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм. Сочетание нарушений речевого и некоторых особенностей познавательного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и сверстниками.

Оптико-пространственный гнозис находится на более низком уровне развития и степень его нарушения зависит от недостаточности других процессов восприятия, особенно пространственных представлений. Пространственные нарушения обуславливают выраженные и стойкие расстройства письменной речи (дислексия и дисграфия), нарушения счета (акалькулией), которые могут наблюдаться при речевой патологии. Однако пространственные нарушения характеризуются определенной динамичностью и тенденцией к компенсации. Отставание в развитии зрительного восприятия и зрительных предметных образов у детей с ТНР проявляется в основном в бедности и слабой дифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в недостаточно прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

Внимание детей с ТНР характеризуется более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий, в анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач. Им труднее сосредоточить внимание на заданиях, со словесной инструкцией, нежели с комбинированной словесной и зрительной; еще сложнее распределить внимание между речью и практическим действием. У детей с ТНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются ими. Низкий уровень произвольного внимания у детей с тяжелыми нарушениями речи приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности и снижению его темпа в процессе учебной работы. Все виды самоконтроля за деятельностью (упреждающий,

<sup>12</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

текущий и последующий) могут быть не достаточно сформированными и иметь замедленный темп формирования. В частности, больше страдает упреждающий самоконтроль, который связан с анализом условий задания, и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Последующий контроль (контроль по результату), осуществляется в основном при помощи педагога, которому следует четко повторить инструкцию, продемонстрировать образец, дать конкретные указания и т.д. Объем зрительной памяти обучающихся с ТНР практически не отличается от нормы. Заметно снижена слуховая память, продуктивность запоминания, которые находятся в прямой зависимости от уровня речевого развития. Обучающиеся часто забывают трех-, четырехступенчатые инструкции, пропускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий, не прибегают к речевому общению для уточнения инструкции. Однако у детей с ТНР остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

Тесная связь между нарушениями речи и другими сторонами психического развития детей обуславливает некоторые специфические особенности их вербального мышления, которые по своему психо-речевому механизму первично связаны с недоразвитием всех компонентов речи, а не с нарушением собственно (невербального) мышления.

Воображение детей с ТНР отстает от нормально развивающихся сверстников. Отмечается более низкий уровень пространственного оперирования образами, недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения.

Исследования уровня притязаний школьников с ТНР показали, что в большинстве случаев наблюдается своеобразная реакция на неуспех, которая выражается в том, что после удачно выполненного задания дети переходят не к трудному, а к более легкому заданию, т.е. у них срабатывает защитная реакция. Но с возрастом формируется реалистический уровень притязаний.

Разработка вопросов классификации речевых нарушений у детей стала осуществляться в соответствии с первичным расстройством – «первичным недоразвитием речи» (Левина Р.Е.). В патогенезе нарушений речевых средств преобладают аномалии гностических, сенсорных и артикуляторных механизмов, требующих, в первую очередь, обучающего воздействия; отклонения речевого поведения связаны с особенностями аффективно-волевой сферы, нормализация которой достигается преимущественно коррекционно-воспитательной работой.

Психолого-педагогическая классификация включает две группы речевых нарушений:

- 1) нарушение средств общения: фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) и общее недоразвитие речи (ОНР);
- 2) нарушение в применении средств общения (заикание и комбинация заикания с общим недоразвитием речи).

Нарушения чтения и письма рассматриваются в структуре ОНР и ФФН как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений.

Параллельно с психолого-педагогической классификацией уточнялась и корректировалась клинико-педагогическая классификация речевых нарушений, которая основывается на межсистемных взаимодействиях речевых нарушений с материальным субстратом, на совокупности психо-лингвистических и клинических (этиопатогенетических) критериев.

В клинико-педагогической классификации выделяются нарушения устной и письменной речи. Нарушения устной речи подразделяются на два типа: 1) фонационного (внешнего) оформления высказывания (дисфония /афония/, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия), 2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (алалия, афазия). Нарушения письменной речи подразделяются на два вида: дислексию и дисграфию.

Для большинства детей, имеющих тяжелые нарушения речи, практически невозможно получение полноценного образования без своевременной специальной логопедической помощи, а также необходимого медико-психолого-педагогического сопровождения. Традиционно детям с тяжелыми нарушениями речи оказывалась комплексная психолого-педагогическая помощь в системе специального образования (в специальных коррекционных дошкольных и школьных

образовательных учреждениях V-го вида). Именно в специализированных коррекционных учреждениях обеспечивается систематическая логопедическая помощь, интегрированная в общий образовательный процесс, при этом модифицирована учебная программа, используются специальные дидактические пособия и учебники, разработанные в соответствии с возможностями и образовательными потребностями детей с ТНР.

В последние годы значительно сократилось количество специальных (коррекционных) учреждений V-го вида для детей с нарушениями речи; при этом расширяются возможности инклюзивного включения детей с разнообразными речевыми нарушениями в общеобразовательные организации. Современная система логопедической помощи организована таким образом, что дети с нарушениями речи имеют возможность получить полноценное дошкольное, начальное общее, основное общее и среднее общее образование в государственных и муниципальных общеобразовательных учебных заведениях наравне с детьми с условной нормой психоречевого развития. Это возможно, если в период обучения они получали регулярную адекватную коррекционно-развивающую логопедическую помощь в дошкольный период обучения и/или в период обучения в начальной школе. При этом задачи инклюзивного образования решаются наиболее успешно и своевременно.

В этом случае необходимо осуществление следующих мероприятий:

- сопоставительный анализ результатов первичной диагностики (уровня речевого развития, индивидуальных проявлений структуры речевых нарушений, стартовых интеллектуальных и речевых возможностей ребенка) и динамики развития речевых процессов;
- динамический мониторинг достижений в освоении академических знаний, умений и навыков учащихся;
- оценка сформированности представлений обучающихся об окружающем мире, жизненных компетенций, коммуникативно-речевых умений, социальной активности.

При анализе патологии речи у детей специалисты должны учитывать не только особенности общего состояния здоровья ребенка, его двигательной сферы, интеллекта, зрения, слуха, эмоционально-волевой сферы, темперамента, его конституцию, но и актуальный уровень развития ребенка, социальный статус семьи, которые имеют большое значение при изучении этиологических и патогенетических факторов возникновения речевых расстройств. Поэтому очень важно, чтобы родители с первых лет жизни фиксировали этапы развития ребенка, его достижения или некоторые особенности и могут обратить на это внимание специалиста. Важно, чтобы на консультации учителя-логопеда родители могли рассказать, в каких именно коммуникативно-речевых ситуациях ребенок испытывает особые затруднения, как это проявляется, как на это реагируют окружающие и сам ребенок, и как они выходят из сложившегося положения.

Несформированность речевых и неречевых психических функций негативно отражается на формировании такого сложного вида деятельности, как учебная, являющейся ведущей в школьном возрасте. Усвоение учебного материала, базовых знаний, овладение практическими умениями и навыками, особенно в области языка, предполагает достаточно высокий уровень сформированности языковых способностей, психологическую готовность к выполнению учебной деятельности.

Учебная деятельность детей с ТНР отличается замедленным темпом восприятия учебной информации, сниженной работоспособностью, затруднениями в установлении ассоциативных связей между зрительным, слуховым и речедвигательными анализаторами; трудностями в организации произвольной деятельности, низким уровнем самоконтроля и мотивации, возможным ослаблением памяти.

Специальными психолого-педагогическими исследованиями доказано наличие у детей с ТНР отклонений в пространственной ориентировке и конструктивной деятельности, а также нарушений мелкой моторики, зрительно-моторной и слухо-моторной координации.

Несовершенство устной речи учащихся с речевой патологией препятствует полноценному усвоению программного материала по русскому языку, что создает неблагоприятные условия для формирования письменной речи, как необходимого элемента социальной культуры и общения.

Ситуация длительного неуспеха в освоении столь значимого для социального окружения родного языка приводит к резкому снижению мотивации к преодолению не только имеющегося речевого недоразвития, но и ко всему процессу обучения в целом. Если родители своевременно не акцентируют должного внимания на негативных проявлениях речевого недоразвития и не обращаются за помощью к специалистам, то может наблюдаться неблагоприятная картина в формировании психики и поведения ребенка.

Несформированность рече-языковых и коммуникативных навыков у учащихся с ТНР обуславливает проблемы их обучения, негативно отражается на формировании самооценки и поведения детей, приводит к школьной дезадаптации.

Преодоление вышеперечисленных трудностей обучения детей с тяжелыми нарушениями речи на базе общеобразовательной организации, реализующей инклюзивную практику, возможно, если при этом будут учтены **особые образовательные потребности** данной категории обучающихся.

✓ Потребность в обучении различным формам коммуникации (вербальным и невербальным), особенно у детей с низким уровнем речевого развития (моторной алалией); потребность в формировании социальной компетентности.

✓ Потребность в развитии всех компонентов речи, рече-языковой компетентности. Трудности в усвоении лексико-грамматических категорий детьми с ТНР создают потребности в развитии понимания сложных предложно-падежных конструкций, в целенаправленном формировании языковой программы устного высказывания, навыков лексического наполнения и грамматического конструирования, связной диалогической и монологической речи; дети с ТНР нуждаются в специальном обучении основам языкового анализа и синтеза, фонематических процессов и звукопроизношения, просодической организации звукового потока.

✓ Потребность в формировании навыков чтения и письма.

✓ Потребность в развитии навыков пространственной ориентировки.

✓ Обучающиеся с ТНР требуют особого индивидуально-дифференцированного подхода к формированию образовательных умений и навыков.

Таким образом, категорию детей с ТНР можно рассматривать как учащихся, относящихся к группе риска по образовательному принципу. При этом для этих детей необходимо специально организованное обучение в условиях вариативной организации рабочего пространства и образовательной программы, учитывающей их особые образовательные потребности и содействующей решению интегративных задач как специальной педагогики, так и общего образования в целом.

## 2.8. Особые образовательные потребности детей с аутистическими расстройствами<sup>13,14</sup>

Расстройства аутистического спектра (РАС) относятся к группе расстройств развития (pervasive developmental disorders), для которых характерны обширные отклонения в социальных взаимодействиях и коммуникации, а также узость интересов и явно повторяющееся поведение. РАС включают ряд состояний и являются одной из самых распространенных и описанных в мире групп нарушений психического развития у детей (по разным данным число детей с РАС от 1:150 до 1:68), при этом отмечается увеличение числа детей с РАС, что связывают как с улучшением качества диагностики, так и с возможно действительным увеличением числа детей этой категории.

<sup>13</sup> Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина // Под общ. ред. Н.Я. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. – С. 23-25.

<sup>14</sup> Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с.

Термин «РАС» в настоящее время наиболее часто используется в специальной литературе (например, 10-15 лет назад в специальной литературе чаще использовались термины «ранний детский аутизм», «аутистические нарушения» и др.), как наиболее полно отражающий высокую вариабельность возможных нарушений в рамках детского аутизма. Такое объединение часто существенно отличающихся по внешним проявлениям состояний в один спектр отражает идею о том, что аутизм может проявляться различным образом, но вместе с тем в основе этих разных состояний лежат одни и те же трудности, которые необходимо учитывать при организации психолого-педагогической работы.

Расстройства аутистического спектра вызываются биологическими факторами, приводящими к возникновению мозговых дисфункций и органических нарушений (Ф. Аппе, О. Богдашина и др.), при этом причины возникновения РАС условно делят на группы:

– экзогенные (воздействующие на ребенка во внутриутробный период, в процессе родов и раннего развития);

– генетически обусловленные (как аутосомно-рецессивные, так и сцепленные с полом).

Наиболее часто при РАС проявляются: трудности обучения в частности и формирования произвольного и целенаправленного поведения в целом, нарушения сна и приема пищи, нарушения взаимодействия с близкими взрослыми (например, симбиотическая связь между ребенком и матерью), нарушения активности, высокая вероятность появления дезадаптивного поведения.

К началу школьного возраста отмечается высокая вариабельность в развитии социальной, речевой, познавательной сферы детей с РАС.

Наиболее яркими и общими для всех детей этой категории являются трудности социального взаимодействия, которые проявляются в значительном ограничении возможности формирования общения с другими людьми. Практически все дети имеют трудности поддержания речевого взаимодействия (например, участие в разговоре, даже при достаточном и высоком уровне развития речи). Часть детей стремятся к речевому общению, но при этом этот разговор в основном связан со сферой сверхинтересов ребенка (например, ребенок несколько раз за день стремится рассказать педагогу вне связи с конкретной ситуацией (на перемене, когда все идут в столовую или в начале урока) про то, какие динозавры бывают).

Обучающимся с РАС свойственен различный уровень речевого развития. Часть детей обладает хорошей речью, высокой грамотностью. Другие дети для общения используют короткую аграмматичную фразу, речевые штампы. Для ряда детей характерны эхолалии (как повторение сказанного другим человеком непосредственно за ним или отсрочено). У части детей с РАС проявляется мутизм (15-20%). В речевом развитии детей с РАС специалисты отмечают нарушения просодики (ребенок разговаривает монотонно или сканировано, не использует вопросительные интонации и пр.); прагматики (правильное использование речи, в частности правильное использование местоимений, глаголов и пр.); семантики (понятийная сторона речи). К специфическим особенностям детей с РАС относят «гиперлексию», то есть довольно раннее освоение чтения без достаточного понимания смысла прочитанного.

У всех школьников с РАС отмечаются стойкие трудности с пониманием и с использованием невербальных средств общения (нарушения визуального контакта, сложности в понимании жестов, направленных на привлечение внимания или сообщения какой-либо информации (например, поднесенный к губам палец «Тихо!»). При этом наиболее значительные трудности ученик с РАС испытывает именно при взаимодействии с другими детьми. Часть детей с РАС не стремится к активному общению со сверстниками, другая часть детей испытывает интерес к общению со сверстниками (старается подойти поближе, наблюдает за игрой других детей на перемене), но не имеет достаточных средств, чтобы включиться во взаимодействие. Недостаточность средств общения часто приводит к неуспешным попыткам общения, что может восприниматься другими детьми и как проявление агрессии (например, ребенок, не понимая правил подвижной игры, пытается в нее включиться и нарушает ее ход). Трудности в рамках школьного обучения представляют различные стереотипные формы поведения, которые могут выражаться в виде моторных стереотипий (например, ребенок раскачивается на стуле, совершает

однообразные движения пальцами рук, подбрасывает предметы и пр.), речевых – произносит одну и ту же фразу, повторяет сказанное педагогом (например, наиболее понравившиеся из-за эмоциональной окрашенности или наиболее часто повторяемые фразы). Значительные сложности при организации учебного процесса могут представлять потребность ребенка с РАС в соблюдении постоянства (например, ребенка не получается пересадить на другое место в классе), аффективные переживания может вызвать замена одного урока другим (неожиданная для ребенка), невозможность по какой-то причине пройти определенным маршрутом из одного кабинета в другой и пр. Также трудности могут быть связаны с посещением школьной столовой (например, многие дети едят только определенные продукты, приготовленные определенным образом).

Типичной проблемой для школьников с РАС является нарушенная чувствительность, что может проявляться как в непереносимости определенных звуков (например, ребенок с РАС не может писать, отвлекается потому что мел учителя «скрипит», другой ребенок в классе щелкает ручкой), материалов (например, школьник с РАС вскакивает из-за парты, не завершив работу над аппликацией, так как очень неприятным для него является ощущение клея на пальцах). Наряду с этим у части детей отмечается поглощенность, захваченность определенными сенсорными ощущениями (например, некоторые дети с РАС открывая учебник, теряют задачу открыть его на определенной странице и начинают его перелистывать, или же, при выполнении инструкции открыть тетрадь – начинают просматривать все предыдущие записи, проводить пальцем по записям, сделанным другим цветом). Многие дети в процессе выполнения заданий берут в рот пишущие предметы, ластик. Недостаточность коммуникативных навыков с одной стороны (невозможность объяснить возникшую проблему, донести до другого человека свои трудности, недостаточность речевых средств коммуникации и др.), высокая чувствительность к изменению привычных ситуаций, к воздействию различных сенсорных стимулов с другой стороны, могут в свою очередь приводить к возникновению дезадаптивного поведения. При этом речь может идти о разных формах дезадаптивного поведения: негативизму и отказу от выполнения предлагаемых заданий (от отталкивания от себя задания до физических попыток выйти из класса); усилению аутостимуляций как способа справиться с дискомфортом; крикам, слезам, разным форм агрессии (физической или вербальной), направленной на предметы вокруг, другого человека или самого себя.

Недостаточность сенсорной интеграции, фрагментарность представлений о собственном теле приводят к недостаточности точных, произвольных движений (например, ребенок не может поймать мяч, не рассчитывает движение и может наступить на сидящего рядом на корточках ребенка, может пытаться пройти в узкую щель между дверью и человеком, стоящим в дверном проеме и др.).

Следует отметить, что дети этой категории демонстрируют высокую вариабельность в развитии познавательной, речевой, социальной сфер и могут обучаться как в общеобразовательных, так и в специализированных школах, как в классе, так и индивидуально или дистанционно. Выбор учебного заведения, формы обучения зависит от многих факторов, в частности, от особенностей психофизического развития ребенка, возможностей учреждения, позиции семьи в данном вопросе. Свойственная детям с РАС асинхрония в психическом развитии приводит к тому, что один и тот же ребенок может демонстрировать высокие способности в освоении одной учебной дисциплины (например, связанной с сверхинтересами ребенка), средний уровень освоения другой учебной дисциплины и стойкую неуспешность в третьей. При этом наблюдается значительное разнообразие в предметах, по которым демонстрируют высокие результаты или оказываются неуспешными дети с РАС (к числу успешно осваиваемых и вызывающих стойкие трудности в обучении может относиться математика (например, наиболее часто трудности возникают с пониманием нетипично составленных текстовых задач), рисование (одни ученики демонстрируют высокий уровень изобразительных умений, рисунок других долгое время может оставаться на уровне схематичного рисунка), письмо (часть детей легко учится писать, другие дети, с трудом освоив написание элементов, при написании слова переходят на печатные буквы, многие дети «не видят строки», не соблюдают поля и пр.) Общими трудностями, характерными для обучения детей с РАС, являются трудности понимания художественных

текстов, понимания сюжетных линий рассказа, даже при очень высокой технике чтения. Эти трудности приводят к своеобразию усвоения учебного материала в дисциплинах, где работа с художественным текстом является основным видом деятельности.

Таким образом, особенности социального, сенсорного, речевого и познавательного развития приводят к необходимости создания специальных условий, обеспечивающих эффективность школьного обучения детей, имеющих расстройства аутистического спектра.

Таким образом, учитывая особенности развития детей с аутистическими расстройствами можно выделить их особые образовательные потребности (с учетом рекомендаций, указанных в Проекте специального Федерального государственного стандарта для детей с нарушениями развития аутистического спектра).

**Особые образовательные потребности** детей с аутизмом включают общие, свойственные всем детям с ОВЗ, и специфические:

- в периоде индивидуализированной «подготовки» к школьному обучению;
- в наличии хотя бы минимального опыта фронтального обучения;
- в индивидуально дозированном введении в ситуацию обучения в группе детей;
- в сопровождении тьютора при наличии поведенческих нарушений;
- в специальной работе педагога по установлению и развитию эмоционального контакта с ребенком, позволяющего оказать ему помощь в осмыслении происходящего;
- в создании условий обучения, обеспечивающих сенсорный и эмоциональный комфорт ребенка;
- в дозировании введения в его жизнь новизны и трудностей;
- в дозировании учебной нагрузки с учетом темпа и работоспособности;
- в особенно четкой и упорядоченной временно пространственной структуре образовательной среды, поддерживающей учебную деятельность ребенка;
- в специальной отработке форм адекватного учебного поведения ребенка, навыков коммуникации и взаимодействия с учителем;
- в организации обучения с учетом специфики освоения навыков и усвоения информации при аутистических расстройствах;
- в постоянной помощи ребенку на уроке в осмыслении усваиваемых знаний и умений, не допускающем их механического использования для аутистимуляции;
- в проведении индивидуальных и групповых занятий с психологом, а при необходимости с дефектологом и логопедом;
- в организации занятий, способствующих формированию представлений об окружающем, отработке средств коммуникации социально-бытовых навыков;
- в индивидуализации программы обучения, в том числе для использования в социальном развитии ребенка существующих у него избирательных способностей (в составлении индивидуальной образовательной программы по разным предметным областям);
- в индивидуализированной оценке достижений ребенка с учетом его особенностей;
- в психологическом сопровождении, оптимизирующем взаимодействие ребенка с педагогами и соучениками;
- в психологическом сопровождении, отлаживающем взаимодействие семьи и образовательного учреждения;
- в индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства ребенка за пределы образовательного учреждения.

Понимание этих особых образовательных потребностей детей с аутистическими расстройствами требует создания специальных условий, необходимых для успешного включения и социальной адаптации такого ребенка в среде обычных сверстников.

-



### 3. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

#### 3.1. Специфика деятельности социального педагога, работающего с детьми с ОВЗ

Включение детей с ограниченными возможностями в среду обычных сверстников в системе образования – процесс инклюзии – является отражением времени и представляет собой реализацию прав детей на образование в соответствии с законодательством, которое должно основываться на принципах<sup>15</sup>:

✓ **Соблюдение интересов ребенка.** Принцип определяет позицию специалиста, который призван решать проблему ребенка с максимальной пользой и в интересах ребенка.

✓ **Системность.** Принцип обеспечивает единство диагностики, коррекции и развития, т. е. системный подход к анализу особенностей развития и коррекции нарушений детей с ограниченными возможностями здоровья, а также всесторонний многоуровневый подход специалистов различного профиля, взаимодействие и согласованность их действий в решении проблем ребенка; участие в данном процессе всех участников образовательного процесса.

✓ **Непрерывность.** Принцип гарантирует ребенку и его родителям (законным представителям) непрерывность помощи до полного решения проблемы или определения подхода к её решению.

✓ **Вариативность.** Принцип предполагает создание вариативных условий для получения образования детьми, имеющими различные недостатки в физическом и (или) психическом развитии.

✓ **Рекомендательный характер оказания помощи.** Принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья выбирать формы получения детьми образования, образовательные учреждения, защищать законные права и интересы детей, включая обязательное согласование с родителями (законными представителями) вопроса о направлении (переводе) детей с ограниченными возможностями здоровья в специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы);

✓ **Принцип интегрированности** в общую образовательную среду. Принцип предполагает включение детей с ограниченными возможностями здоровья в совместную учебную и воспитательную деятельность классной параллели, образовательного учреждения, окружающего социума.

✓ **Принцип взаимодействия с социальными партнерами.** Принцип обеспечивает возможность сотрудничества с социально-культурными учреждениями муниципалитета по вопросам преемственности обучения, развития, социализации и здоровьесбережения детей с ограниченными возможностями здоровья.

✓ **Принцип создания ситуации успеха.** Принцип предполагает создание условий для раскрытия индивидуальных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья в урочной и внеурочной деятельности.

✓ **Принцип здоровьесбережения** предусматривает учет физических и умственных возможностей ребенка с ОВЗ при составлении и реализации учебной нагрузки.

Основная цель социально-педагогической помощи ребенку с ОВЗ – ценностное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей при помощи комплекса разнообразных социально-педагогических средств<sup>16</sup>. Оказание ребенку с ОВЗ социально-педагогической помощи выражается в снижении степени его эмоционально-психического

<sup>15</sup> Тернова В.В. Работа социального педагога по работе с учащимися с ОВЗ на 2017-2018 учебный год. – Режим доступа:

[http://kontoshinoshkol.ucoz.ru/1DOKument\\_17-18/Proektnaja/soprovozhdenie\\_socialnogo\\_pedagoga\\_detej\\_s\\_ovz.pdf](http://kontoshinoshkol.ucoz.ru/1DOKument_17-18/Proektnaja/soprovozhdenie_socialnogo_pedagoga_detej_s_ovz.pdf) (дата обращения 10.09.19).

<sup>16</sup> Ромашина Е. В. Функции социального педагога, работающего с детьми-инвалидами // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2006. №S16.

напряжения, вызванного дефектом и его последствиями; снятии у него страха в общении со сверстниками и взрослыми, чувства ущербности; укреплении способности ребенка к произвольным действиям и волевым усилиям, придании ему уверенности в своих силах и возможностях в учении, игровой деятельности, общении и труде.

Помощь детям с ОВЗ и их семьям можно подразделить:

– на *социально-информационную*: обеспечение информацией по вопросам соцзащиты, помощи и поддержки;

– *социально-правовую*: обеспечение соблюдение прав детей с ограниченными физическими и психическими возможностями и других категорий; содействие в реализации гарантий инвалидов, сохранности жизни детей, их безопасности от внешних угроз, противодействие разрушению их физического, психического, нравственного здоровья;

– *социально-экономическую*: содействие в получении пособий безработным, компенсаций, единовременных выплат, адресной помощи, материальной поддержке семьям;

– *социально-бытовую*: налаживание быта и трудоустройства семей, имеющих инвалида; – *медико-социальную*: уход за больным инвалидом, медико-социальный патронаж семей, имеющих ребенка-инвалида;

– *социально-психологическую*: создание благоприятного морально-психологического климата в семье, устранение негативных воздействий на ребенка-инвалида, помощь во взаимоотношениях с окружающими людьми;

– *социально-педагогическую*: просвещение членов семьи, создание необходимых условий для полноценного воспитания ребенка в семье, преодоление и предотвращение педагогических ошибок и конфликтных ситуаций, порождающих депривацию.

Анализ литературы позволяет выделить три уровня организации социально-педагогической помощи и поддержки детей с ОВЗ: *репродуктивный, регулирующий, развивающий*. На первом осуществляется поддержка имеющихся у него достижений, сформированных взглядов и уровня развития личностных качеств, на втором – коррекционные воздействия, на третьем – развитие личности детей-инвалидов, создание условий их успешной социализации в обществе здоровых детей.

Исследования содержания деятельности социального педагога вообще и специфики деятельности социального педагога, работающего с детьми с ОВЗ, в частности характера и видов помощи, оказываемой данной категории детей, позволило выделить основные компоненты социально-педагогической помощи ребенку с ОВЗ, определяющие функции профессиональной деятельности специалиста данного профиля: рефлексивно-диагностическую, прогностическую, коррекционно-реабилитационную, развивающую, образовательно-адаптационную, посредническую, защитно-правовую, информационно-консультационную, организационно-коммуникативную, социально-терапевтическую, предупредительно-профилактическую, исследовательско-творческую.

Выделенные функции профессиональной деятельности социального педагога, работающего с детьми-инвалидами, отражая основные виды помощи, рассмотренные ранее, сформулированы в контексте общих функций социально-педагогической деятельности специалиста [3]. Однако их реализация имеет существенные отличия в работе с различной категорией детей, нуждающихся в помощи, в том числе и детей-инвалидов. Специфику содержания перечисленных функций социально-педагогической деятельности кратко раскроем ниже.

*Рефлексивно-диагностическая функция* предполагает изучение личности самого ребенка с ОВЗ, состояние его интеллектуальной, эмоциональной, волевой и других сфер, социальной среды (учебного заведения, семьи, друзей, учреждений досуга и спорта и т.д.), во взаимодействии с которой он находится. Изучаются возможности и имеющиеся у ребенка способности, особенности течения его заболевания, степень влияния имеющегося дефекта на общий уровень развития и восприятия своего «я», взаимоотношения ребенка с ближайшим окружением, его положение в семье и возможности включения в детскую группу. Осуществление диагностической функции предполагает также исследование семейных отношений, взаимодействия ребенка-инвалида с членами семьи. Проведенное комплексное диагностическое исследование позволяет выделить

основные затруднения, которые испытывает ребенок в отношении восприятия себя и имеющегося дефекта, и на этой основе дает возможность спрогнозировать дальнейшую ситуацию личностного развития и отношений с окружающей средой. Реализация данной функции предполагает рефлексию социальным педагогом своей профессиональной деятельности, своего эмоционального, психического состояния в целях их оптимальной коррекции.

*Прогностическая функция.* Прогнозирование – это определение потенциальных возможностей ребенка-инвалида к обучению, путей развития личности и среды с целью выявления позитивных и негативных факторов данного процесса. Прогнозирование базируется на изучении специалистом особенностей дефекта, имеющегося у ребенка-инвалида, влияния его последствий на его жизнедеятельность и тенденции развития последствий дефекта. Оно может осуществляться в процессе учебной, воспитательной и коррекционно-реабилитационной работы. Желателен прогноз влияния социального окружения на жизнедеятельность детей-инвалидов и на его основе разработка индивидуальных программ и маршрутов коррекции, реабилитации, сопровождения, социокультурных программ («активных форм досуга и трудовой деятельности вне учебного процесса»), проектирование, прогнозирование деятельности различных социальных институтов по отношению к детям-инвалидам.

*Коррекционно-реабилитационная функция* предусматривает осуществление процесса социально-педагогической помощи, предполагает коррекцию травмирующих воздействий на ребенка и нейтрализацию факторов, вызывающих вторичные или психологические последствия дефекта. Коррекция тесно взаимосвязана с реабилитацией детей с ОВЗ. Педагогический аспект реабилитации включает восстановление, коррекцию и компенсацию утраченных и нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального) методами обучения, воспитания, развития, восстановления нарушенных связей в разных областях развития. В процессе реабилитации компенсируются функции, нарушенные болезнью. Социальная реабилитация связана с целенаправленным процессом возвращения ребенка, получившего инвалидность или имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, с включением его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, предполагает создание для этого оптимальных условий, а также комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей. Социально-реабилитационный компонент помощи детям-инвалидам реализуется на основе индивидуальных программ социальной реабилитации. Программа реабилитации – это система мероприятий, развивающих возможности ребенка и всей семьи, которая разрабатывается командой специалистов, состоящей из врача, социального педагога, психолога и родителей.

*Развивающая функция* деятельности социального педагога реализуется в тесной взаимосвязи с предыдущей и ориентирует специалиста на разностороннее развитие ребенка-инвалида с учетом его индивидуальных особенностей и последствий, обусловленных дефектом, а также на эффективное формирование личного опыта, начиная с самых ранних стадий развития. При этом развивающая работа организуется таким образом, чтобы обеспечить целостное воздействие на личность во всем многообразии мотивационных, интеллектуальных, эмоционально-волевых и других проявлений личности. Содержание развивающей работы определяется особенностями сенситивных периодов возрастного развития, необходимостью формирования тех психических новообразований и свойств личности, которые на данном этапе наиболее актуальны. Важной особенностью развивающей, как и коррекционно-реабилитационной работы с детьми с ОВЗ, является составление индивидуальных программ личностного развития. Общий подход, как это обычно происходит в работе с нормальными детьми, для детей-инвалидов не приемлем, так как в каждом конкретном случае необходимо учитывать не только особенности общего развития, но и специфику заболевания, его последствий, зону актуального развития, индивидуальные особенности и многое другое.

*Образовательно-адаптационная функция* выделена нами в связи с тем, что большая часть детей с ОВЗ проходит обучение в образовательных учреждениях (общеобразовательных или специальных). Задача социального педагога заключается в оказании помощи в адаптации ребенка-

инвалида к образовательному учреждению. На первом этапе осуществляется подготовка ребенка и членов его семьи к обучению в общественном учреждении. В особой помощи нуждаются дети-инвалиды, посещающие массовую школу. В этой ситуации необходимо сформировать у ребенка желание идти учиться вместе со здоровыми детьми, утвердить его веру в свои силы и возможности. Работа с семьей ребенка с ОВЗ на данном этапе – важное направление работы, поскольку в целом субъективная готовность членов семьи позволяет поддержать ребенка и утвердить его желание учиться. Вторым этапом оказания социально-педагогической помощи является этап решения возникающих у ребенка-инвалида в процессе обучения проблем. Далее реализуется этап адаптации в детском коллективе и развитие компенсаторных механизмов, предполагающие своевременную помощь ребенку на основе постоянного отслеживания изменений в процессе его развития.

*Посредническую функцию* социальный педагог должен осуществлять между ребенком-инвалидом, нуждающимся в каком-либо виде помощи, его семьей и другими специалистами, учреждениями и обществом в целом, т.е. координатором всех услуг (социальных, финансовых, юридических, медицинских, психологических и пр.), необходимых ребенку или его семье, обеспечивающим согласованность усилий специалистов различного профиля (психологов, медиков, социальных работников, учителей). Так, если ребенок-инвалид учится в школе, необходима работа с другими педагогами, объяснение им особенностей обучения данного конкретного ребенка, тех форм и методов работы с ним, которые позволяют ему усваивать учебный материал наряду со здоровыми детьми. Для осуществления посреднической функции нужны налаженные связи социального педагога с различными социальными службами микрорайона, района, города, учреждениями и общественными объединениями, хорошее знание структур и круга обязанностей административных органов, их местонахождение и телефоны.

*Защитно-правовая функция* социального педагога заключается в том, что он использует весь комплекс правовых норм, направленных на защиту прав и интересов обучающихся и их объединений; содействует применению мер государственного принуждения и реализации юридической ответственности лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные воздействия на детей; взаимодействует с органами социальной защиты и помощи. Реализация данной функции предполагает хорошую ориентировку в нормативно-правовых актах, законодательных документах, касающихся детей-инвалидов. На основе имеющейся информации осуществляется правовое просвещение детей с ОВЗ и их родителей, оказание помощи в оформлении необходимых юридических документов, системная работа по соблюдению социальных прав, работа по сбору информации и накоплению юридических документов. Таким образом, осуществление защитно-правовой функции предполагает создание условий, обеспечивающих защиту и реализацию прав ребенка-инвалида и среды формирования личности на основе международной и государственной нормативно-правовой базы.

*Информационно-консультационная функция* характерна для деятельности социального педагога, так как в квалифицированной консультации нуждаются сами дети-инвалиды, члены их семьи и специалисты, которые работают с детьми этой категории. Социальный педагог, осуществляя индивидуальное и групповое консультирование, организует и проводит консультации по вопросам разрешения проблемных ситуаций, конфликтов, снятия стресса, специфики воспитания детей-инвалидов в семье, прав и обязанностей, льгот и пособий, предлагает возможные варианты решения проблем участников образовательного процесса, обеспечивает социальную помощь и поддержку, используя всю совокупность правовых возможностей и средств. Выявляя проблемы и трудности в сфере семьи, общения и отношений людей, социальный педагог дифференцирует выявленные проблемы и «выводит» на их решение социальных работников, специалистов различного профиля и ведомственной подчиненности.

*Организационно-коммуникативная функция* связана с оказанием помощи детям-инвалидам в организации их досугово-культурной деятельности. Организация досуга и отдыха затруднена по разным причинам. Социальный педагог или сам выступает в качестве организации деятельности с детьми, или привлекает к ней специалистов различного профиля, обеспечивающих

художественно-эстетическую, спортивно-оздоровительную и другие виды организации свободного времени с детьми-инвалидами.

*Социально-терапевтическая функция* заключается в заботе об обеспечении положительного эмоционального состояния детей-инвалидов, оказанной им и родителям помощи в разрешении межличностных конфликтов, снятии депрессивного состояния, содействии в создании ситуаций успеха. При этом социальный педагог использует освоенные им психотерапевтические методы, например, сказкотерапию, арттерапию, библиотерапию и т.д.

*Предупредительно-профилактическая функция* предусматривает разработку мер по предупреждению развития и преодоления негативных явлений, способных нарушить или затруднить ход позитивного процесса развития личности ребенка с ОВЗ, социальной изолированности детей с ОВЗ и их семей, по профилактике их правонарушений, а также противоправных действий по отношению к детям-инвалидам и их семьям со стороны социального окружения.

*Исследовательско-творческая функция* связана с расширением сферы инновационной деятельности. Сегодня востребован педагог, способный творчески подходить к решению любой проблемы, сравнивать, анализировать, исследовать, умеющий находить выход из нетипичных ситуаций. Реализация данной функции предполагает творческое отношение к педагогическим явлениям, владение умениями эвристического поиска и методами научно-педагогического исследования, анализа собственного опыта и опыта других социальных педагогов и социальных работников.

Таким образом, охарактеризованные функции определяют специфику деятельности социального педагога, работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья, именно их совокупность определяет содержание готовности специалиста к социально-педагогической деятельности.

### **3.2. Рекомендации по межличностному взаимодействию с детьми с ОВЗ<sup>17</sup>**

#### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушенным слухом**

✓ Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помаши ему рукой или похлопай по плечу. Смотри ему прямо в глаза и говори четко, хотя имей в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам.

✓ Не затемняй свое лицо и не загораживай его руками, волосами или какими-то предметами. Собеседник должен иметь возможность следить за выражением твоего лица.

✓ Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если ты не знаешь, какой предпочесть, спроси у них.

✓ Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говори немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.

✓ Говори ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо.

✓ Если тебя просят повторить что-то, попробуй перефразировать свое предложение.

✓ Используй жесты.

✓ Убедись, что тебя поняли. Не стесняйся спросить, понял ли тебя собеседник.

✓ Если ты сообщаешь информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напиши ее, сообщи по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.

<sup>17</sup> Дуброва Т.И. Памятки по работе с детьми с ОВЗ. Коррекционная работа психолога. – Режим доступа: [https://kopilkaurokov.ru/psihologu/meropriyatia/pamiatki\\_po\\_rabotie\\_s\\_diet\\_mi\\_ovz\\_korriektsionnaia\\_rabota\\_psikhologha](https://kopilkaurokov.ru/psihologu/meropriyatia/pamiatki_po_rabotie_s_diet_mi_ovz_korriektsionnaia_rabota_psikhologha) (дата обращения 5.09.2019).

✓ Если существуют трудности при устном общении, спроси, не будет ли проще переписываться. Не говори: «Ладно, это неважно...». Сообщения должны быть простыми.

✓ Не забывай о среде, которая тебя окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.

✓ Не меняй тему разговора без предупреждения. Используй переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...»

✓ Очень часто слабослышащие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика (сурдопедагога), не забудь, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику (сурдопедагогу).

✓ Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Тебе лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил и помнить, что только три из десяти слов хорошо прочитываются; нужно смотреть в лицо собеседника и говорить четко и медленно, используя простые фразы, жесты, телодвижения.

### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушением зрения**

✓ Когда ты встречаешься с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называй себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент ты обращаешься и назвать себя.

✓ Нарушение зрения имеет много степеней. Человек может быть полностью слепым или плохо видеть. Полностью слепых людей всего около 10 %, остальные люди имеют остаточное зрение, могут различать свет и тень, иногда цвет и очертания предмета. У одних слабое периферическое зрение, у других – слабое прямое при хорошем периферическом зрении. Все это надо выяснять учитывать при общении.

✓ Предлагая свою помощь, направляя человека, не стискивай его руку, иди так, как Вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

✓ Не обижайся, если твою помощь отклонили.

✓ Опиши коротко, где ты находишься. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от Вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь –кофейный столик».

✓ Предупреждай о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолах, трубах и т.п. Обрати внимание на наличие бьющихся предметов.

✓ Используй (если это уместно) фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Учти, однако, что не всем это нравится.

✓ Обращаясь с собаками-поводырями не так, как к обычным домашним животным. Не командуй, не трогай и не играй с собакой-поводырем.

✓ Не отнимай и не стискивай трость человека.

✓ Всегда выясняй, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, диск, флешка. Если у вас нет возможности перевести информацию в нужный формат, отдайте ее в том виде, в котором она есть – это лучше, чем ничего.

✓ Если ты собираешься читать незрячему человеку, сначала предупреди об этом. Говори нормальным голосом.

✓ Если это важное письмо или документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяй чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, прочитай его обязательно. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.

✓ Всегда обращай непосредственно к человеку, даже если он тебя не видит, а не к его зрячему компаньону.

✓ Когда ты предлагаешь незрячему человеку сесть, не усаживай его, а направь руку на спинку стула или подлокотник. Если ты знакомишь его с незнакомым предметом, не води по поверхности его руку, а дай ему возможность свободно потрогать предмет.

- ✓ Если тебя попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет. Когда ты общаешься с группой незрячих людей, не забудь каждый раз называть того, к кому ты обращаешься.
- ✓ Не заставляй твоего собеседника вещать в пустоту: если ты перемещаешься, предупреди его.
- ✓ Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.
- ✓ Избегай расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде: «стакан находится где-то там, на столе», «это поблизости от вас». Старайся быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас».
- ✓ Пытайся облечь в слова мимику и жесты.
- ✓ Если ты заметил, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляй его движением на расстоянии, подойди и помоги выбраться на нужный путь.
- ✓ При спуске или подъеме по ступенькам веди незрячего человека перпендикулярно к ним.
- ✓ Передвигаясь, не делай рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывай руки назад – это неудобно.

### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с речевыми нарушениями**

- ✓ Используй доступный язык, выражайся точно и по делу.
- ✓ Избегай словесных штампов и образных выражений, если только ты не уверен в том, что твой собеседник с ними знаком.
- ✓ Не говори «свысока». Не думай, что тебя не поймут.
- ✓ Говоря о задачах или проекте, рассказывай все «по шагам». Дай возможность собеседнику обыграть каждый шаг после того, как ты объяснил ему.
- ✓ Исходи из того, что взрослый человек с нарушениями речи имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.
- ✓ Если необходимо, используй иллюстрации или фотографии. Будь готов повторить несколько раз. Не сдавайся, если тебя с первого раза не поняли.
- ✓ Обращайся с человеком с речевыми нарушениями точно так же, как ты бы обращался с любым другим. В беседе обсуждай те же темы, какие ты обсуждаешь с другими людьми, например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
- ✓ Обращайся непосредственно к человеку.
- ✓ Помни, что люди с речевой патологией, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т. д.
- ✓ Если это необходимо, можешь записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложи своему собеседнику обсудить его с другом или семьей.

### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата**

- ✓ Когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположись так, чтобы твои и его глаза были на одном уровне, тогда тебе будет легче разговаривать.
- ✓ Помни, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека. Не облокачивайся на нее, не толкай, не клади на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.
- ✓ Всегда спрашивай, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.
- ✓ Если твое предложение о помощи принято, спроси, что нужно делать, и четко следуй инструкциям.
- ✓ Если тебе разрешили передвигать коляску, сначала кати ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.

- ✓ Всегда лично убеждайся в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйся, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.
- ✓ Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
- ✓ Если существуют архитектурные барьеры, предупреди о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.
- ✓ Помни, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.
- ✓ Не думай, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т. п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с задержкой психического развития**

- ✓ Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.
- ✓ Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми.
- ✓ Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности не повышая голоса, когда требуется остановить слишком расхажившего ребенка, предотвратить возникающее столкновение.
- ✓ Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.
- ✓ Помните, что у детей с ЗПР часто встречается очень значительная подражательность и что своим общим поведением педагог показывает эталон поведения и общения.
- ✓ Всегда и во всем умеете до конца доводить начатую с детьми работу, проявляйте настойчивость.
- ✓ Не говорите при детях об отрицательных или положительных чертах их самих или других детей, о ваших наблюдениях, характеристиках, семейных условиях, наследственности детей и других данных, могущих быть по-своему использованными детьми.
- ✓ Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

### **Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями)**

- ✓ Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами (нарушением интеллекта) могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.
- ✓ Не надо думать, что люди с нарушением интеллекта обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.
- ✓ Обращайся с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями) как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.
- ✓ Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Это миф. Если ты дружелюбен, они будут чувствовать себя спокойно.
- ✓ Неверно, что люди с психическими нарушениями всегда принимают или должны принимать лекарства.
- ✓ Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они, как правило, признаются дееспособными.
- ✓ Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.



- ✓ Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.
- ✓ Не думай, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них хорошо, а что – плохо.
- ✓ Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спроси его спокойно, что ты можешь сделать, чтобы помочь ему.
- ✓ Не думай, что человек с психическими нарушениями не может справиться с волнением.
- ✓ Не говори резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

#### 4. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГА С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, – это деятельность, направленная на актуализацию коррекционных ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность ее функционирования. Это позволяет формировать и реализовывать адекватные потребностям ребенка стратегии воспитания, базирующиеся на конструктивных родительских установках и позициях по отношению к нему. Технология сопровождения становится необходимой составляющей образовательной системы, позволяющей создать условия для полноценного развития детей с ОВЗ.

*Целью социально-педагогического сопровождения родителей и законных представителей является:* предоставление родителям квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально-психологическое содействие семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, повышение педагогической компетенции родителей.

*Задачи* социально-педагогического сопровождения:

- формировать у родителей позитивное восприятие личности ребенка с нарушениями развития;
- расширять видение родителей своих воспитательных функций в отношении ребенка с ОВЗ;
- знакомить родителей со специальными коррекционными и методическими приемами, необходимыми для проведения занятий со своим ребенком в домашних условиях;
- знакомить родителей с эффективными методами детско-родительского взаимодействия, воспитательными приемами, необходимыми для коррекции личности ребенка с отклонениями в развитии;
- формировать интерес к личностному развитию ребенка на основе его компенсаторных возможностей;
- мотивировать родителей на обращение за помощью лично для себя;
- способствовать расширению контактов семьи с социумом, обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей со схожими проблемами;
- оказывать своевременную информационную помощь семьям, воспитывающим ребенка с ОВЗ<sup>18</sup>.

Современные исследования, посвященные проблеме семей, воспитывающих детей с инвалидностью и ОВЗ на сегодняшний день достаточно подробно рассматривают процессы, происходящие внутри семьи. Основной проблемой можно назвать неготовность членов семьи принять рождение ребенка с отклонениями даже на ранних этапах его жизни. Зачастую не готовы принять это отцы. В исследованиях Акатова подробно рассмотрен цикл жизни таких семей. Оказывается, что члены семьи не видят выхода из сложившейся ситуации. Психологический барьер и социальные стереотипы становятся причиной распада семьи, в которой родился ребенок с инвалидностью. Поэтому, в работе с такой семьей ключевую роль нужно отвести социальному педагогу и психологу, дабы вернуть жизнедеятельность семье. Этим специалистам, помимо точечной социально-педагогической работы, нужно создать ситуацию успеха для такой семьи, мотивировать на дальнейший безбарьерный успех и преодоление проблемы.

Одним из важных направлений работы социального педагога является оказание помощи как самим детям с ОВЗ, так и их родителям в налаживании взаимоотношений, обеспечении взаимопонимания, определении рациональных путей решения сложных семейных проблем.

---

<sup>18</sup> Стругова В.Г., Колесникова О. Б. Социально-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-semi-rebenka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-v-usloviyah-reabilitatsionnogo> (дата обращения: 16.09.2019).

Неумение воспитывать – сложная личностная проблема. Задача социального педагога заключается в том, чтобы предоставить родителям конкретную квалифицированную методическую помощь в коррекции недостатков семейного воспитания. Этого можно достичь только при условии построения внутрисемейных отношений на фундаменте сотрудничества, взаимной помощи, взаимопонимания. В основе эффективных взаимоотношений лежит тесный контакт с семьей, понимание процессов, происходящих в современной семье, использование положительного воспитательного потенциала, безграничных источников народной педагогики, пропаганда опыта семейного воспитания.

Лица с ОВЗ в борьбе и преодолении жизненных преград самоактуализируются. Именно такой личности не свойственны инертность и защитные реакции, а наоборот – подвижность, независимость от внешнего воздействия, опора на себя.

Исходя из этого, социальный педагог не может решить за клиента его проблемы, но вполне способен помочь личности определить свою позицию, которая даст возможность перестроить текущее тяжелое положение в функциональную самореализацию. Для того, чтобы социально-педагогическое воздействие имело положительный результат, специалист должен принимать клиента таким, какой он есть, быть настроенным к нему позитивно.

Для создания эффективной системы ранней помощи детям с ОВЗ необходимо владеть результатами ведущих научных разработок ученых по проблемам сенситивных периодов в развитии функций высшей психической деятельности у детей с различными степенями умственного и физического недоразвития. Решение этих задач осложняется тем, что для некоторых специалистов это новая область, ведь дефектологи, логопеды работали раньше с детьми более старшего возраста, а не с младенцами. Каждый ребенок нуждается в помощи нескольких специалистов по детскому развитию, которые обладают знаниями возрастного развития ребенка. Кроме этого, они должны уметь привлекать к процессу диагностики и коррекции родителей ребенка.

Для организации ранней помощи детям с отклонениями в развитии необходимо преследовать такие цели, как: обратить внимание на семью, в которой появился ребенок с ОВЗ, необходимо стимулировать ответственность родителей за уход и воспитание такого ребенка, осуществлять практический контроль медицинского персонала за данным ребенком, заниматься разработкой различных методов раннего выявления и диагностики психомоторных нарушений и оценки уровня развития ребенка, осуществлять на практике мультидисциплинарный подход в предоставлении реабилитационной помощи ребенку. Также следует осуществлять конкретную психолого-педагогическую помощь родителям детей с ОВЗ в виде обучения навыкам взаимодействия с ребенком и методам коррекционной работы, отрабатывать предупреждения нарушений поведения, формировать навыки игровой и учебной деятельности, то есть осуществлять комплексный подход всех специалистов к организационно-воспитательной и лечебно-коррекционной деятельности во всех специализированных детских учреждениях<sup>19</sup>.

Технология работы социального педагога с семьей ребенка-инвалида включает оказание психологической помощи, правовое консультирование родителей, содействие в оказании материальной и бытовой помощи, оказание помощи родителям во взаимодействии с различными центрами и учреждениями. Социальный педагог должен стремиться привлекать родителей ребенка с ограниченными возможностями к воспитанию и обучению своих детей активными и гармоничными личностями<sup>20</sup>.

Основными концептуальными принципами социально-педагогической деятельности с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии, являются: единство действий семьи и

---

<sup>19</sup> Моцовкина Е.В., Вишневский В.А. Направления социально-педагогической работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями // Психолого-педагогические науки. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/napravleniya-sotsialno-pedagogicheskoy-raboty-s-semyami-vozpityvayuschimi-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami> (дата обращения: 16.09.2019).

<sup>20</sup> Голоухова Г.Н. Методика и технология работы социального педагога: учебное пособие.

социальных институтов в процессе социализации ребенка; активизация роли родителей, их обучение и включение в процесс социально-педагогической деятельности<sup>21</sup>.

Организация социально-педагогической работы осуществляется поэтапно.

На начальном этапе происходит диагностика микросоциума и воспитательного потенциала семьи. Сюда относятся материальные и бытовые условия, численность и структура семьи, эмоционально-психологический климат и характер взаимоотношений между ее членами, жизненный опыт и культурно-образовательный уровень, распределение обязанностей и наличие свободного времени, характер организации совместной деятельности, стиль общения, уровень педагогической компетенции взрослых членов семьи, семейные традиции.

Основная цель на начальном этапе – формирование у родителей адекватных представлений о структуре нарушений психофизического развития ребенка и о возможностях его образования и социализации. Для этой задачи нужно следующее:

- индивидуальное собеседование (интервьюирование) с каждым взрослым членом семьи, определение члена семьи, способного осуществлять главную функцию при организации реабилитационного процесса;
- участие члена семьи – организатора реабилитационного процесса во всех видах диагностического обследования, проводимого на базе психолого-медико-педагогической консультации, ППМС-центра или в условиях семьи;
- анализ вместе со всеми членами семьи результатов обследования, выявление основных проблем, специфических особенностей ребенка;
- составление индивидуальной программы коррекционно-педагогической работы с ребенком в условиях семьи.

Начальный этап работы социального педагога в семье можно назвать диагностико-конструктивным, так как он заключается в анализе основных проблем и проектировании социально-педагогического процесса в семье, отборе специфических средств и методов реабилитации в соответствии с общими целями воспитания.

Начальный этап является наиболее значимым, поскольку от уровня его реализации в решающей степени зависит эффективность всех последующих этапов.

Следующий этап работы можно охарактеризовать как организационный. Он заключается в конструктивной деятельности, включая разнообразные формы педагогической анимации при организации семейно-бытового труда, образовательных мероприятий, досуга и предполагает проектирование коррекционно-педагогического процесса в условиях семьи, отбор средств и методов работы, организацию педагогической среды в семье, конструирование системы обучающего взаимодействия взрослого и ребенка. На данном этапе решаются следующие задачи:

- обучение родителей специфическим способам и приемам работы с ребенком на основе индивидуальной программы;
- активизация участия одного из членов семьи как организатора реабилитации;
- подбор дидактического материала для специальных занятий, изготовление наглядных пособий, приспособлений;
- отработка организационных форм работы, условий обучения;
- налаживание стиля семейного общения.

На организационном этапе проводятся специальные занятия, игры, отрабатываются разнообразные режимные моменты, бытовой труд, досуг и т.д. Через все виды этих мероприятий проходят такие формы совместной с ребенком деятельности, которые впоследствии помогут сформировать основные навыки и умения, расширяющие диапазон возможностей, доступных детям разных возрастов.

Это навыки общения, навыки общей и тонкой моторики, навыки сенсорного (чувственного) познания мира, культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания, речевые и социальные навыки. Главным условием при проведении таких семейных мероприятий является точная установка родителям, каким способом решаются поставленные задачи, как оценить,

<sup>21</sup> Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

насколько эффективно они выполнены. Деятельность родителей строится таким образом, что отличить урок от игры или эмоционального взаимодействия с ребенком просто невозможно. Нужное умение формируется не от случая к случаю, а постоянно, изо дня в день в привычной для ребенка семейной обстановке, в атмосфере любви и радостного сотрудничества.

Важным требованием данного этапа является обучение родителей самостоятельному анализу потенциальных возможностей ребенка, определению уровня сформированности социально значимых навыков, что предполагает пролонгированное наблюдение и оценку в процессе повседневной деятельности. Этому способствуют разнообразные методы тестирования, в основе применения которых лежит предпосылка, что основные навыки формируются у детей в одинаковой последовательности, но вследствие отклонений в развитии процесс усвоения навыков растянут во времени. Этапы усвоения навыков представлены в том порядке, в каком они формируются у нормально развивающегося ребенка; каждый навык необходимо разбить на более мелкие умения, что позволяет определить ту ступеньку, которая освоена ребенком, и следующую за ней, которую необходимо освоить.

Работа социального педагога на организационном этапе включает подбор материала, совместное с родителями изучение методик тестирования в соответствии с основными направлениями индивидуальной программы развития ребенка, демонстрацию родителям основных приемов.

Специально подобранный дидактический материал демонстрируется родителям в соответствии с обозначенными задачами формирования у ребенка социально значимых навыков. Далее наглядно представляется прием обучения в виде имитации движений, демонстрации действий:

- демонстрация педагогом действий с ребенком;
- выполнение действий с ребенком совместно родителем и педагогом;
- повторное выполнение действий с различными игровыми дополнениями;
- самостоятельное выполнение действий родителем с ребенком.

На данном этапе полезна организация встреч родителей малышей с детьми-инвалидами старшего возраста, со взрослыми, имеющими отклонения в развитии, и членами их семей. В ходе таких встреч важно продемонстрировать самостоятельность старших детей, социальную активность людей, успешно прошедших путь взросления и нашедших в окружающем мире свою собственную нишу. Это позволяет родителям детей младшего возраста поверить в свои силы, воспитательные возможности, перспективу дальнейшего развития своего ребенка.

Важнейшей особенностью этого этапа является совместное планирование различных семейных мероприятий в соответствии с индивидуальной программой ребенка и обозначенными в ней задачами развития на определенный период (от недели до месяца). После оценки и корректировки достигнутого осуществляется переход к более сложным задачам, обсуждается роль родителей при проведении того или иного вида деятельности с учетом повышения самостоятельности и активности ребенка.

Заключительный этап социально-педагогической деятельности в условиях семьи – коммуникативный. Он предполагает помощь в установлении оптимальных взаимоотношений между родителями, родителями и детьми, другими членами семьи в сфере ближайшего окружения.

Этот этап имеет решающее значение для нормализации психологического климата в семье, снижения эмоциональной напряженности, реконструкции родительских позиций в процессе педагогической деятельности. Он способствует становлению новых форм взаимодействия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, освоению специфических средств общения.

Работа специалиста в семье в этот период имеет ярко выраженную коррекционную и психотерапевтическую направленность. Ведь именно семья является главным источником формирования всей системы общения и развития социально значимых навыков у ребенка, имеющего отклонения в развитии. Это объясняется высокой степенью зависимости нетипичного ребенка от членов семьи и особой ролью семьи в формировании социальных стереотипов его поведения.

Основными задачами коммуникативного этапа являются следующие:

- расширение арсенала средств при осуществлении коммуникативной деятельности за счет использования специфических способов общения (эмпатии, жестовой речи и т.д.);
- формирование инновационных форм взаимодействия с ребенком (сеансы эмоционально-развивающего взаимодействия, предметно-игровое взаимодействие и т.д.);
- формирование воспитательных навыков родителей. Исходя из поставленных задач учитываются необходимые требования:
  - гибкая тактика родителей в процессе взаимодействия с ребенком (при установлении тактильного, зрительного, эмоционального контакта);
  - активизация вербальной коммуникации;
  - блокирование неадекватных типов поведения родителей по отношению к ребенку.

В ходе реализации коммуникативного этапа эффективно применение таких методов, как индивидуальные беседы со взрослыми членами семьи, основанные на эмоциональных контактах, совместном решении проблемных ситуаций. Полезны сопоставление особенностей семейного воспитания в различных родительских группах, демонстрация разумного использования запретов и способов адекватного удовлетворения потребностей ребенка для формирования его коммуникативных способностей и активной жизненной позиции. В результате индивидуальной работы с родителями необходимо выработать общую позицию в нормализации семейных отношений, определить причины нарушений родительского поведения, найти оптимальные пути выхода из проблемных ситуаций.

Основными критериями эффективности социально-педагогической работы на коммуникативном этапе можно считать:

- устойчивость психоэмоционального состояния ребенка и родителей;
- уровень сформированности совместной деятельности;
- уровень развития навыков общения.

Целенаправленная система социально-педагогической деятельности в условиях семьи не только повышает уровень развития ребенка и способствует его социальной активности, но и нивелирует негативные переживания родителей, формирует оптимистические установки по отношению к будущему.

Исследования показали наличие глубокой связи между психологической обстановкой в семье, уровнем взаимодействия между родителями и ребенком, компетентной организацией программ социально-педагогической работы с семьей и перспективами развития и социализации особого ребенка.

Особенно эффективна практическая работа социального педагога в семье на ранних этапах жизни ребенка с отклонениями в развитии, когда члены семьи еще находятся в состоянии эмоционального шока, а ребенку требуется активная стимуляция развития с участием многих специалистов, усилия которых необходимо координировать<sup>22</sup>.

И в заключение стоит сказать, что в целом для реализации идей инклюзивного образования можно выделить ценностные, организационные и содержательные аспекты необходимых изменений в самой системе образования.

*Ценностные аспекты* – как наиболее «тонкие» предполагают собственно изменение отношения к детям с ОВЗ и к «инаковости» в целом. Это признание ценности каждого ребенка вне зависимости от его познавательных, академических и иных достижений. Это изменения на уровне мировоззрения людей, в первую очередь, взрослых.

*Организационные аспекты* рассматриваются как необходимость определения последовательности шагов по организации инклюзивного обучения, воспитания и жизни детей в конкретном образовательном учреждении – детском саду, школе, ППМС-центре с точки зрения управления и организации процесса.

---

<sup>22</sup> Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

*А содержательные аспекты* самого процесса инклюзивного воспитания и обучения детей (в широком смысле образования) в большинстве случаев считаются самыми главными.

Для реализации этих аспектов необходима разработка не только технологий психолого-педагогического сопровождения, но и адаптация образовательных программ, и построение адекватной возможностям ребенка последовательности и глубины подачи программного материала для различных категорий детей с ОВЗ по каждой отдельной компетенции или предмету. В конечном счете, социальная и образовательная инклюзия нужна не только, а, порой, и не столько особому ребенку, сколько самому образованию и обществу в целом.

## ДЕСЯТЬ ПРАВИЛ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ С ЛЮДЬМИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Карен Мейер, национальный центр доступности США

1. Когда Вы разговариваете с человеком, имеющим инвалидность, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику.
2. Когда Вас знакомят с инвалидом, вполне естественно пожать ему руку, даже тем, кому трудно двигать рукой, или кто пользуется протезом.
3. Когда Вы встречаетесь с человеком, который плохо видит или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с Вами.
4. Если Вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать. Если Вы не поняли, не стесняйтесь переспросить.
5. Обращайтесь с взрослыми инвалидами как со взрослыми людьми. Инвалидность – не повод для фамильярности.
6. Опирайтесь или виснуть на чьей-то инвалидной коляске или хвататься за трость – то же самое, что опираться или виснуть на ее владельце или хватать человека за глаз. Специализированные устройства для инвалидов – это часть неприкосновенного личного пространства человека.
7. Разговаривая с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, пока он сам закончит фразу. Никогда не притворяйтесь, что Вы поняли, если на самом деле это не так.
8. Когда Вы беседуете с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы ваши глаза были на одном уровне.
9. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помашите ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, хотя имейте в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто умеет читать по губам, расположитесь так, чтобы на Вас падал свет и Вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы Вам ничего (еда, сигареты, руки, закрывающие рот) не мешало.
10. Не смущайтесь, если сказали: «Увидимся», – или: «Вы слышали об этом...?» – тому, кто на самом деле не может видеть или слышать.

**Правило главное и заключительное:** если Вы сомневаетесь, как правильно себя вести в той или иной ситуации, положитесь на свой здравый смысл. Будьте спокойны и доброжелательны. Если не знаете, что делать, спросите об этом своего себе-седника. Главное, если Вы стремитесь быть понятым – Вас поймут. Не бойтесь шутить. Хорошая шутка поможет наладить общение и разрядить обстановку. Относитесь к другому человеку так же, как к самому себе, и точно так же его уважайте, тогда все будет хорошо!



## КОГДА ВЫ ГОВОРИТЕ ИЛИ ПИШЕТЕ О ЛЮДЯХ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Региональная общественная организация людей с инвалидностью «Перспектива»

✓ <b>Используйте слова и понятия, НЕ создающие стереотипы:</b>	✗ <b>Избегайте слов и понятий, создающих стереотипы:</b>
<p>Человек с инвалидностью (используемый в законах и нормативах официальный термин «инвалид» – допустим, но не рекомендуется к употреблению в речи и в текстах)</p> <p style="text-align: center;">Человек без инвалидности</p>	<p>Человек с ограниченными возможностями, человек с ограниченными способностями; больной; искалеченный, покалеченный, калека; неполноценный; человек с дефектом/недостатком здоровья</p> <p style="text-align: center;">Нормальный/здоровый</p>
<p>Человек, использующий инвалидную коляску; человек, передвигающийся на коляске; человек на коляске; человек на кресле-коляске</p>	<p style="text-align: center;">Прикованный к инвалидной коляске, паралитик, парализованный, «колясочник», человек на кресле-каталке</p>
<p>Человек с инвалидностью с детства / с врожденной инвалидностью; инвалидность с детства, врожденная инвалидность</p> <p style="text-align: center;">Имеет ДЦП (детский церебральный паралич), человек (ребенок, дети) с ДЦП</p>	<p style="text-align: center;">Врожденный дефект /увечье /несчастье</p> <p style="text-align: center;">Страдает ДЦП, болеет ДЦП, «дэцэпэшник»</p>
<p>Человек, перенесший полиомиелит; человек, который перенес болезнь; имеет инвалидность в результате...</p>	<p style="text-align: center;">Страдает от полиомиелита / от последствий полиомиелита; жертва болезни; кривоногий; стал инвалидом в результате...</p>
<p>Человек с особенностями развития/ с особенностями в развитии, человек с ментальной инвалидностью/ с особенностями ментального развития/ с особенностями интеллектуального развития</p>	<p style="text-align: center;">Умственно отсталый, слабоумный, умственно неполноценный, «тормоз», имбецил, дебил, отсталый, человек с задержкой/отставанием в развитии/ нарушением развития, с интеллектуальной недостаточностью, с умственной отсталостью</p>
<p style="text-align: center;">Дети с инвалидностью</p>	<p style="text-align: center;">Дети-инвалиды</p>

## КОГДА ВЫ ГОВОРИТЕ ИЛИ ПИШЕТЕ О ЛЮДЯХ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Региональная общественная организация людей с инвалидностью «Перспектива»

✓ <b>Используйте слова и понятия, НЕ создающие стереотипы:</b>	✗ <b>Избегайте слов и понятий, создающих стереотипы:</b>
Дети с особыми образовательными потребностями	Школьники-инвалиды; официальный термин «дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)»
Человек с синдромом Дауна, ребенок (дети) с синдромом Дауна	«Даун», «монголоид», «даунята» (о детях с синдромом Дауна), человек с болезнью Дауна
Человек с аутизмом,ребенок (дети) с аутизмом (официальный термин - «человек с расстройством аутистического спектра (РАС)»)	Больной аутизмом; аутист
Человек с инвалидностью с детства / с врожденной инвалидностью; инвалидность с детства, врожденная инвалидность	Врожденный дефект /увечье /несчастье
Человек с эпилепсией	Эпилептик, припадочный, страдающий эпилептическими припадками
Человек с особенностями психического развития, человек с особенностями душевного или эмоционального развития	Псих, сумасшедший, люди с психиатрическими проблемами, душевнобольные люди, люди с душевным или эмоциональным расстройством
Незрячий, слабовидящий человек, с инвалидностью по зрению	Слепой (как крот), совершенно слепой, человек с нарушением зрения
Собака-проводник	Собака-поводырь
Неслышащий, слабослышащий человек, с инвалидностью по слуху, пользующийся жестовым языком	Глухонемой (ни в коем случае!), глухой (как пень), человек с нарушением слуха, человек (ребенок) с остатками слуха, использующий язык жестов
Говорящий на жестовом языке	Немой
Жестовый язык (такой же язык, как русский,английский или любой другой)	Язык жестов (это «самодельный» способ общения для иностранца, не владеющего местным языком, когда нет переводчика)
Переводчик жестового языка	Официальный термин «сурдопереводчик»

**Примерный плана работы социального-педагога с детьми с ОВЗ<sup>23</sup>**

№ п/п.	Мероприятия	Сроки	Ответственные
1	1.Диагностика и выявление семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. 2. Создание единой базы данных о детях-инвалидах, детей с ограниченными возможностями здоровья	сентябрь	социальный педагог, классные руководители
2	2.1 Выявление досуговой сферы детей с ограниченными возможностями здоровья. Запись в кружки и спортивные секции 2.2Посещение семей с целью наблюдения за учебной деятельностью учащихся с ограниченными возможностями здоровья, учащихся испытывающих трудности в обучении. 2.3 Организация диагностических исследований детей и подростков, исследование межличностных отношений -диагностика правовых знаний детей с ограниченными возможностями здоровья 2.4 Организация индивидуального консультирования детей и подростков с ОВЗ и их родителей.	сентябрь  октябрь  По необходимости	социальный педагог, классные руководители   социальный педагог классные руководители психолог
3	3. Работа по программе «Семья» 3.1 Диагностические мероприятия - изучение климата семьи 3.2 Родительский всеобуч «Климат семьи», «Права и обязанности детей и родителей». 3.3 Посещение неблагополучных семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, профилактическая работа 3.4 Посещение семей, имеющих детей-инвалидов	сентябрь  ноябрь  в течение года	социальный педагог, классные руководители психолог
4	4. Работа по программе: «Здоровье» 4.1 Проведение предупредительно – профилактических мероприятий с учащимися с ограниченными возможностями здоровья 4.2. Участие в проведении Недели Здоровья.	в течение года  апрель	социальный педагог, учителя физкультуры
5	Индивидуальные и групповые консультации родителей и учителей по проблемам обучения и воспитания детей с ОВЗ.	в течение года	социальный педагог, психолог
6	Работа Совета профилактики, рассмотрение персональных дел детей с ограниченными возможностями здоровья из семей группы риска.	по плану Совета	социальный педагог
7	Организация взаимодействия с классными руководителями школы.	в течение года	социальный педагог
8	Проведение профориентационной работы с выпускниками с ОВЗ	май	соцпедагог, психолог

<sup>23</sup> <https://docplayer.ru/74034550-Plan-raboty-socialnogo-pedagoga-s-detmi-s-ovz-na-g.html>.