

Министерство образования и науки Российской Федерации
Сибирский федеральный университет

Левшунова Ж.А., Басалаева Н.В., Казакова Т.В.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Рекомендовано УМО РАЕ по классическому университетскому
и техническому образованию в качестве учебного пособия
для студентов высших учебных заведений, обучающихся
по направлениям подготовки:

44.03.05 – «Педагогическое образование»,

44.03.02 – «Психолого-педагогическое образование».

Протокол № 644 от 03 июля 2017 г.

УДК 159.9
ББК 88
Л 382

Рецензенты: В.Б. Чупина, канд. психол. наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России;
Г.А. Паркайкина, заведующая отделением реабилитации детей с ОВЗ МБУ КЦСОН г. Лесосибирска

Левшунова Ж.А.

Л 382 Инклюзивное образование: учеб. пособие / Ж.А. Левшунова, Н.В. Басалаева, Т.В. Казакова. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2017. – 114 с.

ISBN 978-5-7638-3741-4

В пособии отражены современные теоретические и практические аспекты инклюзивного образования. Описаны особенности и трудности инклюзивного образования; рассмотрены психологические особенности детей с ОВЗ; представлены психолого-педагогические технологии, применяющиеся в системе инклюзивного образования.

Приведенные материалы способствуют выработке у студентов знаний, практических умений и навыков, определяемых ФГОС ВПО.

Предназначено для студентов очного и заочного отделений ВУЗов, обучающихся по направлениям 44.03.05 «Педагогическое образование», 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», магистрантов.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-7638-3741-4

© Лесосибирский педагогический институт – филиал СФУ, 2017
© Ж.А. Левшунова, Н.В. Басалаева, Т.В. Казакова, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ	5
1.1. Инклюзивное образование: понятие, принципы	5
1.2. Особенности инклюзивной практики профессионального образования в зарубежных странах и России	12
1.3. Трудности и барьеры на пути к инклюзии	21
Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОВЗ	37
2.1. Психологические особенности детей с интеллектуальными нарушениями	37
2.2 Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями	50
2.3. Психологические особенности детей с церебральным параличом	64
Глава 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ	75
3.1. Основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ	75
3.2. Педагогические технологии инклюзивного обучения	87
3.3. Психокоррекционная работа с детьми с ОВЗ в системе инклюзивного образования	101

ВВЕДЕНИЕ

Гуманизация образования на современном этапе развития российского общества привела к пониманию необходимости создания комфортных условий и доступа к получению образования всех категорий детей, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Целью изучения дисциплины «Инклюзивное образование» является формирование у студентов знаний о сущности инклюзивного обучения и воспитания детей с ОВЗ, психолого-педагогических основах, моделях, технологиях и содержании инклюзивного образования.

В результате освоения данной ООП бакалавриата выпускник должен владеть такими компетенциями, как:

– способность осуществлять обучение, воспитание и развитие с учетом социальных, возрастных, психофизических и индивидуальных особенностей, в том числе особых образовательных потребностей обучающихся (ОПК-2);

– готовность к психолого-педагогическому сопровождению учебно-воспитательного процесса (ОПК-3).

По окончании курса «Инклюзивное образование» обучающийся должен:

– знать: возрастные, психофизические и индивидуальные особенности детей с ОВЗ; особенности, трудности и барьеры инклюзивной практики; психолого-педагогические технологии инклюзивного образования;

– уметь: осуществлять обучение и воспитание детей с ОВЗ; организовывать сопровождение детей с ОВЗ в учебно-воспитательном процессе;

– владеть: навыками эффективного взаимодействия с детьми с ОВЗ; навыками организации комфортной среды для детей с ОВЗ, способствующей их социализации и адаптации.

Материалы учебного пособия могут быть использованы при подготовке бакалавров в соответствии с ФГОС ВПО по направлению «Педагогическое образование», «Психолого-педагогическое образование»; магистрантов.

Глава 1. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Инклюзивное образование: понятие, принципы

Видный историк специального образования Н.Н. Малофеев, отмечает, что в эволюции отношения государства и общества к лицам с инвалидностью от древности до наших дней можно выделить переломные моменты, характеризующие путь от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья. Современный этап, девизом которого стал лозунг «От равных прав к равным возможностям», знаменуется стремлением максимально интегрировать людей с нарушениями здоровья в общество, предоставить им равные возможности участия в политической, культурной, спортивной жизни, создать условия для максимально возможной независимой жизни [7].

В Конвенции ООН 2006 г. закреплена так называемая социальная модель понимания инвалидности, в которой инвалидность осмысливается как результат определенных форм социального взаимодействия человека с нарушениями здоровья и отношенческих и средовых барьеров, которые не позволяют ему активно включаться в жизнь общества наравне с другими людьми. Таким образом, социальная модель предполагает, что причины инвалидности кроются не в самом заболевании, а в существующих в обществе физических, организационных барьерах, стереотипах и предрассудках. В отличие от медицинского понимания инвалидности, где человек с инвалидностью является «проблемой», основной стратегией служит минимизация нарушений через медицинское вмешательство и терапию, а наиболее эффективным способом этого – изоляция инвалида от общества в специальном лечебном учреждении, социальная модель основной мишенью воздействия считает барьеры вокруг человека. Современная система отношения к людям с ограничениями здоровья стремится обеспечить не просто социальную защиту, а полноценную

интеграцию их во все сферы жизни общества. Необходимая часть этого процесса – обеспечение доступа к квалифицированному, высокооплачиваемому и престижному труду, что в свою очередь невозможно без получения качественного профессионального образования. Наличие тесной связи образования инвалида и степени его участия в жизни общества признана в мировой практике. В связи с этим в последние годы особое внимание как профессионально-педагогического сообщества, так и институтов гражданского общества обращено к проблеме инклюзивного обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе общего и профессионального образования. Именно образовательная инклюзия максимально отвечает идеологии, которая исключает любые формы дискриминации лиц с ОВЗ и утверждает равное отношение ко всем людям, но создаёт при этом необходимые условия для лиц, имеющих особые образовательные потребности. Внимание к этому вопросу связано с тем, что именно образовательная инклюзия справедливо рассматривается как важнейший механизм инклюзии социальной. Совместное (инклюзивное) обучение признано мировым сообществом наиболее гуманным. Инклюзивное образование является для молодого человека с ОВЗ наилучшей формой установления оптимальных интеракций с окружающими людьми, так как совместное обучение позволяет улучшить качественную сторону ежедневных коммуникативных актов. Именно это направление признано одним из главных в российской образовательной политике на всех ступенях образовательного процесса. Непосредственным толчком постановки задачи развития инклюзивного образования в России стало присоединение к Конвенции ООН о правах инвалидов.

Рассмотрим содержание категории «инвалид».

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [13].

При этом под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Условия признания гражданина инвалидом:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности;
- необходимость осуществления мер социальной защиты, включая реабилитацию [19].

Наличие лишь одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

Инвалидность устанавливают исходя из комплексной оценки состояния здоровья гражданина в соответствии с классификациями и критериями, утвержденными Минтруда РФ.

В зависимости от степени расстройства функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности. I группа инвалидности устанавливается при наиболее тяжелых расстройствах функций организма, III группа – при наиболее легких. Ребенку (лицу в возрасте до 18 лет) независимо от тяжести расстройства функций организма устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Гражданину, признанному инвалидом, выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. Порядок составления и формы справки и индивидуальной программы реабилитации утверждаются Минтруда России [14, 18].

Как соотносятся понятия «инвалид» и «лицо с ОВЗ»?

Термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья» появился в российском законодательстве сравнительно недавно. В соответствии с

Федеральным законом от 30 июня 2007 г. № 120-ФЗ о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья употребляемые в нормативных правовых актах слова «с отклонениями в развитии» заменены термином «с ОВЗ». Так было введено в действие понятие «лицо с ОВЗ». Однако законодатель при этом не дал четкого нормативного определения этого понятия. Это привело к тому, что данный термин воспринимался как равнозначный или близкий термину «инвалиды». Необходимо специально отметить тот факт, что эти понятия не равнозначны. Наличие у человека правового статуса инвалида не означает необходимости создания для него дополнительных гарантий реализации права на образование. А лицо с ОВЗ, не будучи признанным в установленном законом порядке инвалидом, может иметь особые образовательные потребности. Они подразумевают в том числе и возможность обучения в вузе по адаптированной образовательной программе. Понятие «лица с ОВЗ» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным. Лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами, и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Таким образом, к группе людей с ОВЗ относятся лица, состояние здоровья которых препятствует освоению ими всех или отдельных разделов образовательной программы вне специальных условий воспитания и обучения. Понятие ограничения рассматривается с разных точек зрения и, соответственно, по-разному обозначается в разных профессиональных сферах,

имеющих отношение к человеку с нарушенным развитием: в медицине, социологии, сфере социального права, педагогике, психологии.

В соответствии с этим понятие «лицо с ОВЗ» позволяет рассматривать данную категорию лиц как имеющих функциональные ограничения, неспособных к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий [15].

В основе педагогической классификации таких нарушений лежит характер особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии и степень нарушения.

Различают следующие категории лиц с нарушениями в развитии:

- 1) лица с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) лица с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) лица с нарушениями речи;
- 4) лица с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) лица с задержкой психического развития (ЗПР);
- 6) лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- 8) лица с множественными нарушениями (сочетание двух или трех нарушений) [6].

Проблема профессионального становления и трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях современной России продолжает оставаться очень острой. Это объясняется не в последнюю очередь

тем, что численность людей с различными отклонениями в развитии возрастает как в нашей стране, так и в мире в целом. В Конвенции отмечено, что всеми странами-участницами должно быть обеспечено инклюзивное образование на всех уровнях, в том числе и на уровне высшего образования. Тем не менее процесс образовательной инклюзии в общем образовании развивается пока более интенсивно, чем в высшем.

Так, в Красноярском крае ежегодно наблюдается увеличение количества детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в системе образования. На сайте Министерства образования и науки Красноярского края имеется информационная справка об образовании детей с ОВЗ по итогам 2015-2016 гг.: 27401 ребенку с ОВЗ в возрасте от 0 до 18 лет организовано образование, из них 8070 детей-инвалидов.

При этом существует явная диспропорция числа инвалидов со средним и высшим профессиональным образованием. По статистическим данным Министерства образования и науки РФ, в школах России учится 450 тыс. детей с ограниченными возможностями, из них лишь 15 тыс. продолжают обучение в вузах. Каждый год потребность в реализации права на образование испытывают 120 тыс. молодых россиян с инвалидностью, но поступают в вуз или колледж намного меньше. По экспертным оценкам, в университетах страны на всех курсах учатся 30 тыс. студентов с ограниченными возможностями, что составляет 4 % от общего возможного числа [10]. На протяжении многих лет государственная поддержка инвалидов в нашей стране сводилась в основном к обеспечению их необходимыми средствами лечения и реабилитации, а также минимальными материальными компенсациями, возмещающими невозможность самостоятельно обеспечить свои жизненные потребности. В системе образования инвалидов в России, как ранее в СССР, на всех уровнях преобладал коррекционный подход, изолирующий людей с инвалидностью от «нормальных» и ограничивающий свободу их профессионального выбора. Лишь с 1990-х гг. отношение к инвалидам и их социальному статусу стало постепенно меняться в сторону понимания необходимости обеспечения

студентов с особыми образовательными потребностями равными правами и создания равных возможностей на получение образования. Направленность государственной политики на обеспечение качественного профессионального образования и трудоустройства лиц с ОВЗ остро ставит вопрос о необходимости организации инклюзивного образования в вузах. Именно это позволит создать наиболее благоприятные условия для успешной социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В истории развития теории и практики образования лиц с отклонениями в развитии в России можно выделить несколько этапов: с начала XX в. до середины 60-х гг. прошлого века подход к обучению и воспитанию отвечал понятию «сегрегация». С середины 60-х её сменила модель интеграции, а с 80-х гг. – модель социальной и образовательной инклюзии. Концепция сегрегации рассматривала человека с ограниченными возможностями здоровья как больного. Считалось, что ему необходим медицинский уход и лечение и это лучше всего осуществится в специальном учреждении. Интеграция рассматривалась как процесс, требующий от человека принятия нормы и следования ей в своем поведении. Концепция интеграции предполагала, что ребенок должен быть подготовлен к принятию его дошкольным учреждением, школой и обществом.

В настоящее время как образование, так и место в обществе человека с ограниченными возможностями здоровья отражает термин «инклюзия» (фр. *Inclusif* – включающий в себя, лат. *Include* – заключаю, включаю, вовлекаю) – «включение», под которым подразумевается необходимость адаптации обучения к потребностям обучающегося. Главным отличием процесса инклюзии от интеграции состоит в том, что интеграция является образовательной технологией, а инклюзия – технологией социокультурной. Инклюзия – это долгосрочная стратегия, рассматриваемая не как локальный участок работы, а как трансдисциплинарный подход в организации деятельности системы образования по всем направлениям в целом. Инклюзия касается всех субъектов образовательного процесса: детей, подростков и

взрослых с ограниченными возможностями здоровья, их родителей, нормально развивающихся учащихся и членов их семей, педагогов и других специалистов образовательного пространства, администрации, структур дополнительного образования. Инклюзивное образование базируется на следующих основных принципах:

- 1) ценность человека не зависит от его способностей и достижений; каждый человек способен чувствовать и думать;
- 2) каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- 3) все люди нуждаются друг в друге;
- 4) подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- 5) все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- 6) для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- 7) разнообразие усиливает все стороны жизни человека [11].

Таким образом, инклюзивное образование – это процесс развития образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию детей с особыми потребностями.

1.2. Особенности инклюзивной практики профессионального образования в зарубежных странах и России

Сравнительная новизна проблемы образовательной инклюзии в российской высшей и средней профессиональной школе побуждает с особым вниманием анализировать опыт тех стран, в которых инклюзивная практика существует более продолжительное время и приобрела широкое распространение. Разработка и внедрение пакета нормативных актов, нацеленных на расширение образовательных возможностей инвалидов, активно

ведется за рубежом с 1970-х гг. Среди направлений современной образовательной политики стран Европы, США и Канады, в числе которых расширение доступа к образованию (*widening participation*), мэйнстриминг (*mainstreaming*), интеграция (*integration*), инклюзия, т. е. включение (*inclusion*), занимает особое место. В США существует достаточно длительная практика обучения в высшей школе студентов с ограничениями жизнедеятельности. Как показывают исследования, в американском социуме крепнет убеждение, что «любое государство, стремящееся к справедливости и подчиняющееся международным нормам соблюдения прав человека, должно руководствоваться законами, которые гарантируют всем гражданам соответствующее их потребностям и способностям образование. Что касается студентов с особыми потребностями, то такое государство обязано предоставить и им соответствующую их потребности возможность обучения». Инклюзия – это не просто проект «доброй воли». Инклюзия – это подход и философия, которая предполагает, что все студенты (и с инвалидностью, и без инвалидности) получают больше возможностей и в плане социальном, и в плане учебы. Инклюзия – это не значит просто собрать всю обучающуюся молодежь вместе, наоборот, она способствует тому, чтобы каждый студент чувствовал себя принятым, чтобы его способности и потребности учитывались и были оценены [2].

В каждом вузе США число студентов-инвалидов составляет примерно 1% от общего числа студентов. Организационная структура университетов, ответственная за создание специальных условий для инвалидов, состоит из постоянных и временных сотрудников. Между постоянными специалистами распределение обязанностей может осуществляться двумя способами:

- 1) каждый специалист занимается определенной категорией вопросов;
- 2) каждый специалист отвечает за определенную категорию студентов-инвалидов. Этот способ применяется, когда в вузе обучается большое число студентов-инвалидов (более 1000 человек). К категории «временные сотрудники» относят сурдопереводчиков, чтецов, писцов, ассистентов и т.д.

Они работают в течение учебного года и увольняются после летней сессии. Их число и состав зависят от того, какие студенты-инвалиды обслуживаются в текущем учебном году и какие специальные условия необходимо создавать. Работа со студентами-инвалидами строится на принципе добровольности, в соответствии с которым учащийся не обязан сообщать сотрудникам вуза о наличии у него инвалидности. Студент также может в любое время как попросить о создании специальных условий, так и отказаться от них. Это означает также, что создание специализированных групп исключительно для студентов-инвалидов в целях проведения обязательных учебных занятий в тех случаях, когда студент не имеет возможности отказаться от участия в такой группе, не допускается. Подобная группа рассматривается как специальное условие, право выбора или отказа от него принадлежит студенту [2].

Для Германии проблема образования инвалидов, в том числе профессионального, является чрезвычайно важной. По официальным данным Министерства труда и социальным вопросам (Bundesministerium für Arbeit und Soziales), в Германии более 11,7 % граждан имеют инвалидность (около 9,6 млн. человек). 7,1 млн человек имеют тяжелые формы инвалидности, 2,5 млн – легкие формы [5].

В профессиональном сообществе тематика образования инвалидов – предмет давнего и широкого обсуждения. Так, в Германии в 2001 г. ежегодная конференция немецких исследователей в области инклюзии и интеграции проводилась уже в 25-й раз. В этой стране университеты стараются сделать максимально доступными для инвалидов; в некоторых вузах число студентов с ограниченными возможностями достигает 10-15 %. Студенты-инвалиды получают специальную финансовую помощь, которая гарантирует им возможность обучения в вузе. Только при доходах значительно выше среднего заработка родители оплачивают часть затрат на образование. При необходимости студент-инвалид может рассчитывать на личного ассистента (в пределах определенного времени в месяц). Такими ассистентами могут быть студенты того же самого вуза или молодые люди, несущие альтернативную

службу при университете. В зависимости от потребностей студента-инвалида ассистент выполняет различные функции: помощь при поиске литературы или написании семестровых работ, чтение вслух учебной литературы для незрячих, конспектирование лекций для неслышащих, помощь в передвижении по территории университета студентам с проблемами опорно-двигательного аппарата. Помощь ассистента предоставляется студенту-инвалиду во всех обязательных формах учебной работы, включая прохождение практики, в том числе зарубежной. При поступлении в немецкие вузы инвалиды не имеют льгот; поддержка государства состоит не в снижении планки образовательных требований к абитуриенту и студенту с ОВЗ, а в оказании дополнительной поддержки, необходимой для получения полноценного образования. Именно равенство между студентами с ограничениями здоровья и остальными студентами перед лицом образовательных стандартов обеспечивает первым конкурентоспособность на рынке труда. Довольно большие изменения наблюдаются в области подготовки преподавателей. Сначала формируется отношение к инклюзии на ценностном уровне, затем обсуждаются конкретные принципы организации учебного процесса. Несмотря на эти меры, систему инклюзивного образования Германии нельзя считать в полной мере сформировавшейся, она все еще находится на пути становления.

Специальное образование в Канаде развивалось во многом под влиянием аналогичных процессов в США. В 1982 г. канадский Чартер Прав и Свобод гарантировал равенство для людей с ограниченными возможностями и запретил дискриминацию, основанную на имеющихся барьерах инклюзивного образования. В Канаде существует несколько программ поддержки студентов с ограниченными возможностями здоровья. Специальная программа Needs и At-Risk Students оказывает различные услуги, необходимые студенту-инвалиду, реализует необходимые специальные программы учебного плана, осуществляет консультирование, а также предоставляет ресурсы для поддержки студенческих семей. Программа обучения студентов с нарушениями зрения предлагает адаптированные учебные планы, специальные материалы, осуществляет

консультирование. Существует программа, которая предоставляет тьютора для студенческих команд, работающих со студентами с дефектом слуха, оказывает помощь в использовании американского языка жестов. Есть программы, осуществляющие финансирование для обеспечения трудотерапии, физиотерапии, логопедической помощи, а также оказывающие помощь при необходимости транспортировки маломобильных студентов для выполнения медицинских назначений [3].

В Дании инклюзивное образование массово обсуждается на международных конгрессах в течение 20 лет и все еще остается одной из самых актуальных проблем образования. В течение 1997–2007 гг. количество людей с ОВЗ в стране увеличилось на 18,3 %, в то время как число студентов, получивших высшее образование, увеличилось за этот период на 48 %. Основной вектор инклюзии направлен на поиск подхода к каждому студенту, учитывающего его способности в каждой образовательной области. В высшей школе Дании существует три формы инклюзии:

- 1) случайное размещение студентов с особыми образовательными потребностями внутри академических групп;
- 2) инклюзия группы, когда в университете формируется отдельная группа для таких студентов;
- 3) включение с частичной занятостью студентов, когда студенты обучаются дистанционно.

Тем не менее основные составляющие успешной интеграции в вузах и социального развития студентов-инвалидов в Дании до сих пор в полном объеме не разработаны. Hofstetter и Alkin систематически исследовали внедрение инклюзии в высшие учебные заведения в течение 30 лет. По результатам исследования были выявлены существенные пробелы датской системы образования. Практически отсутствует преемственность среди педагогического состава и существует реальная проблема непринятия студентов с ОВЗ сверстниками. В последние годы процесс инклюзии в системе датских высших образовательных учреждений вышел на качественно новый уровень.

Евросоюз стал первой межправительственной организацией, подписавшей договор по правам человека и взявшей на себя его связывающие обязательства после официального присоединения к Международной Конвенции о правах инвалидов 23 декабря 2010 г. Это означает, что все страны – члены ЕС обязаны привести свои законы и систему высшего образования в соответствие со стандартами Евросоюза.

Вопросами высшего инклюзивного образования в странах Евросоюза занимается Европейское агентство по развитию в области особых образовательных потребностей (European Agency for Development in Special Needs Education). Им инициирован проект «RAISING ACHIEVEMENT FOR ALL LEARNERS, Quality in Inclusive», цель которого поиск способов улучшения качества образования студентов-инвалидов, повышение их жизненных компетенции и социальной активности. Целевая аудитория для проектной информации – политическое руководство стран – членов ЕС, которые должны сделать инклюзию в системе высшего образования неотъемлемой частью образовательной политики, обеспечить эффективное сотрудничество между образованием и другими ведомствами [3]. Подчеркивается, что гарантом успешной социальной адаптации студентов-инвалидов может стать тесное сотрудничество в сферах образования, здравоохранения и социального обеспечения. Важнейшим условием успеха инклюзивной практики исследователи считают инициативу преподавателей вузов. В уставе каждого университета подчеркивается, что преподаватели должны быть активными в приобретении компетенций, необходимых для полного участия всех студентов-инвалидов в системе массового образования.

Таким образом, инклюзия выступает как процесс изменения всей сферы высшего профессионального образования, в которую вовлечены все работники высшей школы, родители, студенты, чиновники и все общество; процесс, направленный на устранение барьеров для равноправного и открытого участия всех студентов, в том числе с физическими ограничениями в учебном процессе и жизни вуза. Инклюзивное обучение основывается на идеях единого

образовательного пространства для гетерогенной группы, в котором имеются разные образовательные маршруты для тех или иных участников.

В современной высшей школе России практика инклюзивного образования как массовая только начинает складываться. Тем не менее можно назвать значительное число вузов, не просто накопивших опыт обучения студентов с нарушениями различного типа, но разрабатывающих собственную модель инклюзивной практики. В России одним из первопроходцев нового подхода к профессиональному образованию инвалидов можно по праву считать Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана, где в 1934 г. впервые по специальным программам, но в интегрированных условиях стали обучаться инвалиды по слуху. В настоящее время МГТУ им. Н.Э. Баумана является одним из ведущих университетов России, развивающих программы инклюзивного образования. Сегодня в этом вузе обучаются более 200 студентов с нарушением слуха из регионов РФ и стран СНГ, которые осваивают 13 сложнейших инженерных специальностей.

В Челябинском государственном университете инвалидов систематически обучают с 1992 г. Специальная структура, курирующая проблемы обучения инвалидов, существует в ЧелГУ с 1996 г. Центр образования инвалидов в ЧелГУ выполняет серьезную исследовательскую, методическую, практическую работу. Областной банк данных «Молодые инвалиды и высшее образование» позволяет отслеживать образовательные потребности потенциальных абитуриентов с нарушениями здоровья не только в Челябинске, но и в других районах области. Особенность модели – программа поэтапного включения студента с инвалидностью в студенческую среду, начинающаяся с довузовской годичной подготовки. Завершением комплексного сопровождения (лечебно-оздоровительного, технологического, социального и пр.) в процессе обучения студента с ОВЗ является помощь в трудоустройстве [8].

Новосибирский государственный университет работает по системе инклюзивного образования с 2000 г. В числе его студентов – инвалиды-колясочники, незрячие и слабовидящие, молодые люди с серьезными

нарушениями слуха и зрения, с тяжелыми соматическими заболеваниями. Основа модели инклюзивного образования в Новосибирском университете – Программа поддержки обучения студентов с ограничениями здоровья; её составляющие – включение молодых людей с инвалидностью в систему непрерывного образования НГУ; академическая поддержка; создание ресурсного центра с доступом к мировым информационным ресурсам; служба поддержки, реализуемая силами волонтеров из числа студентов вуза; дополнительная финансовая помощь и пр. Подтверждение эффективности модели – конкурентоспособность выпускников с ограничениями здоровья на рынке труда, побуждающая многих студентов отказываться от инвалидности и соответствующих льгот и выплат. Ежегодно в НГУ поступают 20-30 инвалидов [1].

В течение последних лет проблематика инклюзивного образования в высшей школе активно разрабатывается в Институте психологии и образования Казанского федерального университета. Работа ведется как в исследовательском направлении, так и в направлении подготовки кадров для инклюзивной практики образования, а также делаются шаги в практической психологической поддержке образовательной инклюзии в самом университете. Тематика нескольких научно-практических конференций, проведенных на базе Института психологии и образования, включает различные аспекты обучения в высшей школе студентов с ограничениями здоровья. Студентами профиля подготовки «Специальная психология» выполняются курсовые и дипломные работы, посвященные теории и практике инклюзивного образования. Проблематика психологических механизмов самодетерминации студентов с ОВЗ в инклюзивном пространстве Казанского университета стала темой студенческого гранта, выполненного по заказу руководства К(П)ФУ [4]. Разработана инновационная магистерская программа «Инклюзивная психология», цель которой подготовка специалистов для психолого-педагогического сопровождения субъектов инклюзивной практики (студентов с ОВЗ, инклюзивных студенческих групп, преподавателей, работающих со

студентами с ограниченными возможностями). Выпускники могут работать в высшей и средней профессиональной школе в составе структур, обеспечивающих адаптацию учебного процесса для нужд лиц с ОВЗ; осуществлять разработку учебно-методического обеспечения инклюзивного учебного процесса, в том числе внедрение специализированных технических средств очного и дистантного обучения для лиц с нарушениями здоровья различного типа; участвовать в переподготовке (повышении квалификации) педагогов для работы с лицами с ОВЗ; работать в инклюзивных ресурсных центрах и т. д.

Одним из условий инклюзивного образования инвалидов является просветительская работа в студенческом сообществе, в первую очередь в академических группах, в которых обучаются инвалиды. Цель такой работы – предотвратить возникновение психологических барьеров как со стороны инвалидов по отношению к студентам, преподавателям и сотрудникам университета, так и со стороны студентов и сотрудников по отношению к инвалидам. На кафедре специальной психологии и коррекционной педагогики разрабатывается программа тренинга, цель которого информирование о психологических особенностях людей с ОВЗ, ограничениях и правилах, которые необходимо учитывать в учебном и внеучебном общении с особыми студентами. Варианты программы могут быть ориентированы на академическую группу, в которой обучается инвалид и которая непосредственно взаимодействует с инвалидом во внеучебном пространстве. Первые шаги апробации программы получили положительный отклик у студентов с ОВЗ, куратора академической группы, остальных студентов. Одна из серьезных проблем внедрения инклюзивного образования – это адаптация студентов-инвалидов к специфике учебного процесса в вузе. Для студентов с ограниченными возможностями здоровья разрабатываются курсы, позволяющие снизить повышенную психологическую нагрузку в адаптационный период. Волонтеры из числа студентов направления подготовки «специальное (дефектологическое) образование» оказывают при

необходимости помощь студенту с ОВЗ.

Несмотря на положительный опыт отдельных вузов, на текущий момент получение высшего образования лицами с ОВЗ и их обучение в вузах России не является массовой практикой и сопряжено с большими трудностями. До последнего времени общую статистику по нашей стране можно было считать скорее неутешительной: из 3 тыс. отечественных вузов только 150 обучали в своих стенах людей с ограниченными возможностями здоровья.

В рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011–2015 гг. пилотными регионами по формированию доступной среды для инвалидов выбраны три региона России: Республика Татарстан, Саратовская и Тверская области. Основными направлениями региональных программ «Доступная среда» в сфере образования являются:

- 1) оснащение образовательных учреждений специальным, в том числе учебным компьютерным оборудованием;
- 2) оборудование общежития для проживания иногородних обучающихся;
- 3) предоставление доступа к информационным компьютерным технологиям;
- 4) обеспечение автотранспортом, приспособленным для проезда к месту учебы.

1.3. Трудности и барьеры на пути к инклюзии

Инклюзивная практика, особенно на этапе становления, предъявляет повышенные требования ко всем участникам образовательного процесса. От студентов с ограниченными возможностями здоровья она требует интеллектуальной и психологической мобилизации, от условно здоровых студентов – толерантности, понимания, готовности оказывать помощь. Даже в странах, где инклюзивная практика в вузе имеет продолжительную историю, нередко возникают затруднения у преподавателей, работающих в группах, где есть студенты с ОВЗ. Законодательством Российской Федерации закреплены

равные права студентов с особыми образовательными потребностями, однако механизмы практической реализации предоставленных прав в стране только создаются. Обеспечение для студента с ОВЗ равных возможностей в получении профессионального образования – это не просто предоставление права посещать образовательные учреждения. Инклюзивное образование предполагает создание необходимой адаптированной образовательной среды и оказание поддерживающих услуг. Трудности этого процесса отражены в понятии «барьеры на пути реализации инклюзивного образования»; условия, необходимые для успеха образовательной инклюзии, – в понятии «безбарьерная среда». Инклюзивная безбарьерная образовательная среда – вся система условий, в которой студенты могут беспрепятственно передвигаться, обучаться, получать необходимую информацию, общаться со сверстниками, участвовать в различных формах общественной жизни, получить качественное профессиональное образование, обеспечивающее востребованность и конкурентоспособность на рынке труда. Исследователи выделяют несколько групп основных барьеров, которые необходимо преодолеть для создания доступного и комфортного образования для лиц с ОВЗ:

- архитектурные;
- организационно-правовые;
- финансовые;
- когнитивные;
- информационные;
- технические и технологические;
- социально-психологические и др.

Архитектурные барьеры – непригодность инфраструктуры для нужд инвалидов – одна из наиболее острых проблем, ограничивающих доступ инвалидов к получению профессионального образования. Значимость барьеров архитектурного окружения (отсутствие пандусов и лифтов дома, в учебных зданиях, в кампусе, дороги в учебное здание, и т. д.) очевидна, она определяет физическую недоступность окружающей среды для человека с ограниченными

возможностями. Следует понимать, что отсутствие специальных лифтов, пандусов, поручней, специально оборудованных учебных мест в аудиториях, оборудования и технических средств обучения является показателем недоступности для инвалидов того или иного образовательного учреждения. Реализуемая в настоящее время государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 гг. должна увеличить долю доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов, в частности учебных зданий. Предполагается увеличение до конца 2016 г. доступных архитектурных сооружений с 12 до 45 % [12]. Согласно государственной программе РФ «Развитие образования» на 2013–2020 гг. предусмотрено увеличение доли образовательных учреждений среднего профессионального и высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ОВЗ, с 3 до 25 %.

Для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, барьерами различной степени выраженности могут быть пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, высокое расположение информации, высокие прилавки, отсутствие места для разворота на кресло-коляске, узкие дверные проемы, коридоры, отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий (при необходимости) и другие физические и информационные барьеры.

Для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата барьерами различной степени выраженности могут быть:

– для лиц, передвигающихся самостоятельно с помощью тростей, костылей, опор – пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, отсутствие мест отдыха на пути движения и другие физические барьеры;

– для лиц, не действующих руками, – препятствия при выполнении действий руками (открывание дверей, снятие одежды и обуви и т.д., пользование краном, клавишами и др.), отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для осуществления действий руками.

Для инвалидов с нарушениями зрения барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей, преграды на пути движения (стойки, колонны, углы, стеклянные двери без контрастного обозначения и др.); неровное, скользкое покрытие, отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Для инвалидов с нарушениями слуха барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие зрительной информации, в том числе при чрезвычайных ситуациях на объекте социальной инфраструктуры, отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации (например, через индукционные петли), электромагнитные помехи при проходе через турникеты, средства контроля для лиц с кохлеарными имплантами, отсутствие сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика и другие информационные барьеры.

Для инвалидов с нарушениями умственного развития барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие понятной для усвоения информации на объекте социальной инфраструктуры, отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Организационно-правовые барьеры. Правовое пространство России, по крайней мере на уровне конституирующих федеральных законов, для запуска образовательной инклюзии в высшей школе достаточно подготовлено. Однако масштабность и новизна проблемы инклюзивной практики обучения в высшей школе требуют разработки огромного числа документов и создания или перестройки целого ряда общественных институтов. Инклюзивное образование на протяжении всей жизни в отличие от образовательной интеграции учащегося с нарушениями здоровья является не образовательной, а социокультурной технологией. Это означает системный характер проблемы, которая не может быть решена внутри образовательного ведомства. Так, участниками

Государственной программы «Доступная среда» являются Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, министерства культуры, спорта, транспорта, регионального развития, образования и науки, финансов, промышленности и торговли, связи и массовых коммуникаций и др. – всего одиннадцать федеральных министерств и агентств.

Решение проблемы совместного обучения в вузе студентов с различными нарушениями требует взаимодействия различных структур и ведомств и перестройки нормативной базы, определяющей это взаимодействие. Одним из перспективных направлений выступает разработка форм сетевого взаимодействия различных вузов, при которой появляется возможность кооперации как в создании образовательных ресурсов для обучения студентов с особыми образовательными потребностями, так и в реализации процесса обучения на комбинированной очно-дистантной основе. В рамках системы образования и отдельных вузов необходимо создание структур, обеспечивающих все компоненты инклюзивной практики обучения студента с ограничениями здоровья, что также требует разработки целого ряда внутренних регламентов образовательных организаций. Если учесть, что развитие инклюзивной практики совпадает с другими процессами системной перестройки высшего образования – реализацией норм Болонского процесса, переходом на новые образовательные стандарты, реорганизацией неэффективных вузов, участием лучших вузов страны в программах повышения конкурентоспособности и др., – становится очевидной вся сложность создания согласованной и жизнеспособной организационно-нормативной базы для обучения студента с ограниченными возможностями здоровья.

Финансовые барьеры. Перестройка архитектурной среды, техническое оснащение учебного процесса для студентов с особыми образовательными потребностями различного типа, штат сотрудников, содействующих реализации этих потребностей, и другое требуют заметных финансовых вложений. Разрабатываемые сейчас федеральные нормативные документы, методические

рекомендации по обеспечению инклюзии в вузе пока напрямую не определяют ни источников, ни предполагаемых размеров финансирования всех неизбежных затрат, ни механизмов расчета денежных средств. Складывающаяся в стране внешнеполитическая и экономическая ситуация также не позволяет рассчитывать на достаточное дополнительное финансирование. Для преодоления этого барьера необходимо как целевое финансирование государством и органами управления образованием программ развития инклюзии в высшей школе, так и рациональное использование существующих финансовых возможностей образовательных организаций, а также активный поиск новых источников.

Когнитивные барьеры. Существует распространенное мнение, что большинство студентов с ограниченными возможностями здоровья не способны освоить учебное содержание в полном объеме. Российское законодательство дает абитуриенту с инвалидностью право внеконкурсного поступления в вуз. Однако более низкие показатели Единого государственного экзамена у выпускников с ограничениями здоровья не обязательно означают невозможность для них получить качественное профессиональное образование. Правильнее будет сказать, что они испытывают затруднения в освоении учебной программы в том же темпе, на том же учебном материале и в той же последовательности, что и другие обучающиеся. Некоторые пути решения этой проблемы отражены в Федеральных государственных образовательных стандартах высшего профессионального образования нового поколения, где зафиксирована возможность продления для студента с ограниченными возможностями нормативного срока обучения. Стандарт определяет также необходимость разработки индивидуального учебного плана и основной образовательной программы, адаптированных в соответствии с особыми образовательными потребностями студента. Система комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения в вузе также может значительно повысить образовательные возможности студента с ОВЗ [20].

Информационные барьеры. Трудности выбора профессии для

абитуриента с инвалидностью, особые требования к обеспечению инклюзивного учебного процесса, ограниченность социальных контактов выпускников специальных (коррекционных) школ можно хотя бы частично скомпенсировать доступностью информации о возможностях, существующих для студента в различных организациях высшего профессионального образования. Современные информационные технологии предоставляют неограниченные возможности для поиска сведений, облегчающих выбор профессии и места учебы. В проектах документов, разрабатываемых Министерством образования и науки и общественными объединениями специалистов высшей школы, заложено требование обязательного размещения на порталах организаций высшего профессионального образования информации о наличии условий для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. На сайте образовательной организации высшего образования должен быть создан специальный раздел (страница), содержащий адаптированные для инвалидов программы подготовки с учетом различных нозологий, информацию о видах и формах сопровождения обучения, о наличии специальных технических и программных средств обучения, дистанционных образовательных технологий, наличии безбарьерной архитектурной среды и пр. [20].

Технические и технологические барьеры. Современный учебный процесс в вузе является высокотехнологичным в плане использования технических и информационных средств обучения, что для студента с ограничениями здоровья может выступать и в качестве барьера, и в качестве ресурса. С одной стороны, сложные лабораторные работы, в т. ч. с применением технических устройств, обязательные для многих специальностей и направлений подготовки, могут быть трудновыполнимыми или опасными для студента с нарушениями зрения, слуха, моторики. С другой стороны, современные компьютерные и информационные технологии позволяют предоставлять информацию в форме, доступной для студента с сенсорными нарушениями (электронные лупы для слабовидящих и голосовые программы

для незрячих; звукоусиливающая аппаратура и мультимедийные средства при нарушениях слуха). Компьютерные тренажеры позволяют студентам с двигательными нарушениями в имитационном режиме выполнять недоступные им экспериментальные процедуры. Разнообразные электронные образовательные ресурсы не могут и не должны в полной мере заменить живого общения с преподавателем и другими студентами в ходе различных форм аудиторных занятий, но могут существенно помочь студенту с ОВЗ. В связи с этим обеспечение инклюзивного учебного процесса техническими средствами приема-передачи информации в формах, отвечающих особым образовательным потребностям студентов с нарушениями различной нозологии, а также разработка и применение соответствующих педагогических технологий – эффективное средство преодоления барьеров этого вида.

Социально-психологические барьеры («отношенческие», социальные барьеры). Они не имеют внешнего, «архитектурного» выражения, они не связаны непосредственно с материальными и финансовыми затратами. Их можно обнаружить как непосредственно в организации высшего образования, так и в студенческом сообществе. Примерами таких барьеров могут быть существующие профессиональные установки педагогов, остальных студентов, негибкая система оценивания учебных достижений, недостаточность существующей нормативно-правовой базы и т. д. Социально-психологическая обстановка в учебном заведении является немаловажным аспектом инклюзивной образовательной среды. Здесь речь идет о характере отношений, складывающихся у студента с ОВЗ с преподавателями, другими студентами, руководителями, всем персоналом образовательной организации. Проблема заключается в необходимости создания так называемой психологической доступности, т. е. создания общего позитивного настроения, дружественной атмосферы для студентов с ОВЗ. Данные социологических и психологических исследований показывают, что при отсутствии психологического комфорта даже самые мотивированные студенты прекращают попытки достойного усвоения профессиональных знаний, умений и навыков в структуре

университета. В отечественной традиции эта проблема трактуется как толерантное отношение всех субъектов образовательного процесса к студенту с ограниченными возможностями здоровья. Наследие длительного периода сегрегации неизбежно сказывается на отношении других студентов, а иногда и преподавателей к учащимся с нарушениями развития.

В конце XX столетия борьба против дискриминации в европейских странах способствовала формированию новой культурной нормы – уважения к различиям между людьми. Процесс формирования толерантности к лицам с ограниченными возможностями следует рассматривать как целенаправленный, организованный и контролируемый процесс формирования человека, как его позитивная, т. е. адекватная общественным ценностям и потребностям, социализация, осуществляемая институтами общества, в первую очередь учреждениями системы образования. Понятие толерантности формировалось на протяжении длительного времени и постепенно приобретало и накапливало все более разносторонние значения. Введенное в научный оборот ввел в XVIII в. Д. де Траси, оно трактовалось вначале как «терпеливость», а затем как «терпимость». Толерантность – это личностная характеристика, которая предполагает осознание того, что мир и социальная среда являются многомерными, а значит, и взгляды на этот мир различны и не могут и не должны сводиться к единообразию или в чью-то пользу различающимися по внешности, убеждениям, обычаям. Воспитание в духе толерантности должно быть направлено на противодействие влиянию, вызывающему чувство страха и отчуждения по отношению к другим.

Многочисленные исследования показывают, что изменение отношения к людям с особыми нуждами тесно связано со степенью информированности общества об их проблемах [4]. В связи с этим в последние годы наметилась положительная динамика в интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья. Этот факт тем более важен, что студенты с ОВЗ, обучающиеся вместе со «здоровыми» одноклассниками, находятся в более благоприятном психосоциологическом положении, нежели при дистанционном обучении или

обучении в специализированной группе, они более мотивированы на успешное усвоение знаний. Авторы систематических обзоров исследований в странах, где инклюзивная практика в вузе развивается давно, подчеркивают, что существенным элементом в продвижении интеграционной культуры является наличие общего набора ценностей университета, направленность всего персонала вуза на воспитание толерантных личностей, то есть наличие «общей философии университета». У университета должна быть общая философия, которая знакома всем, в которой присутствует взаимопонимание всех учащихся, направленность на раскрытие потенциала и воспитание уважительного отношения к студентам с особыми образовательными потребностями. Лица с ограниченными возможностями должны рассматриваться как равноправные субъекты, требования должны быть едины для всех участников образовательного процесса. В идеале мы должны добиться равноуважительного партнерства студентов вне зависимости от физических возможностей.

Отсутствие кадровых ресурсов. Преодоление всех перечисленных барьеров невозможно без выращивания кадрового потенциала педагогов высшей школы, реализующего инклюзивное образование. Как и на всех остальных ступенях образовательной инклюзии, в высшей школе основным препятствием является отсутствие педагогов, способных обучать различным дисциплинам и различным профессиям студентов с целым спектром особых образовательных потребностей. Проблему подготовки и переподготовки педагога, в том числе педагога высшей школы, для работы в условиях инклюзии заслуженно считают важнейшей среди других задач развития образования. Без соответствующих ценностных ориентаций преподавателя высшей школы, без его мотивированности, без инициативы и специальных усилий обеспечить подлинное включение студента с инвалидностью в учебный процесс в вузе невозможно.

Трудности связаны также с дефицитом у педагогов специально-психологических и специально-педагогических знаний, без чего невозможно в полной мере учесть образовательные возможности и ограничения студентов с

нарушениями здоровья различной нозологии. Отношение к инклюзии преподавателей, как подтверждают эмпирические исследования, имеет особое значение для формирования толерантности у всех участников образовательного процесса. Показано: если у преподавателя имеется положительная установка к инклюзии, это влияет абсолютно на все категории студентов.

Важнейший аспект проблемы кадровых ресурсов – проблема управления и кадров, способных управлять процессом создания инклюзивной практики в высшем образовании. Общеизвестно, что образование и социализация лица с ОВЗ – комплексная проблема даже в условиях специального образовательного учреждения. Еще большие требования к межпрофессиональному и межведомственному взаимодействию специалистов предъявляет инклюзивный учебный процесс. Управленцы в сфере профессионального образования, сочетающие знание широкого круга педагогических технологий высшей школы со специальной дефектологической подготовкой, практически отсутствуют. Для создания подлинно инклюзивного вуза необходимо выращивание таких профессионалов новой формации [3].

Таким образом, преодоление барьеров на пути инклюзии в высшем образовании требует решения следующих задач: государственного регулирования инклюзивного образования в вузе в соединении с различными формами общественной инициативы; обеспечения архитектурной и транспортной доступности кампусов, внутренних помещений, общежитий, спортивных и культурных сооружений; обеспечения студентов с ОВЗ техническими средствами обучения и необходимыми приспособлениями в соответствии с их индивидуальными особенностями; обеспечения учебно-методическим материалом, при необходимости адаптированным к потребностям студентов; психолого-педагогической переподготовки персонала, в первую очередь преподавателей организаций высшего профессионального образования; формирования культуры толерантности в студенческом сообществе и в вузе в целом.

Для доступности получения образования инвалидами организацией

обеспечивается:

для инвалидов по зрению:

– наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих;

– размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

– обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

– обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;

для инвалидов по слуху:

– дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров –мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

– обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;

для инвалидов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия должны обеспечивать возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров; наличие специальных кресел и других приспособлений).

Важную роль в обеспечении доступности для инвалидов

профессионального образования играет применение дистанционных технологий обучения. Образовательные организации имеет право реализовывать образовательные программы или их части с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при проведении учебных занятий, практик, текущего контроля успеваемости, промежуточной, итоговой и (или) государственной итоговой аттестации обучающихся в соответствии с Приказом Минобрнауки России от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» [17]. Перечень профессий, специальностей и направлений подготовки, реализация образовательных программ по которым не допускается с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, предусмотрен Приказом Минобрнауки России от 20 января 2014 г. № 22 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования, реализация образовательных программ по которым не допускается с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий» [16].

Кроме того, Минобрнауки России Приказом от 8 апреля 2014 г. № АК-44/05вн утверждены методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса [9].

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение категории «инклюзивное образование».
2. Охарактеризуйте основные принципы инклюзивного образования.
3. Опишите трудности и барьеры на пути к такому образованию.
4. Перечислите основные документы, регламентирующие инклюзивное образование в нашей стране.

5. Охарактеризуйте специфику инклюзивного образования в зарубежных странах (США, Германии и др.).

6. Опишите особенности инклюзивного профессионального образования в России.

Список литературы к главе 1

1. Берус Е.И., Дулепова Н.В. Модель инклюзивного образования в Новосибирском государственном университете // Международный диалог: инклюзия через всю жизнь: материалы Международного образовательного форума, 28-29 ноября 2013 г., Ростов-на-Дону. – М.: Вузовская книга, 2013. – С. 13-19.

2. Жаворонков Р.Н. Технология высшего инклюзивного образования инвалидов, применяемая в Соединенных Штатах Америки // Психологическая наука и образование/ www.psyedu.ru. – 2010. – № 5.

3. Инклюзивная практика в высшей школе: учеб.-метод. пособие / А.И. Ахметзянова, Т.В. Артемьева, А.Т. Курбанова, И.А. Нигматуллина, А.А. Твардовская, А.Т. Файзрахманова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 224 с.

4. Исследование самодетерминации студенческой молодежи в условиях инклюзивного образования в федеральном университете / А.Т. Файзрахманова, А.Д. Залялетдинова, Н.А. Федорова, Ю.Е. Миндукова, А.А. Новиченко // Конкурс проектов на соискание грантов для выполнения научно-исследовательских работ студенческими научными коллективами КФУ. Заявка № 15 от 27.05.2014.

5. Корепанова И.А. Общение и деятельность – два основания для проектирования интегративных (инклюзивных) пространств // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 3. – С. 12-18.

6. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Академия, 1998. – 144 с.

7. Малофеев Н.Н. Западная Европа: эволюция отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии. – М.: Экзамен, 2003. – 256 с.

8. Мартынова Е.А., Романенкова Д.Ф. Модель центра образования инвалидов в Челябинском государственном университете на основе системы интегрированного обучения. – URL: <http://vo.hse.ru/data/2010/12/31/1208182062/11mar.pdf>.

9. Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса: Рекомендация Минобрнауки России от 8 апреля 2014 г. № АК-44/05вн – URL: <http://docs.pravo.ru/document/view/56923452/>.

10. Морозов А.В. Проблемы и реалии развития инклюзивного образования в современной высшей школе // Учиться и жить вместе: современные стратегии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы Международной научно-практической конференции ЮНЕСКО / под ред. проф. Н.М. Прусс, проф. Ф.Г. Мухаметзяновой. – Казань: ТИСБИ, 2014. – С. 31-39.

11. Морозов А.В. Здоровьесберегающие технологии в инклюзивном и дистанционном образовании при обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 1-5. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/56111.htm>.

12. Нигматуллина И.А., Болтакова Н.И. Об интеграции образовательной, самообразовательной и исследовательской деятельности будущих учителей-логопедов // Образование и саморазвитие. Научный педагогический и психологический журнал. – 2014. – № 3 (41). – С. 46-50.

13. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ // Российская газета. – 1995. – 24 нояб.

14. О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными

учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 ноября 2010 г. № 1031н // Российская газета. – 2011. – 28 янв.

15. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ // Российская газета – 2012. – 31 дек.

16. Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования, реализация образовательных программ по которым не допускается с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий: Приказ Минобрнауки России от 20 января 2014 г. № 22 // Российская газета. – 2014. – 28 февр.

17. Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ: Приказ Минобрнауки России от 9 января 2014 г. № 2 // Российская газета. – 2014. – 16 апреля.

18. Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 4 августа 2008 г. № 379н // Российская газета. – 2008. – 10 сент.

19. Правила признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 // Российская газета. – 2006. – 28 февр.

20. Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса. – URL: <http://fdomgppu.ru>.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

2.1. Психологические особенности детей с интеллектуальными нарушениями

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

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

Отклонения от нормы отмечаются и в физическом развитии умственно отсталых, для которых характерно отставание в росте, диспластичность телосложения, половое развитие часто задержано. Встречаются также пороки развития внутренних органов и органов чувств (зрения и слуха). Двигательная сфера недоразвита. Нарушены темп, плавность, ритмичность и точность движений. Присутствуют такие аномалии развития, как расщепление мягкого и твердого нёба (волчья пасть), заячья губа, аномалии зубов. При исследовании мозга умственно отсталых обнаруживают несоразмерности в развитии различных его отделов, иногда отсутствие извилин (агирия) или их укорочение. Все эти признаки недоразвития имеют разную степень выраженности, зависящую от степени и формы умственной отсталости [12].

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

1. УО легкой степени. Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них способны использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также

полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, и у многих особой проблемой является чтение и письмо. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультурных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы.

В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости. У все большей части больных, хотя еще и не у большинства, выявляется органическая этиология умственной отсталости.

Такие дети обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию.

2. УО умеренная. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Часть таких детей осваивают основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие

программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее такие люди в общем полностью мобильны и физически активны, большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

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

4. УО глубокая. Идиоты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике,

гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии. Все новое часто вызывает страх.

Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки и при адекватном надзоре и руководстве дети могут принимать участие в домашних и практических делах. В большинстве случаев устанавливается органическая этиология.

Обычно первыми признаками врожденного слабоумия, если нет явных физических дефектов, служат изменения поведения. Ребенок может быть вялым, пассивным, не реагирует на появление матери, взгляд его не фиксирует предметы, или он чрезвычайно плаксив, может кричать целыми днями без явной причины. В младенческом возрасте возможны судорожные припадки.

Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. Они не интересуются игрушками, бросают их или ломают. Если ребенок все же начинает ходить, то обнаруживаются нарушения координации и неустойчивость походки.

Дальнейшая характеристика психического развития касается в основном детей с легкой степенью УО. Для них характерно недоразвитие познавательных интересов, выражающаяся в сниженной потребности в познании окружающего мира.

Восприятие. Главным недостатком является нарушение обобщенности восприятия, отмечается его замедленный темп по сравнению с нормальными детьми. Умственно отсталым требуется значительно больше времени, чтобы воспринять предлагаемый материал. Замедленность восприятия усугубляется тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют главное, не понимают внутренние связи между частями, персонажами. Поэтому восприятие их отличается и меньшей дифференцированностью. Эти особенности при обучении проявляются в замедленном темпе узнавания, а также в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова.

Отмечается также и узость объема восприятия. Умственно отсталые выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Кроме того, характерно нарушение избирательности восприятия.

Для умственно отсталых характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает ориентироваться в окружающем мире.

Внимание. Малая устойчивость, трудность распределения внимания, замедленная переключаемость, сильно страдает произвольное внимание. Это связано с тем, что умственно отсталые дети при возникновении трудностей не пытаются их преодолевать. Они, как правило, в этом случае бросают работу. Однако если работа интересна и посильна, она поддерживает внимание детей, не требуя от них большого напряжения. Слабость произвольного внимания проявляется в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте или одном виде деятельности.

Память. Умственно отсталые лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Труднее осознаются и запоминаются внутренние логические связи. У них поздно формируется произвольное запоминание. Слабость памяти умственно отсталых проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько ее воспроизведения. Из-за непонимания логики событий воспроизведение умственно отсталых носит бессистемный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала. Опосредованная смысловая память у умственно отсталых развита слабо.

Мышление. Анализ предметов умственно отсталые проводят бессистемно, пропускают ряд важнейших свойств, вычлняя лишь наиболее заметные части. В результате такого анализа они затрудняются определить связи между частями предмета. Устанавливают обычно лишь такие зрительные свойства объектов, как величину и цвет. При анализе предметов выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Из-за

несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Выделяя в предметах отдельные их части, они не устанавливают связи между ними, поэтому затрудняются составить представление о предмете в целом.

Связи между предметами или явлениями умственно отсталые способны устанавливать только по внешним признакам, они не могут определить, в чем сходство и различие между предметами. Они не могут классифицировать предметы, например разделить предложенные им картинки на животных и птиц. Не могут сформулировать понятия, например, что такое добро, порядочность, благородство, честность, ответственность. Отвлеченные понятия им недоступны.

Отличительной чертой мышления умственно отсталых является не критичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Они часто не замечают своих ошибок, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой. Для всех умственно отсталых детей характерны сниженная активность мыслительных процессов и слабая регулирующая роль мышления. Умственно отсталые обычно начинают выполнять работу, не дослушав инструкции, не поняв цели задания, без внутреннего плана действия, при слабом самоконтроле.

Речь. У умственно отсталых страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. В тяжелых случаях больные не способны говорить, могут издавать лишь отдельные звуки. При этом они не понимают обращенную к ним речь и могут реагировать только на интонацию. В более легких случаях больные могут говорить, но запас слов у них ограничен, они не умеют правильно строить фразы и говорят короткими предложениями. Многие слова неправильно употребляют по смыслу. Могут быть и дефекты речи – косноязычие, речь по типу «каша во рту».

В результате наблюдаются различные виды расстройства письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в речевом общении.

Эмоционально-волевая сфера умственно отсталых детей имеет ряд

особенностей. Отмечаются недоразвитие эмоций, нет оттенков переживаний. Характерной чертой является неустойчивость эмоций. Состояние радости без особых причин сменяется печалью, смех – слезами и т.д. Переживания их неглубокие, поверхностные. У некоторых умственно отсталых эмоциональные реакции не адекватны источнику. Имеют место случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада (патологические эмоциональные состояния – эйфория, дисфория, апатия).

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

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

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

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

Такие дети внешне часто выглядят субтильными, рост их ниже среднего, лицо сохраняет черты более раннего возраста.

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

3. ЗПР психогенного происхождения. Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. ЗПР психогенного происхождения чаще всего обусловлен явлениями гипоопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок.

Вариант аномального развития личности по типу кумира семьи обусловлен, наоборот, гиперопекой – неправильным изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

4. ЗПР церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм). Этот тип ЗПР занимает основное место в данной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.

В основе ЗПР этой группы детей присутствует негрубая органическая недостаточность нервной системы (патология беременности, недоношенность, асфиксия и травма в родах, постнатальные нейроинфекции) [9].

Особенности познавательной сферы детей с ЗПР освещены в психологической литературе достаточно широко (В.И. Лубовский, Л.И. Переслени, И.Ю. Кулагина, Т.Д. Пускаева и др.). Поскольку диагноз детям не может быть выставлен ранее 5 лет и очень часто ЗПР проходит после 10-11 лет (окончания начальной школы), то особый интерес представляет психическое развитие детей именно в это период.

Представленная ниже характеристика психического развития детей касается прежде всего ЗПР церебрально-органического происхождения.

Психомоторная сфера. В дошкольном возрасте у детей с ЗПР выявляется отставание в развитии общей и особенно тонкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. Слабо сформированы навыки самообслуживания, технические навыки в изодетальности, лепке, аппликации, конструировании. Многие дети не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются при пользовании ножницами. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, затруднено формирование графомоторных навыков.

Восприятие. У детей с ЗПР зрение и слух физиологически сохранены, однако процесс восприятия несколько затруднен – снижен его темп, сужен

объем, недостаточна точность восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного).

Дети с ЗПР в единицу времени воспринимают меньший объем информации, у них снижена скорость выполнения перцептивных операций. Затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на исследование свойств и качеств предметов. Требуется большее количество практических проб и примериваний при решении наглядно-практических задач, дети затрудняются в обследовании предмета. В то же время дети с ЗПР в отличие от умственно отсталых могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине. Основная проблема в том, что их сенсорный опыт долго не обобщается и не закрепляется в слове, отмечаются ошибки при назывании признаков цвета, формы, величины. Таким образом, эталонные представления не формируются своевременно. Ребенок, называя основные цвета, затрудняется в названиях промежуточных цветовых оттенков. Не использует слова, обозначающие величины («длинный – короткий», «широкий – узкий» и т.д.), а пользуется словами «большой – маленький». Недостатки сенсорного развития и речи влияют на формирование сферы образов-представлений. Из-за слабости анализирующего восприятия ребенок затрудняется в выделении основных составных частей предмета, определении их пространственного взаимного расположения. Можно говорить о замедленном темпе формирования способности воспринимать целостный образ предмета. Влияет на это и недостаточность тактильно-двигательного восприятия, которое выражается в недостаточной дифференцированности кинестетических и тактильных ощущений (температуры, фактуры материала, свойства поверхности, формы, величины), т.е. когда у ребенка затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

Память. Наблюдается преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания – над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию,

снижена прочность запоминания. Присуща неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память.

Внимание. Для таких детей характерна рассеянность внимания, они не способны удерживать его достаточно длительное время, быстро переключать его при смене деятельности. У них повышенная отвлекаемость, особенно на словесный раздражитель.

Мышление. Преобладают более простые мыслительные операции (анализ и синтез), снижены уровень логичности и отвлеченности мышления, имеются трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления.

Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР, несформированность способности к творческому созданию новых образов, замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР еще не сформирован соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления – дети не выделяют существенных признаков при обобщении, а обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам.

При переходе от одной системы знаний и навыков к другой дети с ЗПР склонны применять старые, уже отработанные способы, не видоизменяя их. И даже если они усвоили различные системы знаний и способы действия с ними, то бывает достаточно повторного решения каких-то заданий, чтобы дети данной категории, получив новые задания, продолжали повторять примененные способы (несмотря на то, что новые им хорошо известны). Подобные случаи свидетельствуют о трудности переключения с одного способа действия на другой и могут рассматриваться как симптомы инертности мышления.

Особенно ярко это качество мыслительной деятельности проявляется при работе с проблемными задачами, требующими самостоятельного поиска

способов решения. Вместо осознания задачи (анализа и синтеза исходных данных и искомого результата), вместо поиска адекватных способов решения осуществляется репродукция наиболее привычных способов. Фактически происходит подмена задачи, а отчетливое осознание поставленной задачи и подчинение ей выполняемых действий являются необходимыми предпосылками саморегуляции. Систематическая подмена задач (более трудных легкими, привычными) свидетельствует не только об отсутствии у школьника рефлексии собственных действий, но и об особенностях его мотивации – стремлении избежать трудностей и ошибок. Неумение мыслить сочетается в этих случаях с нежеланием мыслить. Уход от решения интеллектуальных задач лишает ребенка возможности упражнять свой ум, а тем самым отрицательно отражается на его развитии, усиливая феномен задержки [4].

Речевое развитие характеризуется ограниченностью словарного запаса, особенно активного, замедленным овладением грамматическим строем речи. Многим из детей присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического восприятия, трудности овладения письменной речью. У некоторых имеется дизартрия.

На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля». Дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, затруднен процесс восприятия и осмысления их содержания.

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества, который продолжается до 7-8 лет.

Грамматический строй речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако

если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Эмоционально-волевая сфера. У детей с ЗПР имеется незрелость эмоционально-волевой деятельности, слабая эмоциональная устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов, частая смена настроения, повышенная утомляемость, чувство страха. Недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения.

Деятельность. Для игровой деятельности многих детей с ЗПР характерно неумение (без помощи взрослого) развернуть совместную игру в соответствии с замыслом. Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются. Могут наблюдаться и проявления инертности – в этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое.

Таким образом, группы детей с ЗПР по своим психическим проявлениям неодинаковы. Степень и характер их дефекта зависят от причин, которые обусловили задержку. Часто у этих детей имеется органический дефект ЦНС различной степени выраженности и этиологии. Развитие психических функций происходит замедленно и искаженно. Наиболее нарушены общие характеристики деятельности (целенаправленность, контроль, совмещение

речевой и предметной деятельности), аффективно-личностная и интеллектуальная сферы.

2.2. Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями

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

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

1. Глухие (ранооглохшие) – дети, родившиеся с уже нарушенным слухом или потерявшие его до начала речевого развития или на его ранних этапах. В результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты они были лишены возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею.

2. Слабослышащие (тугоухие) – дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, которая будет, в свою очередь, иметь ряд существенных недостатков, подлежащих коррекции в процессе обучения.

3. Позднооглохшие – те, кто к моменту наступления глухоты или серьезного нарушения слуха обладал уже в достаточной степени сформированной речью.

Особенности развития психики наиболее отчетливо выражены у детей с глухотой.

Глухота – это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии.

В первые месяцы жизни глухой ребенок мало отличается от детей с

сохранным слухом. Он может быть несколько более спокойным, чем слышащие дети, поскольку многие окружающие его звуки на него воздействуют в малой степени, а у слышащих они вызывают раздражение, испуг, нарушают сон.

Ребенок, глухой от рождения, обычно имеет остатки слуха в диапазоне низких и средних звуковых частот. Это дает ему возможность слышать громкие низкие звуки. В громкой речи он может различать только отдельные гласные звуки и некоторые слоги, отчетливо произносимые.

Глухие дети, не имеющие дополнительных нарушений, к 6-7 годам достигают психического развития, по ряду показателей близкого к нормативному. Они хорошо владеют произвольной деятельностью, направленной на выполнение тех заданий, которые предлагает им взрослый и которые требуют от них сосредоточения внимания, анализа условий деятельности, оценки проблемной ситуации, преодоления возникающих препятствий. Они эмоционально и адекватно реагируют на характер выполняемых заданий и достигаемый при этом успех или неудачу.

Психомоторная сфера. Двигательная сфера глухих детей отстает в развитии. Они позже начинают держать голову, ползать, стоять и ходить. В дальнейшем походка может быть неустойчива, имеются проблемы с сохранением равновесия, неточная координация, проблемы с мелкой моторикой рук. В развитии двигательной сферы у глухих важную роль выполняет речевое развитие, потому что выполнение произвольных действий и движений зависит от словесно сформулированных требований окружающих.

Восприятие. У глухих детей восприятие и узнавание своеобразно и протекает более медленно, чем у слышащих сверстников. Им требуется больше времени для того, чтобы выделить информативные признаки предмета. При восприятии изображений глухие дети испытывают затруднения в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между изображенными предметами; у них возникают трудности в восприятии предметов в движении, в необычном ракурсе, при восприятии

контурных изображений; дети не узнают предмет, если он частично закрыт другим.

Память. Образная память у глухих детей так же, как у слышащих, характеризуется осмысленностью. Процесс запоминания у них опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению вновь воспринятого с удержанным ранее. Глухие дети раньше познают в объектах специфическое, чем особое и общее, отмечают несущественные детали в ущерб главным, но менее заметным. При произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих сверстников: в дошкольном возрасте хуже запоминают места расположения предметов; в начале младшего школьного возраста имеют менее точные, чем слышащие сверстники, образы памяти, поэтому путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Сами изображения предметов глухие дети запоминают неточно, на протяжении младшего школьного возраста они отстают от нормально слышащих сверстников – легче смешивают образы сходных предметов, затрудняются в переходе к соответствующим им образам предметов.

На успешность запоминания слов глухими детьми оказывает влияние то, к какой грамматической категории относятся слова. Глухие дети прежде всего овладевают существительным, имеющим прямую предметную отнесенность. Представления о других грамматических категориях формируются позже и с большими сложностями, поскольку их формирование опирается на соответствующие мыслительные операции (например, абстракцию – при усвоении прилагательных, обобщение действий – при усвоении глаголов). Поэтому при запоминании существительных различия между глухими и слышащими детьми к подростковому возрасту постепенно уменьшаются, при запоминании глаголов и прилагательных эти различия продолжают существовать на протяжении всех лет обучения.

Внимание. Для глухих детей характерно более позднее становление

высшей формы внимания – произвольного и опосредствованного, что обусловлено как более поздним формированием умений использовать средства организации внимания, управления им, в том числе более поздним переходом к внутренним средствам, так и отставанием в развитии речи, способствующей организации и управлению собственным поведением. У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, им требуется больше времени на «вработывание», что приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению числа ошибок. Продуктивность внимания у глухих школьников в большей степени, чем у их слышащих сверстников, зависит от изобразительной выразительности воспринимаемого материала. При увеличении выразительности глухие школьники точнее устанавливают информативные признаки объектов, делают меньше ошибок. Внимание детей с нарушениями слуха в большей степени, чем у слышащих, зависит от выразительности материала: они легче различают фигурный материал, поэтому и работают с ним лучше всего, хуже – буквы, поэтому работают медленнее и делают больше ошибок [2].

Мышление у глухих детей носит своеобразный характер, который обусловлен в большей мере спецификой их речевого развития. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность осуществлять мысленные действия с образами предметов.

У глухих детей наблюдается отставание в развитии наглядно-действенного мышления. Для девяти-десятилетних глухих детей характерно использование более элементарных способов действия, например, подражание образцу действия взрослого, копирование его. Глухие дети не владеют обобщенным способом действия, поэтому им требуется (согласно исследованию) в четыре раза больше времени.

При переходе на стадию наглядно-образного мышления трудности сохраняются: дети не могут отделить слово от действия, не владеют планированием, им не доступна классификация. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность

осуществлять мысленные действия с образами предметов.

В связи с более поздним и затяжным формированием наглядно-образного мышления позже развивается и словесно-логическое мышление. Глухие дети с большим трудом усваивают названия действий, например, смешивают глаголы, различающиеся только приставками; дают недостаточно полную характеристику действий, а иногда ограничиваются только описанием предмета, с которым производится действие.

В развитии анализа и синтеза у детей с нарушениями слуха также наблюдается отставание, так как их жизненный опыт менее разнообразен, позже формируется умение выделять как общие, так и специфические признаки объектов, для них характерно длительное использование общих терминов, а не специальных обозначений, анализ остается менее детализированным.

Речь. Глухие дети обычно гуляют в те же сроки, как и слышащие, но постепенно замолкают, и лепет у них не возникает, если взрослые специально его не вызывают.

Для глухих детей характерно недоразвитие обычной бытовой фразовой речи, которой слышащие дети, развивающиеся нормально, овладевают к 2 годам и значительно ее совершенствуют в среднем и старшем дошкольном возрасте.

Речь глухих детей 6-7 лет бедна по словарю, по способам высказывания. Поэтому у глухих детей наблюдается заметное снижение словесной памяти по сравнению с тем, что отмечается у их слышащих сверстников.

К семи годам, т.е. ко времени поступления в школу, глухие дети при благоприятных условиях обучения и развития овладевают речью настолько, что могут выражать свои мысли и желания, пользуясь простыми распространенными предложениями, содержащими помимо главных членов второстепенные – определения, дополнения и обстоятельства.

Тугоухость – стойкое понижение слуха, при котором возможны самостоятельное накопление минимального речевого запаса на основе сохранившихся остатков слуха, восприятие обращенной речи хотя бы на самом

близком расстоянии от ушной раковины [8].

К слабослышащим относятся дети с нарушением слуха, которые слышат звуки интенсивностью 20-50 дБ и более громкие (тугоухость первой степени) и интенсивностью 50-70 дБ и более (тугоухость второй степени) при достаточно большом диапазоне различении звуков по высоте (в среднем от 1000 до 4000 Гц).

По глубине нарушения слуха при тугоухости можно примерно выделить четыре степени – легкую, умеренную, значительную, тяжелую. К легкой степени тугоухости относят восприятие шепотной речи на расстоянии 3-8 м, а разговорной – 6-8 м. При умеренной степени тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 1-3 м, а разговорная – 4-6 м. При значительной степени тугоухости шепот слышен на расстоянии не далее 1 м от ушной раковины, а разговор средней громкости – 2-4 м. При тяжелой степени тугоухости различение шепотной речи возможно на расстоянии не далее 0,5 м, а разговорной – не более 2 м. При тугоухости у детей особенно важно учитывать не только степень снижения слуха, но и время, когда наступило это снижение.

Развитие психики слабослышащего ребенка часто протекает с отклонениями от обычной нормы. Плохой слух приводит, прежде всего, к нарушениям речевого развития. При поступлении в школу слабослышащие дети часто имеют недостатки произношения; ограниченный запас слов; недостаточное усвоение звукового состава слова, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании слов; неточное понимание и неправильное употребление слов, недостатки грамматического строя речи; ограниченное понимание устной речи; ограниченное понимание читаемого текста.

Очень медленно идет обогащение словарного запаса. Наиболее успешно запоминаются словесные обозначения людей, окружающих ребенка, домашних животных, названия основных предметов мебели, посуды, любимой еды, некоторых частей квартиры. Значительно труднее дети овладевают названиями

действий, даже самых распространенных, названиями цветов, отдельных частей и признаков предметов.

В речи слабослышащих не сразу появляются слова с приставками и суффиксами, дети затрудняются в понимании их значений, они лишь постепенно понимают, что каждое слово несет в себе ту или иную степень обобщения. При правильном понимании отношений между словами, более конкретными и более обобщенными по смыслу, у них начинает формироваться понятийное мышление.

На протяжении всего школьного обучения идет формирование фразовой речи, с правильной расстановкой слов в предложении, с правильным их согласованием и управлением, с использованием нужных окончаний. С трудом осваиваются навыки употребления наречий, союзов и особенно сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, выражающих целевые, причинно-следственные и другие логические зависимости.

Частичное восприятие речи таким ребенком нередко создает у окружающих неправильное представление о том, что ребенок может полностью понимать речь, а то, что ребенок не понимает смысла сказанного, иногда расценивается как интеллектуальная недостаточность.

Однако слабослышащий ребенок даже с тугоухостью второй степени к моменту поступления в школу может иметь развитую, грамматически и лексически правильную речь с небольшими ошибками в произношении отдельных слов или отдельных речевых звуков. Психическое развитие такого ребенка приближается к нормальному. И в то же время слабослышащий ребенок с тугоухостью всего лишь первой степени при неблагоприятных социально-педагогических условиях развития к 7-летнему возрасту может пользоваться только простым предложением или только отдельными словами, при этом речь его может изобиловать неточностями произношения, смещениями слов по значению и разнообразными нарушениями грамматического строя. У таких детей наблюдаются особенности во всем психическом развитии, приближающиеся к тем, которые характерны для

глухих детей.

Развитие наглядных форм познавательной деятельности протекает у слабослышащего ребенка более успешно, чем развитие речи и словесно-логического мышления. Однако, чем сложнее становятся наглядные задачи, которые следует решать ребенку, тем большие трудности он начинает испытывать при их решении и отставать в учебе.

При решении наглядных задач на дополнение рисунка до целого по принципу осевой симметрии и особенно при дополнении до целого на основе установления отношений между частями рисунка по принципу аналогии слабослышащие дети 7-8 лет испытывают заметно более значительные трудности, чем их слышащие сверстники. Для решения этих задач нужно производить развернутый анализ всех признаков и сравнивать их между собой. Такая мыслительная деятельность успешнее осуществляется, если в нее включается словесная внутренняя речь. К подростковому возрасту решение описанных задач становится более доступным для слабослышащих детей, что свидетельствует о развитии их наглядно-образного мышления и включении в деятельность речи [17].

Следующая группа детей с сенсорными нарушениями – слепые и слабовидящие.

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота зрения большинства людей, характеризующаяся способностью определять буквы и знаки десятой строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0 и рассматривается как нормальная. Исследуемый, определяющий на этом расстоянии буквы и знаки 5-й строки, имеет остроту зрения 0,5, а первой строки – 0,1.

Если острота зрения ниже 0,1, используется счет пальцев. Ребенок, сосчитавший раздвинутые пальцы руки на расстоянии 5 м, обладает остротой зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев рук на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04, на расстоянии 0,5 м – 0,01, а на расстоянии 30 см – 0,005.

Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, видит только свет, равна светоощущению. Если он не может отличать света от темноты, острота зрения равна нулю.

Принимая за основу степень нарушения зрительной функции, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

1. Слепые – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04). Различают разные степени потери зрения:

– абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличие);

– практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры и силуэты.

2. Слабовидящие – дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4. Главное отличие слепых детей от слабовидящих в том, что зрение остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе, как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не заменяют зрительных функций, как это происходит у слепых. Слабовидение все же оказывает заметное влияние на психологическое развитие ребенка: замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции, ограничены движения. Эта категория детей отличается особенностями поведения: они агрессивны и раздражительны, замкнуты. Такие особенности объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками. Слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

В зависимости от времени появления дефекта выделяют две категории детей: слепорожденные и ослепшие.

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

зрительной системы. Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Ослепшие с рождения осторожны и предусмотрительны, тревожно заботливы, неуверены в себе, боязливы, полны сомнений и предчувствий, нервозны, легко падают духом, пессимистичны. Они утомляемы и ранимы, вследствие чего сильно нуждаются в одобрении и поддержке, излишне чувствительны к неодобрению и критике. Такие люди с трудом приспосабливаются к изменениям в привычном распорядке, предпочитают не выделяться и не проявлять особой активности или инициативы. Ослепшие с рождения застенчивы, недоверчивы, могут вступить в отношения с незнакомыми людьми только при наличии надежных гарантий принятия. Субъективно оценивают себя как людей утомляемых, слабых, хрупких и уязвимых для негативного влияния среды [6].

2. Ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Приобретенная слепота обычно бывает следствием заболевания: органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

Люди, потерявшие зрение в процессе жизни, легче адаптируются к окружающей среде, нежели люди, не видящие с рождения. Слепые не с рождения более терпимы, стремятся к сотрудничеству и кооперации. У них сильнее выражены такие качества, как самостоятельность, собранность, уверенность в себе. Они более активно ставят перед собой цели и с большей вероятностью добиваются их.

Так же, как и дети с нарушениями слуха, слепые и ослепшие дети обладают определенными особенностями развития психики.

Двигательная сфера. Примерно до двух-трехмесячного возраста психическое развитие детей с нарушением зрения мало отличается от

психического развития нормально видящих детей. Они реагируют на пеленание, перевертывание, речь матери, на позу кормления.

В четыре-пять месяцев ребенок с нарушением зрения отстает в развитии моторики, в развитии координации рук. Из-за зрительного дефекта (не видит предмета) у него не возникает потребности протягивать руки за предметом, чтобы его схватить. Это уменьшает психическую активность малыша.

Детям с нарушением зрения свойственно отставание в формировании вертикального положения тела и самостоятельного передвижения, затруднения в формировании ходьбы, боязнь нового пространства, новых предметов.

Развитие двигательных умений и осязания формируется у этих детей замедленно, поэтому возникает сложность дифференциации звуков. Только к пяти месяцам слепой ребенок научается выделять и дифференцировать звуковые признаки предметов, устанавливать связь между предметом и звуком, который он производит.

Развитие предметной деятельности заторможено. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у слепых после двух лет.

В дошкольном возрасте слепому приходится овладевать предметной деятельностью, основными движениями своего тела, мелкими движениями рук, ориентировкой в ограниченном пространстве, т.е. такими видами деятельности, которыми зрячий ребенок овладел ранее.

Внимание. Практически все качества внимания, такие, как его активность, направленность, широта (объем, распределение), возможность переключения, интенсивность, или сосредоточенность, устойчивость оказываются под влиянием нарушения зрения, но способны к высокому развитию, достигая, а порой и превышая уровень развития этих качеств у зрячих. Ограниченность внешних впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование качеств внимания. Замедленность процесса восприятия, осуществляемого с помощью осязания или нарушенного зрительного анализатора, сказывается на темпе переключения внимания и

проявляется в неполноте и фрагментарности образов, в снижении объема и устойчивости внимания.

Память. Нарушения зрения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности слепых и слабовидящих детей, что находит свое отражение и в развитии, и в функционировании мнемических процессов. Слепым и слабовидящим приходится запоминать и держать в своей памяти материалы, которые не требуется помнить зрячему. Процесс заучивания как бессмысленных слогов, так слов и стихотворений у слепых осуществляется быстрее, чем у зрячих, что связано с более сосредоточенным вниманием к выполняемой деятельности и умением слепых соотносить воспринимаемый материал с практическим опытом.

Объем памяти у слепых по сравнению со зрячими увеличен на 0,7 для слов, обозначающих зрительные образы, и на 0,9 для слов, обозначающих осязательные образы. Есть мнение, что слепым свойствен больший, чем у зрячих, объем памяти. Однако большой объем материала, хранящегося в памяти, недостаточно организован и слабо систематизирован. Для слепых и слабовидящих характерно также недостаточное осмысление запоминаемого наглядного материала. Трудности классификации, сравнения, анализа и синтеза, связанные с нечетко воспринимаемыми качествами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных качеств, приводят к недостаточности логической памяти. Вместе с тем запоминание логически связанных стимулов у этих детей, как и в норме, более эффективно, нежели материала, не объединенного смысловыми связями. Слепые лучше запоминают и воспроизводят фигуры, имеющие более четкие и завершенные геометрические формы.

Исследование соотношения зрительной, слуховой и осязательной памяти у слепых, частично видящих и слабовидящих выявило слабую сохранность зрительных мнемических образов у слабовидящих. Зрительные предметные представления скорее, чем у нормально видящих, теряют дифференцированность, становятся схематичными и фрагментарными. Это

свидетельствует о более быстром распаде зрительных образов и значительном снижении объема долговременной памяти. Кратковременный и долговременный объем осязательной памяти у слепых и частично видящих школьников, как и слуховой памяти, оказывается высоким.

Мышление. Функции мышления при слепоте, в принципе, те же, что и у нормально видящих людей. У слепых недостаточно развита аналитико-синтетическая деятельность, что проявляется в низком уровне дифференцированности представлений, формализме суждений, затруднении при вычленении характерных свойств и связей предметов и явлений [11].

Наиболее характерной особенностью мышления детей с глубокими нарушениями зрения признана дивергенция, расхождение двух взаимообуславливающих сторон отражения действительности – чувственного и логического. Это в ряде случаев может приводить к формальному типу мышления, т. е. к трудностям в обобщении, классификации и систематизации предметного мира [3].

Речь. Важную роль как средство общения для детей с нарушенным слухом играет речь. Чтобы привлечь внимание или получить желаемое, такой ребенок использует вокализации, слоги и слова. В 1,5-2 года речь для ребенка с нарушенным зрением служит основным средством общения со взрослыми.

Уровень спонтанной речи у дошкольников с нарушением зрения значительно ниже нормы. У этих детей наиболее типичны системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, и их значительно больше, чем у их зрячих сверстников. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе, эхоталии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения – мимики, пантомимики, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам,

используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании речи зрячего и на выразительности речи слепого и слабовидящего.

Деятельность. Игровая деятельность дошкольника с нарушенным зрением носит специфический характер. Глубокое нарушение или ограничение функции зрительного анализатора создают трудности при овладении всеми структурными компонентами игровой деятельности: у детей отмечается бедность сюжета, содержания игры, схематизм игровых и практических действий [16]. Игровые действия протекают у них как манипуляции с предметами и игрушками, в однообразных повторяющихся движениях и словесных описаниях своих действий.

В учебной деятельности у слепых дошкольников наблюдаются те же закономерности, что и у зрячих детей. Их специфика заключается в способах выполнения этой деятельности. Это осязательное восприятие материала, закрепление образов в представлениях памяти, оперирование ими в умственном плане требуют увеличения времени и обучения детей работать «по правилу».

Формирование учебной деятельности у слепых и слабовидящих младших школьников является длительным и сложным процессом. Основа этого процесса – формирование готовности сознательно и преднамеренно овладевать знаниями. На начальном этапе учение еще неосознанный процесс, обслуживающий нужды других видов деятельности (игра, продуктивная деятельность), и их мотивация переносится на усвоение знаний. Учение на первых этапах имеет неучебную мотивацию. Когда слепой ребенок начинает действовать из интереса к новым формам умственной деятельности и у него появляется активное отношение к объектам изучения, это говорит о возникновении элементарных познавательных и учебных мотивов. У детей возникает особая чувствительность к оценке результатов учения, исправлению своих ошибок, желание решать «трудные» задачи.

2.3. Психологические особенности детей с церебральным параличом

Наиболее распространенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата является **детский церебральный паралич (ДЦП)** – заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями: параличами, слабостью мышц, нарушением координации, произвольными движениями. При детском церебральном параличе поражение двигательных и ряда других центров головного мозга отражается на активности мышц конечностей, головы, шеи или туловища.

Выраженность заболевания зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности.

Могут наблюдаться эпилептические припадки, задержка психического развития, трудности восприятия и обучения. Иногда нарушаются зрение, слух, речь, интеллект.

В 1974 г. К.А. Семенова разработала классификацию ДЦП, которой пользуются до сих пор [14].

1. Спастическая диплегия – прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Дети этой группы способны самостоятельно передвигаться, однако чаще они нуждаются в подручных средствах передвижения (костыли, коляски и др.). Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук, которые у них поражены в меньшей степени, чем ноги.

Нарушения интеллектуального развития часто незначительны, и многие из таких детей могут обучаться в массовой школе.

2. Двойная гемиплегия. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии – преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексы совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается [10].

Интеллектуальное развитие таких детей на уровне умственной отсталости, чаще всего умеренной, тяжелой и глубокой степени.

3. Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария возникает патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

4. Гиперкинетическая форма. При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2-4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучаются самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе.

5. Атонически-астатическая форма. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений). Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений для сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук

затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма [10].

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести: умственная отсталость в легкой, умеренной, тяжелой степени.

Психическое развитие детей с ДЦП разнообразно и специфично одновременно. Все зависит от времени, степени и зоны повреждения головного мозга и различных двигательных, речевых и сенсорных дефектов.

Восприятие. У многих детей с ДЦП отмечается патология зрительного анализатора: косоглазие, атрофия зрительного нерва, ограничение полей зрения, миопия. Эти особенности в совокупности с двигательными нарушениями приводят к специфическому, неполноценному, искаженному восприятию предметов и явлений.

У детей, страдающих церебральным параличом, в возрасте одного-двух лет отсутствует активность зрительного восприятия: они не отыскивают глазами удаленный или упавший предмет, не рассматривают игрушку, не оглядываются по сторонам в новой обстановке. Отсутствие или недостаточность практической деятельности отмечается у большинства детей, что в ряде случаев объясняется ограниченностью возможностей зрительного восприятия, недоразвитием зрительно-моторной координации или ориентировочно-познавательной деятельности в целом.

Дети с ДЦП имеют проблемы со слуховым анализатором, что приводит к недостаточности слухового восприятия. В раннем возрасте они с трудом локализируют направление звука или, хорошо реагируя на обычные звуки, не обращают внимания на речь. В этот период у них не формируется первичное понимание речи: они не смотрят на обращающегося к ним взрослого, не прислушиваются к его голосу, не реагируют на свое имя, на смену интонации, голоса [11].

Внимание. Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся

вялыми и раздражительными. По мнению Н.В. Симоновой, нарушения внимания могут быть связаны с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом. Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Отмечаются трудности в переключении внимания на другие виды деятельности, недостаточность концентрации, застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности. Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта – сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации

Память. У детей с ДЦП имеются недостатки образной памяти. В силу дефектов анализаторов у них возникает невозможность последовательного зрительно-осознательного восприятия, и это приводит к тому, что образ отличается фрагментарностью, нечеткостью, искаженностью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру и другие особенности. Таким же он и «закладывается» в память. Двигательная память, т. е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП. У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т. е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень

развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении [15].

Мышление. Встречаются характерные трудности в усвоении счетных операций и оценке отдельных цифр при их зрительном восприятии в процессе опознания и написания.

На начальных этапах обучения наиболее выражены недостатки операциональной стороны мыслительной деятельности, отстает формирование понятийного, абстрактного мышления.

Недостаточно сформированы наглядно-действенное и образное мышление, что в свою очередь ведет к отставанию словесно-логического мышления. Часто отмечается ограниченное, конкретное или искаженное понимание отдельных слов.

Отсутствие полноценно предметно-практической и игровой деятельности тормозит развитие обобщенного мышления и общей стратегии познания окружающей.

Особенности мышления у детей с церебральным параличом обнаруживаются наиболее явно при выполнении заданий, требующих интеллектуальных процессов симультанного характера, т. е. целостной интеллектуальной деятельности, основанной на взаимодействии анализаторных систем и симультанном синтезе.

У этих детей имеют место специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе как коммуникативной, так и предметно-практической деятельности.

Характерной особенностью мышления является также нарушенная динамика мыслительных процессов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, а в ряде случаев и более выраженная инертность. Частым нарушением является и недостаточная последовательность мышления, иногда со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям.

Отличительной особенностью мыслительных процессов детей с церебральным параличом выступает взаимосвязь недостаточности как содержательной, так и организационной сторон мышления. Известно, что для развития организационной стороны мышления необходима сформированность операций планирования и самоконтроля, а также определенный запас знаний и умений. У детей с церебральным параличом без специального обучения эти предпосылки не развиваются [17].

Речь. 80 % детей с церебральным параличом имеют речевые нарушения. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями. Нарушения артикуляционной моторики (вследствие повышения или понижения тонуса мышц языка) задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизводительной стороны речи.

Доречевой период ребенка с ДЦП отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка и затягивается на 2-3 года. При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

Почти у всех детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложения, речь долго остается неразборчивой. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже – простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные

однословные ответы). Дошкольники с ДЦП 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 усваивают лексическое значение слова (при многозначности слова вычлениют в нем только конкретное значение, не понимая его контекстного смысла; путают значения слов, совпадающих по звучанию) [5].

При ДЦП встречаются такие формы нарушения речи, как:

- дизартрия – нарушения произносительной стороны из-за патологической иннервации мышц;
- алалия – системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон;
- дислексия – существенные трудности в овладении чтением;
- дисграфия – нарушения формирования письменной речи;
- невротическое и неврозоподобное заикание;
- нарушение речи по типу мутизма.

Эмоционально-волевая сфера. Разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей проявляется в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других, наоборот, – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста. Эти проявления усиливаются в новой для

ребенка обстановке. У некоторых детей наблюдается состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающему [13].

В дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам.

Деятельность. По уровню сформированности игровой деятельности группа детей с ДЦП не является однородной. Среди больных с церебральными параличами есть группа детей с аномалиями в развитии поведения. Эмоциональное состояние этих детей выражается или в повышенной возбудимости, эйфории, хаотичности всей деятельности, импульсивности, или в подавленности настроения, аспонтанности, общей заторможенности. Даже в случаях более легкой, чем у многих, неврологической симптоматики, при относительно благоприятном фоне состояния двигательной сферы и речи, особенно ярко выступает глубокое нарушение поведения. Данная категория детей характеризуется отсутствием игрового процесса и предметной деятельности. Многие дети не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Свою «игру» дети чаще всего не сопровождают речью. Формирование игровой деятельности детей с ДЦП происходит по тому же сценарию, что и у детей в норме, только с некоторым отставанием по времени. Если охарактеризовать игру детей в самом общем плане, то ей свойственны однообразие, отсутствие творчества, бедность воображения, недостаточная эмоциональность, низкая по сравнению с наблюдаемой в норме активность детей. Сюжетная игра, которая у нормально развивающихся детей к шести годам достигает вершины своего развития, у детей рассматриваемой категории отличается отсутствием развернутого сюжета, недостаточной координированностью действий участников, нечетким разделением ролей и столь же нечетким соблюдением игровых правил. Игровые действия детей бедны и невыразительны, что является следствием схематичности, недостаточности представлений детей о реальной действительности и действиях взрослых [7].

Вопросы для самоконтроля

1. Какие степени умственной отсталости выделяют в МКБ-11? Определите их общие характеристики.
2. Что понимается под ЗПР? Обозначьте основные отличия этого нарушения от умственной отсталости.
3. Охарактеризуйте психическое развитие детей с нарушениями слуха.
4. Опишите особенности психического развития детей с нарушениями зрения.
5. Охарактеризуйте детей с ДЦП, основываясь на классификации, предложенной К.А. Семеновой.
6. Охарактеризуйте нарушения в интеллектуальной сфере, встречающиеся у детей с ДЦП.

Список литературы к главе 2

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевого период). – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М.: Академия, 2002. – 203 с.
3. Волкова И.П., Быкова Е.Б. Изучение дивергентного мышления слабовидящих школьников // Специальное образование. – 2014. – № 4. – С.17-23.
4. Гаджимагомедова Т.Г. Проблемы познавательной деятельности детей с ЗПР // Сибирский педагогический журнал. – 2007. – № 13. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-poznavatelnoy-deyatelnosti-detey-s-zpr>.
5. Голованова Е.В. Особенности речевого развития детей с церебральным параличом. – URL: <http://www.liveinternet.ru/users/5228952/post269595705>.
6. Дороднев А.Б., Алмаев Н.А. Особенности характера у инвалидов по зрению и их связь с речевым поведением // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2008. – Т. 5. – № 1 – С. 157-164.
7. Кононова Н.Г. Коррекция нарушенных функций у детей с церебральным параличом средствами музыки. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 319 с.

8. Кошелева Е.А. Психологические особенности глухих и слабослышающих людей и их проявления в общении // Известия Самарского научного центра РАН. – 2012. – Т.14. – № 2(3). – С. 672-675.
9. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. – 2006. – № 3. – С.15-27.
10. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с.
11. Литвак А.Г. Психология слепых. – СПб.: КАРО, 2006. – 336 с.
12. Петрова В.Г. Психология умственно отсталых школьников. – М.: Академия, 2002. – 160 с.
13. Приходько О.Г. Особенности познавательного развития детей раннего возраста с церебральным параличом // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2009. – №1. – С. 169-173.
14. Семенова К.А. Классификация ДЦП. – URL: <http://psyvision.ru/help/psikhologiya/33-psyvosr/290-dzpsemtнова>
15. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003. – 155 с.
16. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: Полиграф сервис, 2000. – 250 с.
17. Специальная психология: В 2 т. Т.1. / отв. ред. В. И. Лубовский. – М.: Юрайт, 2016. – 428 с.

Глава 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

3.1. Основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ

Методология и основополагающие идеи построения системы инклюзивного образования в условиях обучения детей с ОВЗ базируются на принципах:

- адаптивности системы образования;
- доступности с учетом особенностей физического, психического и интеллектуального развития и подготовки детей;
- открытости и непрерывности;
- правового обеспечения данной системы;
- формирования общественного сознания и толерантного отношения к разным детям;
- здоровьесбережения и создания здоровьесберегающей среды;
- социальной интеграции детей [2].

Принцип адаптивности и доступности системы образования с учетом особенностей физического, психического и интеллектуального развития и подготовки учащихся и воспитанников закреплен в Законе «Об образовании в российской Федерации». Например, в ст. 2 п. 28 дается такое понятие: «Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизиологического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц». Одновременно в Законе подчеркивается значение индивидуальных учебных планов, что подтверждено ст. 34 п. 1.3: «Обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной

программы в порядке, установленном локальными нормативными актами. Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации».

Принцип доступности учитывает особенности социального и физического здоровья разных групп детей. К таким детям относят детей-инвалидов, детей с диагнозом умственной отсталости, детей с нарушением слуха и зрения, недоразвитостью речи, детей с аутизмом, детей с комбинированными нарушениями в развитии. Модернизация российского образования предопределяет приоритеты образовательной политики в области специальной (коррекционной) педагогики в виде постепенной интеграции и дальнейшей социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Приоритетным является изменение общественного сознания, отношения общества к таким людям, а также опора на парадигму специального образования, когда принцип «социальной полезности» заменяется самоактуализацией, саморазвитием, самосовершенствованием детей с ограниченными возможностями здоровья.

Как подчеркивает Е.Е. Буренина, в общественном сознании важно сформировать позитивные взгляды об организации инклюзивного образования, выражающиеся в том, что такое образование реализует актуальные социокультурные функции:

- сопровождается процессом увеличения степени участия каждого отдельного учащегося в академической и социальной жизни школы, процессом снижения степени изоляции учащихся;

- призывает к реструктуризации культуры школы, чтобы создать условия для развития личности каждого ученика с учетом его особенностей и потребностей;

- непосредственно касается всех учеников школы, а не только особенно уязвимых категорий, таких как дети с ОВЗ;

– ориентирована на совершенствование школы не только для учеников, но и для учителей и её работников;

– подразумевает наличие тесных отношений между образовательными организациями и социумом.

Принцип здоровьесбережения предусматривает право выбора образовательного маршрута для лиц с ОВЗ для включения в образовательную среду. С каждым годом увеличивается число школьников, имеющих ограниченные возможности здоровья. Родителям (законным представителям) предоставлено право после консультирования специалистами городской психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) принять решение о выборе ОУ и формы интеграции от полной и постоянной до минимальной и эпизодической. Первым идею интегрированного обучения и воспитания высказал Л.С. Выготский, который подчеркивал, что широчайшая ориентировка на нормальных детей должна служить исходной точкой нашего пересмотра специальной педагогики. Никто не вздумает отрицать необходимость специальной педагогики. Но эти специальные знания нужно подчинить общему воспитанию, общей выучке. Специальная педагогика должна быть растворена в общей деятельности ребенка.

Социальная интеграция предполагает инклюзии социальную и образовательную, взаимодополняемые и взаимозависимые друг от друга. Инклюзивное образование предоставляет возможности всем детям в полном объеме участвовать в жизни коллектива образовательного учреждения, при этом все воспитанники должны быть обеспечены поддержкой, позволяющей им добиваться успехов, ощущать ценность совместного пребывания и реабилитации. Российская модель инклюзии базируется на позициях Л.С. Выготского. Согласно его взглядам, социальная среда имеет первостепенное значение для развития ребенка с ОВЗ. Все дети должны быть с самого начала включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства; задача инклюзивной школы – построить систему, которая удовлетворяет потребности каждого; в инклюзивных школах все дети, а не

только с инвалидностью, обеспечиваются поддержкой, которая позволяет им добиваться успехов, ощущать безопасность, ценность совместного пребывания в коллективе. Инклюзивные школы нацелены во многом на иные образовательные достижения, чем те, что чаще всего признаются обычным образованием.

Принцип открытости и непрерывности в инклюзии означает сопровождение обучаемых по ступеням образования – дошкольное образование, начальная школа, основная и старшая школа, профессиональное обучение (среднее и высшее), неформальное обучение взрослых. В дошкольном учреждении и начальной школе – это определение готовности детей с ОВЗ к обучению и адаптации к школе, развитие познавательной активности и учебной мотивации, самостоятельности и самоорганизации. В основной школе – сопровождение перехода в основную школу, адаптация к новым условиям обучения, профилактика неврозов, девиантного поведения, помощь в построении конструктивных отношений с окружающими. В старшей школе – помощь в профильной ориентации и профессиональном самоопределении, развитии психосоциальной компетентности. В результате все выпускники данной категории находят свое место в жизни, поступают в училища и техникумы, где получают образование и становятся специалистами в той или иной области. Все эти принципы, как показал эксперимент, наиболее успешно реализуются в модели образовательной организации инклюзивного образования смешанного типа. Деятельность такой организации направлена на преодоление тех противоречий, которые существуют в реальной практике организации работы с детьми с ОВЗ. Во-первых, как подчеркивается в современных исследованиях, существует недооценка сложившейся модели коррекционного образования, связанного с гибким учетом медицинских, психологических, образовательных особенностей детей. В то же время эта коррекционная система не должна создавать определенную изоляцию детей в период обучения от обычной образовательной среды, что в значительной степени вызывает затруднения и в социальной жизни, во многом препятствует

становлению человека с ограниченными возможностями здоровья в повседневных жизненных, бытовых, профессиональных ситуациях. В то же время включение детей с ОВЗ в инклюзивный процесс без предварительной подготовки и адаптации создает определенные сложности в их взаимоотношениях со сверстниками и содержит те смыслы и ценности, которые предусматривает идеология инклюзивного образования. В соответствии с этим становится актуальным проектирование различных моделей инклюзивного образования.

К основным организационно-педагогическим условиям проектирования модели инклюзивного образования смешанного типа относится **базовый (подготовительный) уровень** инклюзивного образования и воспитания в рамках специальных адаптированных программ. На этом базовом уровне решаются следующие задачи:

- комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка при прямом контакте и по наблюдению;
- изучение ситуации в семье;
- координация работы с семьей;
- составление коррекционно-развивающей программы;
- составление плана включения ребенка в среду сверстников;
- социально-бытовая ориентировка;
- преодоление проблем познавательного и речевого развития;
- формирование у родителей реалистического видения сценария жизни ребенка с ОВЗ, определяющего взвешенный выбор образовательного маршрута;
- изучение школьных программ и методик, особенностей организации школьного обучения;
- корректировка индивидуальной коррекционно-развивающей программы.

В проектируемой модели важнейшим составным компонентом является реализация уровня **внеурочной инклюзии**. Этот уровень предполагает включение детей с ОВЗ, имеющих базовую подготовку, в широкий спектр внеурочной деятельности с развивающими формами организации учебного процесса. Говоря о внеурочной досуговой деятельности детей, необходимо отметить, что это основной деятельностный ресурс для реализации нашей модели. Эта деятельность в самой значительной степени позволяет обеспечить осознание ребенком возможности быть значимым и успешным. Наличие в такой школе разнонаправленных внеурочных объединений, постоянная, а иногда даже раздражающая конкурентов по конкурсному движению активность наших спортивных команд и творческих коллективов демонстрируют готовность детей доказать свою состоятельность, с одной стороны, и высокий уровень их социализации – с другой.

Уровень **сетевой инклюзии**. Этот уровень реализуется путем выхода детей в открытую социально-культурную среду на основе внедрения идей сетевого взаимодействия. Сетевое взаимодействие внутри районной системы образования для школы смешанного типа – это фактически один из основных жизнеобеспечивающих процессов. Помимо коррекционных школ района и Центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи, с которыми необходимо выстроить долгосрочное и плодотворное сотрудничество, проектируется система активного сотрудничества с общеобразовательными школами и дошкольными учреждениями. Сетевая инклюзия распространяется также на международный уровень в виде совместных с учреждениями образования района и города международных проектов. Например, опыт построения модели Центра прикладных квалификаций интересен коллегам из Германии. Кроме представителей власти, Уполномоченного по правам ребенка, депутатов разных уровней, на этом уровне инклюзии происходит взаимодействие с общественными организациями, социально-ответственными предприятиями и предпринимателями, волонтерами. Выстраивание взаимодействия исключительно на основе потребительского отношения ко

второй стороне не только неприемлемо с моральной точки зрения, но на текущий момент уже и неэффективно. Данное взаимодействие способствует преодолению устоявшегося в обществе снисходительного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья и сиротам.

Сетевые партнеры выступают в качестве участников реализуемых совместных проектов и видят реальный результат своего участия. Например, в эксперименте был реализован проект «Юный предприниматель» – бизнес-инкубатор для детей, которые, выйдя из школы, должны уметь не только читать и писать, но из-за отсутствия родителей должны будут заработать себе на жизнь, адаптироваться к реалиям взрослой жизни. Второй проект – «Интегрированное обучение особых детей» – представлен совместно с общественной организацией «Аревик», базирующейся на территории Приморского района, что дало возможность родителям тяжелобольных детей с множественными нарушениями обеспечить их обучение в специально созданной, комфортной для них, систематически меняющейся обстановке. Апробированы также социально-педагогические проекты «Петербургские родители», «Детская православная миссия», «Фонд помощи детям, чьи родители погибли при исполнении служебного долга «Воин».

Активное взаимодействие в рамках этих проектов в значительной мере способствовало патриотическому и духовно-нравственному воспитанию детей. Субъекты взаимодействия имеют различный характер, имидж и масштаб деятельности. В рамках проектов с нами взаимодействовали такие организации, как «Строительный трест», сеть магазинов «Детский мир», оказывающие активную помощь, направленную на совершенствование материально-технической базы учреждения. Важно отметить, что все эти партнеры – члены попечительского совета, существующего как юридическое лицо и не являющегося исключительно источником материальных ценностей. В проектируемой модели наряду с указанными уровнями инклюзии – базовым (специально-коррекционным), внеурочным и сетевым – предполагается исследовать с позиций непрерывного образования уровень профессиональной

инклюзии. Это будет способствовать жизненной и профессиональной адаптации людей с ОВЗ, их активному профессиональному и социокультурному развитию.

Необходимость различных форм психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования обуславливается особенностями их познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, отклонениями в поведении. Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют низкую познавательную активность, недостаточную сформированность мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер, отставание либо нарушение речевого развития, несформированность коммуникативных навыков и другие отклонения в развитии. Эти особенности психического развития могут встречаться у детей в разных комбинациях и степени выраженности, что предопределяет индивидуальный характер процесса их психолого-педагогического сопровождения в условиях инклюзивного образования.

Наиболее важные направления работы психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ:

1. Профилактическое направление. Профилактика – это одно из основных направлений деятельности службы психолого-педагогического сопровождения школы, которое позволяет предупредить вторичные отклонения в развитии и трудности обучения на начальном этапе путем создания для обучающегося доступных условий для осуществления содержательной деятельности, способствующей его психическому развитию.

Для подросткового возраста актуальны проблемы возникновения вредных привычек и наклонностей (курение, алкоголизм, наркомания, асоциальное поведение и др.). Основа профилактики этих явлений — формирование установок на ведение здорового образа жизни, навыков противостояния негативному влиянию, вовлечение в практическую деятельность здоровьесберегающего характера.

2. Диагностическое направление. Диагностическое направление ставит целью прогноз возможных трудностей обучения на начальном этапе, определение их причин и механизмов разрешения уже возникших проблем. При этом используется широкий спектр методов: тестирование, наблюдение, беседа, анализ продуктов разных видов деятельности подростка, документации, представленной образовательным учреждением, в контингент которого входит ученик. При оценке результатов диагностики необходимо ориентироваться на потенциальные возможности ребенка, т. е. оценивать не только уровень актуального развития, но и зону ближайшего развития. Диагностический консилиум в конце года определяет уровень развития ребенка, динамику познавательной деятельности, результативность обучения. Кроме того, каждый из специалистов проводит регулярный мониторинг реализации коррекционно-образовательного процесса (групповой и индивидуальный). На основании диагностики составляется индивидуальная образовательная программа и индивидуальный коррекционно-образовательный маршрут ученика.

3. Консультативное направление. Психолого-педагогическое консультирование — важный вид практической работы, ориентированный на подростков и старшеклассников. Консультирование может иметь различное содержание, касаться как проблем профессионального или личностного самоопределения школьника, так и различных аспектов его взаимоотношений с окружающими людьми. В рамках консультирования могут быть решены следующие задачи:

- оказание помощи подросткам и старшеклассникам, испытывающим трудности в обучении, общении или психическом самочувствии;
- обучение подростков и старшеклассников навыкам самопознания, самораскрытия и самоанализа, использования своих психологических особенностей и возможностей для успешного обучения и развития;
- оказание психологической помощи и поддержки школьникам, находящимся в состоянии актуального стресса, конфликта, сильного

эмоционального переживания. С учетом этого консультирование делится на индивидуальное и групповое.

Индивидуальное консультирование – оказание помощи и создание условий для развития личности, способности выбирать и действовать по собственному усмотрению, обучаться новому поведению. Групповое консультирование – информирование всех участников образовательного процесса по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для данной категории детей с целью создания адаптивной среды, позволяющей обеспечить полноценную интеграцию и личностную самореализацию в образовательном учреждении.

4. Коррекционное и развивающее направления. Эти два направления целесообразно рассматривать вместе, так как оба являются частью образовательного процесса. Обучение, воспитание и развитие детей с ОВЗ носит коррекционную направленность, при этом коррекционная работа связана с исправлением отклонений, а развивающая – с раскрытием потенциальных возможностей ребенка, совершенствованием физических и психических функций. Направления коррекционно-развивающей работы разнообразны: сенсомоторное развитие; формирование пространственно-временных отношений, формирование соответствующих возрасту общеинтеллектуальных умений; развитие наглядных и словесных форм мышления, нормализация ведущей деятельности возраста; развитие связной речи; готовность к восприятию учебного материала, формирование необходимых для усвоения программного материала умений и навыков. Эффективность результатов обеспечивается тесным взаимодействием педагогов школы, специалистов службы сопровождения, родителей. По результатам диагностики, рекомендаций всех специалистов службы сопровождения составляется комплексная коррекционно-образовательная программа ученика и индивидуальный коррекционно-образовательный маршрут, который определяет все виды коррекционной помощи, ее пути и сроки, расписание занятий. Оценка результативности проводится на основе

систематического психолого-педагогического наблюдения за учеником в ходе учебной и других видов деятельности. Коррекционно-развивающая работа в условиях инклюзивного образования предполагает, наряду с коррекцией психических функций и познавательного развития, интенсивное накопление социального опыта, развитие коммуникативных умений и навыков как вербального, так и невербального характера, необходимых ребенку с ОВЗ для выстраивания межличностного общения в среде нормально развивающихся сверстников и взрослого окружения. Формирование коммуникативных умений осуществляется на предметных уроках, коррекционных занятиях, внеклассной работе (классные часы, кружковая работа, досугово-развлекательная и добровольная социальная деятельность). Однако особое значение имеет специально организованная внеурочная деятельность по развитию коммуникативных навыков (факультативы «Учимся общаться», «Уроки общения», клубы общения и др.). Использование в ней таких интерактивных форм обучения, как игры, тренинги, в том числе и специальный тренинг жизненного успеха [3], моделирование ситуаций, презентация продуктов творческой деятельности, будет способствовать удовлетворению интересов детей в неформальном общении, позволит овладеть информацией о себе, чертах своего характера, способностях, формировать опыт взаимодействия с людьми.

5. Просветительское направление. Психолого-педагогическое просвещение в системе инклюзивного образования направлено на формирование адекватного отношения общества к людям с ОВЗ, гуманного отношения к ним, признание их прав и свобод. Информирование родителей о специфике организации инклюзивного образования, консультации по вопросам родительского участия и помощи в процессе совместного обучения детей разных категорий, рекомендации по выстраиванию правильных взаимоотношений в семье – важная часть взаимодействия школы и семьи.

Психолого-педагогическое просвещение ставит целью формирование потребности в психологических знаниях у учащихся, педагогов, родителей,

желания использовать их в интересах личностного развития воспитанников и собственного развития, своевременное предупреждение возможных нарушений в развитии.

6. Профориентационное направление. Концепция системы профессионального образования лиц с ОВЗ в России XXI в. базируется на представлении о том, что профессиональное образование выступает важнейшим фактором их социальной реабилитации (В.З. Кантор, С.С. Лебедева, А.Г. Станевский, Е.М. Старобина, О.А. Степанова и др.). Процесс профессиональной ориентации неразрывно связан с психолого-педагогической, социальной, коррекционной, медицинской поддержкой обучающихся. Она включает изучение особенностей развития и образовательных потребностей обучающихся, динамическое наблюдение за их продвижением в образовательном процессе, формирование мотивированных профессиональных намерений, установление соответствия индивидуальных психологических и личностных особенностей специфическим требованиям той или иной профессии. Профориентационная работа с детьми с ОВЗ в условиях инклюзии не является пока организационно целостной, эффективно действующей системой. Она находится в стадии поиска новых моделей, технологий, ресурсного обеспечения. Расширение круга агентов социализации, лиц, добившихся значительных результатов на жизненном пути, несмотря на ограниченные возможности здоровья (параолимпийские чемпионы, деятели культуры, искусства), объединения детей-инвалидов (сайты, интернет-сообщества, сетевые ассоциации и др.) создают дополнительные условия для показа возможностей получения профессии, запросов рынка труда и т.д. Именно поэтому специалисты психолого-педагогического сопровождения должны не только владеть методиками диагностики, консультирования, коррекции, но и обладать способностями к системному анализу проблемных ситуаций, программированию и планированию деятельности, направленной на организацию в этих целях всех участников образовательного процесса

(ребенок, родители, педагоги, психологи, медицинский персонал, администрация и др.).

3.2. Педагогические технологии инклюзивного обучения

Представим некоторые педагогические технологии, использование которых имеет положительный ресурс в осуществлении идей инклюзивного обучения в практике отечественной школы.

Технология инклюзивного обучения, построенная на основе идей методики Ривина. Педагогическая деятельность А.Г. Ривина приходится на первую треть XX в. Учителем в Украине, организовал обучение детей разного возраста и разного уровня развития. Подробное описание методики, разработанной А.Г. Ривиним, дается в работах М.А. Мкртчян, М. Эпштейн. Методика Ривина предназначена для изучения учащимися научных, учебных, художественных текстов в ходе занятий, построенных по принципу парной работы и работы в группе.

Каждый учащийся получает свой текст и прорабатывает его по абзацам в парах сменного состава. При освоении содержания текста учащимся разрабатывается подробнейший план, который складывается из заглавий абзацев (частей) текста. При работе над текстом учащийся может пользоваться необходимым учебным оборудованием, картами, пособиями, словарями, выполняя те или иные предписания текстов. Организационной формой работы над текстом является работа в парах. Каждый абзац текста прорабатывается учащимся с разными напарниками. Для работы над первым абзацем учащийся выбирает себе напарника, после совместного обсуждения идеи абзаца и его обозначения, сделанного в тетрадях, он помогает своему товарищу разобраться в его абзаце, озаглавить и записать название в тетрадь. После этого для проработки своего второго абзаца учащийся ищет нового напарника, рассказывает ему содержание первого абзаца, далее с ним читает, обсуждает, выясняет содержание второго абзаца, озаглавливает и пишет название в

тетрадь. Таким же образом он прослушивает своего напарника и помогает ему разобраться в его абзаце, озаглавить его и записать название в тетрадь. По завершению работы над текстом учащиеся выступают по данной теме перед малой группой.

Построение учебного занятия по методике Ривина предполагает распределение содержания учебной программы на отдельные блоки (темы, подтемы) и формирование дидактических текстов, в которых выделяются отдельные абзацы. Формирование текстов в инклюзивном образовании осуществляется с учетом степени доступности и индивидуальных возможностей ученика, которому текст предназначается. В современных условиях доступность содержания обеспечивается не только объемом текста (в зависимости от ситуации он может быть от одной до пяти страниц) и степенью сложности информации, которая должна быть осмыслена учащимся. Снижение сложностей обучения разных детей в одном классе предполагает наличие необходимых технических средств, которые помогли бы освоить текст слабовидящими или слабослышащими детьми, обучающимися вместе с детьми, не имеющих данных отклонений в здоровье. Кроме того, на этапе подготовки к учебному занятию педагогом должны быть продуманы маршруты движения обучающихся в ходе урока. Схема движения маршрута должна быть представлена таким образом, чтобы ученик прошел через все темы с соблюдением логической связи между ними. При формировании маршрутов урока необходимо продумать разноуровневость самой группы, благодаря чему учащиеся будут приобретать опыт работы с детьми с особенностями развития. Движение учащихся по маршруту не должно нарушать логики самой темы. Однако объем текстов, степень сложности содержания формируются с учетом особенностей развития ребенка. В качестве варианта возможно применение идей внутренней дифференциации при формировании пар и групп. Применение принципа внутренней дифференциации позволяет организовать работу в группе равных по возможностям учащихся. Рациональное сочетание разноуровневых и дифференцированных групп оптимизирует условия решения

педагогических задач. Для обеспечения движения учащихся по маршруту необходимы раздаточные карты маршрута для индивидуальных движений. Для информации может быть использована доска, на которой записаны: программа изучаемого материала, маршруты изучения программы, временной режим работы.

В младших классах данная форма организации обучения позволяет использовать различную символику. Это могут быть изображения животных (белочки, медвежата и т.п.), мультяшных героев. Контроль учителя за работой учащихся над темой включает проверку наличия плана, является ли он достаточно подробным, не пропущены ли определённые детали и аспекты данной темы. Потом по пунктам плана учитель проверяет уровень понимания темы учащимися.

Среди зарубежных технологий, широко используемых в качестве технологии обучения детей с особенностями развития с их сверстниками в одном классе, существует методика совместного обучения (Cooperative learning). В этом случае изучение нового материала, который обзорно дается учителем, может включать разработку совместного группового проекта или презентацию по теме. В качестве предписаний к организации учебного процесса нужно обозначить необходимость такого построения работы над новым материалом, при котором более способные ученики сами выступают в качестве педагогов, подтверждая тот факт, что при объяснении материала кому-либо человек сам постигает новое намного глубже. В обеспечение эффективности выполнения способными учениками роли ведущего (учителя) возможно использование системы опережающих заданий, благодаря чему ученик окажет более подготовленным к восприятию нового материала и передаче его содержания другим ученикам группы.

Выделяют три типа групп, формируемых для организации совместного обучения (формальные учебные группы, неформальные учебные группы, группы для совместного обучения).

Формальные учебные группы (от 2 до 5 учеников) создаются педагогом для совместного решения какой-либо образовательной задачи. Например, для написания эссе, проведения экспериментального исследования, изучения новой лексики, решения математических задач, ответа на вопросы после прочтения материала. Педагог объясняет особенности работы в группе, помогает распределить роли в группе (кому-то отводится роль лидера, распределяющего задания, кто-то ведет записи и т.п.). В начале работы педагог вводит специальные термины, ставит проблему, показывает актуальность ее решения. Организуя работу группы, педагог должен помочь учащимся осознать, что они все ответственны друг за друга. Данная ответственность может быть в итоге отражена в оценке работы группы. В этом случае к показателям оценивания относится не только достигнутый результат, но и степень участия в его создании каждого члена группы (при этом в качестве индивидуального участия может быть даже вырезание картинок к оформлению доклада или написание новых терминов на листах бумаги и т.п.).

Если формальные группы создаются для работы в течение всего учебного задания, то неформальные учебные группы являются временными (образованы на несколько минут, одно занятие, фильм, мероприятие). Однако результат, который может быть достигнут в течение непродолжительного периода времени, есть показатель работы всей группы. А значит, обязательна педагогическая оценка уровня работы группы. Группы для совместного обучения образуются на долгий период времени, возможно, на четверть или весь учебный год. Каждый член группы имеет право на помощь других членов группы. Технология организации работы данных групп имеет определенную специфику. Необходима постоянная поддержка работы группы учителем через стимулирование (возможны состязательные формы организации), через оказание помощи, как всей группе, так и отдельным членам, в первую очередь детям с особенностями развития, через системную рефлексию успехов и неудач, через совместный с детьми поиск путей для достижения успешности.

При формировании групп соблюдается принцип включения учеников с разным уровнем интеллектуальных способностей. В зарубежном опыте инклюзивного обучения широко применяются компьютерные технологии обучения. Данные технологии особенно востребованы в обучении точным наукам. Но свой потенциал компьютерные технологии имеют и в обучении основам других наук. Так, эта технология может обеспечить индивидуальное, упорядоченное обучение основам русской грамматики. Выполнение школьниками на уроке интерактивного диктанта с обращением к «Репетитору онлайн» помогает построить процесс освоения учебного материала с учетом индивидуальных возможностей и способностей учащихся. Организация работы при выполнении интерактивного диктанта может быть построена в соответствии со следующим алгоритмом:

- распределение участников по парам с определением маршрута их движения по выполнению задания и времени, отведенного на работу с текстом диктанта;

- работа в парах по выполнению интерактивного диктанта, уточнение правил в репетиторе с записью их в тетради;

- создание новой пары, в которой участники прорабатывают текст своего диктанта с новым напарником, при этом правила грамматики, определяющие правила написания текста, обосновываются с опорой на сделанные в тетради записи;

- переход в новую пару и работа с новым напарником; актуализация грамматических правил языка, которые отработывались при выполнении интерактивного диктанта;

- подведение учителем итогов работы с обязательной оценкой продвижений в усвоении правил грамматики.

В построении настоящей технологии по работе с интерактивными текстами модифицируют методику Ривина. Использование компьютера в обучении обеспечивает необходимую тренировку и практику в изучении и закреплении учебного материала. Задача учителя при использовании

компьютерных технологий в обучении – оценка и определение уровня освоения учащимся темы, создание пространства актуального и ближайшего развития каждого учащегося. Важной ролью учителя в инклюзивном классе является создание атмосферы доверия каждому учащемуся и вера в него. Построение технологии инклюзивного обучения предполагает актуализацию дидактических процессов, средств и организационных форм обучения детей с особенностями развития с их сверстниками в одном классе с акцентом на персонализацию обучения.

В процессе обучения необходимо избегать:

- таких форм обучения (лекция, рассказ), которые направлены на длительное объяснение материала учителем, что предопределяет роль учащихся как пассивных слушателей;

- излишних требований к порядку и тишине на занятиях, наполненных пассивными формами репродуктивной деятельности школьников (переписывание с доски, переписывание текстов из учебников, чтение учебника и т.п.);

- подачу нового материала одним блоком и в один прием с рассмотрением не только наиболее общих подпунктов темы, но и отдельных фактов, деталей;

- оценивания результатов и качества деятельности учащихся с созданием стрессовой ситуации.

Во избежание указанного необходим анализ каждого структурного элемента организации образовательного процесса: содержания образования, формы, методов, приемов, средств, особенностей педагогического взаимодействия (субъект-объектный, субъект-субъектный) с позиции задач инклюзивного образования. При этом законодательно должно быть закреплено право детей на обучение по программам разного уровня и содержания в одной возрастной группе. В свою очередь технология индивидуализированного обучения обеспечивает возможность обучения детей по программам разного

уровня и содержания. Рассмотрим технологию индивидуализированного обучения в инклюзивном классе.

Технология индивидуализированного обучения – это такая организация учебного процесса, при которой индивидуальный подход и индивидуальная форма обучения являются приоритетными.

Индивидуальный подход – это ориентация в педагогическом общении на индивидуальные особенности ученика, реализация индивидуальной модели обучения, построенной с учетом личных особенностей ребенка и обеспечивающей условия для развития каждого в отдельности. Индивидуализация обучения – это организация учебного процесса на основе способов, приемов, темпа обучения, выстроенных с учетом индивидуальных особенностей учащихся, организация, предусматривающая различные учебно-методические, психолого-педагогические и организационно-управленческие мероприятия, обеспечивающие индивидуальный подход.

Технология индивидуализированного обучения в инклюзивном классе призвана обеспечить право детей на разный уровень и содержание обучения. Теоретической основой для ее построения могут стать:

- технология индивидуализированного обучения И. Унт;
- адаптивная система обучения А.С. Границкой;
- обучение на основе индивидуально-ориентированного учебного плана

В.Д. Шадрикова.

Специфическими особенностями технологии индивидуализированного обучения И. Унт являются выбор самостоятельной работы учащегося в школе и дома главной формой обучения. Организация самостоятельной работы осуществляется на основе индивидуальных учебных заданий, рабочих тетради на печатной основе, педагогического руководства индивидуализированной самостоятельной работой школьников. Такая форма организации деятельности позволяет выстроить процесс обучения в соответствии с уровнем развития ребенка. Однако при индивидуализированной системе обучения вне зоны педагогического управления может оказаться важное требование инклюзии –

свободное общение. Дифференциация заданий для самостоятельной работы по уровню способностей учащихся не предполагает их взаимодействия в обмене освоенной информацией. Обогащение технологии индивидуализированного обучения И. Унт принципами инклюзивного образования, основанного на взаимодействии в процессе обучения детей с особыми потребностями с другими детьми, делает возможным вариативность программ обучения учащихся одного класса.

Технология адаптивного обучения А.С. Границкой предполагает нелинейную конструкцию урока: часть первая – обучение всех, часть вторая – два параллельных процесса: самостоятельная работа учащихся и индивидуальная работа учителя с отдельными учениками. При такой организации урока в рамках классно-урочной системы 60–80 % времени учитель может выделить для индивидуальной работы с учениками. Последнее особенно важно, исходя из необходимости оказывать специализированную помощь учащимся с особыми потребностями, которые обучаются в общеобразовательной школе. В методике А.С. Границкой получают развитие идеи работы в парах сменного состава, описанные в трудах В.К. Дьяченко, который был учеником А.Г. Ривина.

Организация учебного процесса по данной методике включает использование опорных схем Шаталова, многоуровневых заданий с адаптацией (карточки Границкой). Предложенная А.С. Границкой нелинейная конструкция урока соответствует многим требованиям, которые предъявляются к организации обучения в инклюзивных классах. Например, в данной структуре организации урока ученику не надо быть пассивным слушателем, процесс обучения предполагает активную деятельность каждого, вариативность содержания обучения может быть обеспечена благодаря карточкам многоуровневых заданий.

Обучение на основе индивидуально-ориентированного учебного плана В.Д. Шадрикова выстраивается на базе гипотезы о том, что развитие способностей эффективно, если давать ребенку картину усложняющихся задач,

мотивировать сам процесс учения, но оставлять ученику возможность работать на том уровне, который для него в настоящем возможен, доступен. Особенностью содержания и методики В.Д. Шадрикова являются следующие моменты: учебный план, программы и методические пособия создаются для шести уровней, которые позволяют вести обучение в зависимости от способностей каждого ученика. Выбирая посильный уровень сложности по каждому предмету, ученики оказываются в классах с переменным составом и, не теряя в объеме и содержании предмета, вместе движутся в освоении учебной программы. Причем выбор уровня сложности достаточно подвижен и делается не «навсегда», как в классах выравнивания, например, а в соответствии с сегодняшним наличным состоянием способностей учащегося. Шесть уровней сложности позволяет организовать учебный процесс, посильный для всех, адаптированный к способностям ученика, к развитию способностей.

Модифицированный вариант методики обучения на основе индивидуально-ориентированного учебного плана может быть использован в инклюзивном классе. В этом случае при формировании содержания шести уровней обучения должны быть учтены индивидуальные потребности детей, содержание индивидуальных видов деятельности, организация работы над ключевыми понятиями темы и т.п.

Индивидуализированная работа с детьми, имеющими выраженные проблемы развития, может быть реализована благодаря:

1) вариативным планам обучения, законодательно закрепляющим право детей на обучение по программам разного уровня и содержания в одной возрастной группе;

2) сокращению объема фронтальной работы с классом, преобладанию различных видов индивидуальных работ;

3) активному применению бланковых методик, что дает возможность:

– учитывать различный темп работы учеников (например, дети, быстро завершившие самостоятельную работу по английскому языку, могут выбрать на стеллаже в классе книжку для чтения на английском языке);

- давать различные по уровню сложности задания в зависимости от возможностей ученика;

- оказывать индивидуальную помощь нуждающимся в ней детям, не отвлекая других учащихся класса;

- индивидуально обсуждать с проблемным ребенком план выполнения задания;

- проводить текущий контроль;

4) позитивному подкреплению учебной деятельности детей, включающему в себя:

- стимулирующую помощь (педагог помогает ребенку включиться в работу, эмоционально поддерживает его);

- возможность выбрать привлекательное занятие после выполнения обязательного задания;

5) учету эмоциональных особенностей ребенка:

- через предоставленную ему возможность получить индивидуальную помощь;

- через предупреждение педагогом риска возникновения конфликтов и негативных реакций;

- через формирование позитивных эмоциональных отношений в группах.

Игровые технологии имеют огромный потенциал для построения учебного процесса в инклюзивном классе. Однако специфика класса предполагает определенные требования к выбору игровых технологий в нем. В частности, при планировании урока в игровой форме необходимо:

- заранее определить роли для каждого учащегося с учетом интересов, возможностей, границ успешности, которые у каждого ребенка свои;

- спрогнозировать возможную линию развития сюжета и отношений в игре конкретных детей, имеющих свои особенности развития;

– продумать план индивидуальной помощи каждому как на этапе подготовки игры, так и на этапе ее развития;

– подготовить подсказки (инструкции) для особо нуждающихся, возможно заранее «отрепетировать» их действия в игре. Реализация игровых приемов и ситуаций при урочной форме занятий основывается:

– на постановке дидактической цели в форме игровой задачи;

– на организации учебной деятельности в соответствии с правилами игры;

– на применении учебного материала в качестве ее средства;

– на введении в учебную деятельность элементов соревнования, которые переводят дидактическую задачу в игровую.

Игровые технологии могут быть использованы для активизации и интенсификации учебного процесса при освоении понятия, темы и даже раздела учебного предмета, в качестве фрагмента занятия (введения, объяснения, закрепления, упражнения, контроля). Приведем пример игры, построенной на состязательных принципах между группами. При закреплении темы учащиеся разбиваются на малые группы, получая задание собрать из отдельных деталей фигуру. При этом все детали фигуры находятся у учителя и выдаются группам по факту правильного выполнения заданий. Группа сама формирует заказ, сколько заданий готова взять за один раз (одно на всех членов группы, два или более). Содержание заданий соответствует теме, над которой работает класс, учитель всегда может прийти на помощь каждой группе, но нужно оговорить заранее количество раз, когда можно будет воспользоваться помощью учителя (оно должно быть ограничено). Победителем выходит та группа, которая быстрее всех выполнила задания и собрала фигуру из полученных деталей.

Введение игровых приемов в обучение позволяет создать благоприятный фон обучению. Игровые приемы в обучении особенно актуальны при работе с детьми, страдающими синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Как указывают Т.Ю. Хотылева, Т.В. Ахутина, дети с СДВГ составляют

наиболее многочисленную группу, требующую коррекционно-развивающей помощи. Ее численность составляет от 7,5 до 15 % современной детской популяции в экономически развитых странах. Рассматриваемая группа является одной из самых перспективных с точки зрения возможной положительной динамики и успешной адаптации в массовой школе при условии оказания оптимальной помощи. Вовлечение в театрализованные игры может стать для ребенка, страдающего синдромом дефицита внимания и гиперактивности, одним из способов усвоения учебного материала.

На основе игровых форм, активно внедряемых в работу с учащимися начальной школы, создаются условия для развития памяти, внимания, воображения, мышления ребенка. Современный набор развивающих игр достаточно многообразен, в учебном процессе хорошо применимы психотехнические упражнения. Например, веселая зарядка. Учитель называет слово, являющееся той или иной частью речи, ставя условия в одном случае хлопнуть в ладоши перед собой, в другом – над головой и т.д. Варианты заданий, развивающих внимание ребенка, могут быть самые разные (хлопанье ногами, хлопанье по столу руками), а содержание заданий выстраивается на основе изучаемого материала. Данные упражнения создают положительный эмоциональный фон урока, для детей с СДВГ это возможность «выпустить излишний пар».

Осмысление роли игровых технологий в обучении детей инклюзивного класса предполагает понимание функций игры. К важным функциям игры как педагогического феномена культуры относятся: социокультурное назначение игры; функция коммуникации; функция самореализации человека в игре; диагностическая функция и др. При планировании урока на основе игровой технологии педагог должен продумать те функциональные предназначения игры, которые должны доминировать в организуемой игровой деятельности [4].

Среди методов обучения, которые обеспечивают реализации требований инклюзивного образования, – метод проектов. Е.С. Полат определяет метод проектов как способ достижения дидактической цели через детальную

разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом.

Сущность метода проектов состоит в предоставлении учащимся возможности самостоятельного приобретения знаний в процессе решения практических задач или проблем, требующего интеграции знаний из различных предметных областей.

Использование метода проекта в инклюзивном классе предоставляет учителю возможность построить учебный процесс с учетом интересов ребенка, его способностей. Метод проектов в обучении помогает реализации актуального требования инклюзивного образования – включения родителей в учебный процесс. В этой связи специфической особенностью метода проектов в инклюзивном классе становится организация работы с родителями. В линии связи ученик – учитель – родитель – учебный материал проект может стать путем индивидуализации темпов и уровня изучения школьной программы (как уже указывалось, вариативность образовательных программ – обязательное условие инклюзивного образования). А защита проектов не только итог самостоятельного погружения в проблему, но и праздник преодоления трудностей. Для придания определенной торжественности моменту защиты проектов ее можно проводить в присутствии родителей, причем само их участие может быть не только в качестве пассивных зрителей, но и активных участников.

Технология использования метода проектов для построения самостоятельной работы учащихся над учебным материалом кроме привлечения к ней родителей включает в себя ряд особенностей. Среди них – обязательное обозначение учителем этапов работы над проектом с выделением объема работы; осуществление педагогом контрольных функций по результатам работы (отдельные фрагменты будущего проекта могут представляться учащимися на специально отведенном для этого времени урока); оказание учителем консультативной помощи родителям и учащимся

при работе над проектом, использование урока для выполнения отдельных элементов проекта. В требования к проекту могут быть включены формы его оформления. Например, в качестве формы проекта может быть форма детской книги (такая форма может быть использована независимо от возраста и класса). Представление проекта в форме детской книжки означает наличие иллюстраций к сформированному тексту, особенности построения самого текста, особенности оформления и т.п.

Актуальность метода проектов в инклюзивном образовании определяется тем, что он ориентирован на самостоятельную деятельность учащихся, которая может осуществляться в индивидуальной, парной, групповой деятельности. Метод может быть использован не только в организации внеучебной работы по предмету, но и в качестве метода урочной деятельности. В основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков учащихся, умений самостоятельно конструировать свои знания, умений ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического мышления.

Организация проектной деятельности в ходе урока имеет свои специфические особенности, например, использование системы опережающих заданий, уровень сложности которых соответствует уровню возможности самих учащихся. Благодаря опережающим заданиям возможно осуществление межпредметных связей и проведение интегрированного урока, содержание которого объединит два школьных предмета в единое целое, помогая учащимся постигнуть единство и взаимосвязь знаний в силу единства и целостности мира.

Особенность инклюзивного класса вносит определенные изменения в технологию использования метода проектов в обучении. В первую очередь, это касается оценки проекта. При наличии определенной стандартизации в параметрах оценки проектов данная стандартизация требует определенной корректировки в работе с разными детьми, обучающимися в условиях одного класса. Приоритетными показателями оценки становятся: степень самостоятельности при выполнении отдельных действий (поисковых,

оформительских и т.д.); исполнительская дисциплина соблюдение графика или порядка работы; активность (ее проявлением служит любое обращение ребенка к учителю как за консультацией, так и с презентацией выполненного или предложениями, что сделать и как).

Современной школой накоплен большой арсенал технологий обучения. Обращенные к разным дидактическим теориям, построенные на основе использования разнообразных методов, средств и приемов, представленные в трудах теоретиков и практиков технологии обучения учащихся обычной школы, класса могут быть адаптированы в пространство инклюзивного образования, позволяя рационализировать процесс обучения разных детей в одном классе.

3.3. Психокоррекционная работа с детьми с ОВЗ в системе инклюзивного образования

Целью психологического сопровождения является создание системы психолого-педагогических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме. Задачи психологического и медицинского сопровождения:

- предупреждение возникновения проблем развития ребенка;
- охрана и укрепление физического и психологического здоровья;
- профилактика неврозов;
- помощь (содействие) ребенку и его семье в решении актуальных задач развития, обучения, социализации: учебные трудности, проблемы с самоопределением, в том числе с выбором образовательного и профессионального маршрута, нарушения эмоционально-волевой сферы, проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями;
- предупреждение изоляции детей в группе сверстников;
- развитие психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) педагогов, родителей, учащихся;

– психологическое обеспечение образовательных программ.

Содержание программы коррекционной работы определяют следующие принципы.

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

Системность и доступность 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 гарантирует ребенку и его родителям (законным представителям) непрерывность помощи до полного решения проблемы или определения подхода к ее решению.

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

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

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

Принцип создания ситуации успеха предполагает создание условий для раскрытия индивидуальных способностей детей с ОВЗ как на занятиях, так и вне занятий, безусловное принятие каждого ребенка.

Гуманность – вера в возможности каждого ребенка, субъективный позитивный подход.

Реалистичность – учет реальных возможностей детей в различных ситуациях, их возрастных, личностных и психофизических особенностей развития.

Адекватность – право ребенка выбирать из предложенного максимального объема информации столько, сколько он может усвоить.

Вариативность (гибкость) – изменчивость содержания и способов деятельности в зависимости от своеобразия ситуации, позиции и возможностей детей.

Адаптивность – подходы и требования к детям не должны быть застывшими, не должны исходить из какого-то абстрактного представления об идеале, а должны ориентироваться на конкретных детей с их реальными возможностями и потребностями.

Рекомендательный характер оказания помощи обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей (законных представителей) детей с ОВЗ выбирать формы получения 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.

Принцип психологической комфортности – создание образовательной среды, обеспечивающей снятие всех стрессообразующих факторов.

Программа коррекционной работы включает в себя взаимосвязанные направления:

на дошкольной ступени образования:

- ранняя диагностика и коррекция нарушений в развитии;
- обеспечение готовности к школе; на ступени начальной школы:
- определение готовности к обучению в школе;
- обеспечение адаптации к школе;
- повышение заинтересованности школьников в учебной деятельности;
- развитие познавательной и учебной мотивации;
- развитие самостоятельности и самоорганизации;
- поддержка в формировании желания и «умения учиться»;
- развитие творческих способностей; на ступени основной школы:
- сопровождение перехода в основную школу;
- адаптация к новым условиям обучения;
- поддержка в решении задач личностного и ценностно-смыслового самоопределения и саморазвития;
- помощь в решении личностных проблем и проблем социализации;
- формирование жизненных навыков;
- профилактика неврозов;
- помощь в построении конструктивных отношений с родителями и сверстниками;
- профилактика девиантного поведения, наркозависимости;
- на ступени старшей школы:**
- помощь в профильной ориентации и профессиональном самоопределении;
- поддержка в решении экзистенциальных проблем (самопознание, поиск смысла жизни, достижение личной идентичности);
- развитие временной перспективы, способности к целеполаганию;
- развитие психосоциальной компетентности;
- профилактика девиантного поведения, наркозависимости [1].

Одним из частоиспользуемых и эффективных методов в психокоррекционной работе с детьми с ОВЗ является арттерапия.

Возникновение арттерапии (термин А. Хилла) как области теоретического и практического знания на стыке искусства и науки относят примерно к 30-м гг. прошлого столетия.

Эволюция понятия «арттерапия» отражает процессы обособления трех самостоятельных направлений: медицинского, социального, педагогического. Объединяет названные направления применение художественной творческой деятельности в качестве лечебного, отвлекающего или гармонизирующего фактора. Изобразительная деятельность позволяет детям без слов выразить свои мысли. Использование же продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, декоративно-прикладного искусства) облегчает реагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения.

Ребенок, имеющий определенный дефект, не только является больным физически. Как следствие дефекта, нарушается система связей и отношений ребенка с миром, прежде всего в мире социальных контактов, в мире общения. Именно нарушенное общение и есть самое главное следствие дефекта. В специальной и коррекционной педагогике сложились необходимые предпосылки для исследования проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, но сегодня явно недостаточно исследований, раскрывающих особенности их реабилитации в условиях специализированных учреждений.

Таким образом, мы считаем, что рассматриваемая проблема социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях центра социальной помощи актуальна как с педагогической, так и с социальной точки зрения.

Дети с нарушениями развития – это в основном дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы развитие психических функций отклоняется от нормы. А в некоторых случаях нарушения развития могут быть вызваны и макросоциальными, средовыми причинами, не связанными с патологией

анализаторов или центральной нервной системы. К таким факторам можно отнести неблагоприятные формы семейного воспитания, социальную и эмоциональную депривацию и т.д.

Дети с нарушениями развития нуждаются в специально организованной педагогической и психологической помощи, в ходе которой необходимо решать следующие задачи: формирование познавательной мотивации; целенаправленное формирование высших психических функций, прежде всего речи; преодоление недостаточности словесного опосредования, трудностей во взаимодействии с окружающим миром, развитие разнообразных форм коммуникации; развитие эмоциональной сферы, творческих способностей; профилактика и коррекция нарушений социально-личностного развития; преодоление недостатков общей и мелкой моторики.

Важную роль в преодолении недостатков развития могут сыграть и артметоды. Например, при применении музыкальных средств воздействия на детей, особенно на групповых занятиях, решаются многие задачи психологической коррекции. У замкнутых, аутичных детей формируются навыки общения, возникают неформальные связи со сверстниками. Боязливые дети, тормозимые дети делаются более уверенными, у них повышается самооценка, смягчается проявление страхов. Агрессивные, эгоцентричные дети приучаются сдерживать свои импульсивные побуждения и считаться с интересами окружающих. Каждая категория детей имеет специфические психолого-педагогические особенности, которые необходимо учитывать при использовании методов коррекции средствами искусства. Словосочетание «арттерапия» в научно-педагогической интерпретации понимается как забота об эмоциональном самочувствии и психологическом здоровье личности, группы, коллектива средствами художественной деятельности. Арттерапия в образовании – это системная инновация, которая характеризуется: комплексом теоретических и практических идей, новых технологий; многообразием связей с социальными, психологическими и педагогическими явлениями; относительной самостоятельностью (обособленностью) от других

составляющих педагогической действительности (процессов обучения, управления); способностью к интеграции, трансформации. И ребенок, и взрослый в арттерапевтическом процессе приобретает ценный опыт позитивных изменений. Постепенно происходит углубленное самопознание, самоприятие, личностный рост. Это потенциальный путь к самоопределению, самореализации, самоактуализации личности.

В настоящее время различные виды арттерапии представлены практически во всех странах как в медицине (при нервно-психических, соматических заболеваниях), так и в психологии (общей, медицинской, специальной), поскольку при любой структуре нарушения, так или иначе, затрагивается аффективная сфера. Детский церебральный паралич, онкозаболевания, сахарный диабет, эпилепсия, синдром Дауна, дети с задержкой психического и умственного развития – вот неполный перечень детей, посещающих реабилитационные центры. Больше половины – дети с заболеваниями психической сферы, с которыми мало кто решается работать ввиду большой ответственности. Понятие «арттерапия» (терапия искусством) возникло в контексте идей З. Фрейда и К. Юнга и рассматривалось в психотерапевтической практике как один из методов терапевтического воздействия, который посредством художественного (изобразительного) творчества помогал психически больным выразить в картинках свои скрытые психотравмирующие переживания и тем самым освободиться от них. В дальнейшем это понятие приобрело более широкую концептуальную базу, включая гармонические модели развития личности.

Понятие «арттерапия» имеет несколько значений: рассматривается как совокупность видов искусства, используемых в лечении и коррекции; как комплекс арттерапевтических методик; как направление психотерапевтической и психокоррекционной практики; как метод. Она применяется в медицине (психиатрии, терапии, хирургии и т.д.) и в психологии (общей, медицинской, специальной). Арттерапия как направление, связанное с воздействием разных средств искусства на человека, используется как самостоятельно, так и в

сочетании с медикаментозными, педагогическими и другими средствами. В последние годы арттерапия все больше включается в коррекционно-развивающий процесс в специальных образовательных учреждениях для детей с разными вариантами нарушений развития и дает положительные результаты. Основными функциями арттерапии являются: катарсическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний); регулятивная (моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки). В арттерапии не делается акцент на целенаправленное обучение и, следовательно, овладение навыками и умениями в каком-либо виде художественной деятельности (музыкальном, изобразительном, театрализованно-игровом, художественно-речевом), как в артпедагогике [1].

Артпедагогика и арттерапия решают как общие теоретические и организационные задачи, так и частные, относящиеся к каждому из этих направлений. В специальном реабилитационном центре в системе реабилитационной помощи все больше используются разные виды арттерапии: музыкотерапия, изотерапия, вокалотерапия, сказкотерапия и др. Однако применение той или иной арттерапевтической методики определяется вариантом и характером имеющегося у ребенка нарушения. Это связано с тем, что неадекватное использование психологом арттерапевтической методики по отношению к ребенку с проблемами может оказать не реабилитационное, а психотравмирующее воздействие. Так, положительный психокоррекционный эффект у ребенка с нарушением слуха может дать использование изотерапии, кинезитерапии, а у ребенка с нарушением зрения – использование вокалотерапии, сказкотерапии. Детям с ДЦП может быть показана хореотерапия, сказкотерапия, вокалотерапия. Музыкотерапия, коррекционная ритмика, танцетерапия дают положительные результаты почти при всех видах нарушений (речи, слуха, зрения, задержке психического развития, ДЦП).

Наиболее распространена в реабилитационной работе изотерапия (рисунков, лепка), которая применяется и при наличии психосоматических расстройств и личностных нарушений: эмоциональная депривация, переживание чувства одиночества, повышенная тревожность, страх, низкая, дисгармоническая, искаженная самооценка, наличие конфликтных межличностных отношений. Предметно-тематический тип – основой изображения является человек и его взаимодействие с окружающим предметным миром и людьми. Темы рисования могут быть свободными или заданными – «Моя семья», «Я дома», «Мой мир», «Мой друг». Образно-символический тип, в его основе рисование, связанное с нравственно-психологическим анализом абстрактных понятий «Добро», «Зло», «Счастье», в виде образов, созданных воображением ребенка, а также изображением эмоциональных состояний и чувств – «Радость», «Гнев». Упражнения на развитие образного восприятия, воображения и символической функции – задания, основанные на принципе проекции, – «Волшебные пятна», а также воспроизведение в изображении целостного объекта и его осмысление – «Рисование по точкам».

Игры-упражнения с изобразительными материалами (красками, карандашами, бумагой, пластилином, мелками и т.д.), изучение их физических свойств и экспрессивных возможностей – «Рисование пальцами», экспериментирование с цветом, пластилином, тестом (создание простейших форм и их уничтожение по типу игр «разрушение – строительство»). Применение изотерапии в коррекционной работе с дошкольниками с нарушениями слуха, речи, с задержкой психического развития позволяет получить положительные результаты: создаются благоприятные условия для развития общения замкнутых детей; обеспечивается эффективное эмоциональное отреагирование (социально приемлемыми формами – у детей с агрессивными проявлениями); оказывается влияние на осознание ребенком своих переживаний, на развитие произвольности и способности к

саморегуляции, на формирование позитивной «Я-концепции», уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного ребенком.

Другим видом арттерапии, дающим положительные результаты в социализации детей с проблемами, используемым в реабилитационном центре, является музыкотерапия.

Музыкально-терапевтические сеансы, проводимые психологом, могут осуществляться как в индивидуальной, так и групповой (3-5 чел.) формах. В социализации детей с нарушениями речи, слуха, с задержкой психического развития, умственной отсталостью, ДЦП применяется и интегративная музыкотерапия. Примером может быть синтез музыкального и наглядно-зрительного восприятия. Занятия строятся таким образом, что на них восприятие музыки сопровождается просмотром видеозаписи на телевизионном экране ярких картин природы. При этом психолог предлагает ребенку как бы шагнуть вглубь изображения, к звенящему прохладному ручью или на солнечную лужайку, мысленно собрать цветы, поймать бабочек, потрогать прохладную воду ручья или расслабиться, лежа на зеленой мягкой траве.

Активная музыкотерапия в социализации и реабилитации детей с ОВ используется в разных вариантах: вокалотерапия, танцетерапия и др. Танцетерапия с детьми с ОВЗ предполагает использование различных видов танцевального искусства: образно-сюжетный танец – импровизация или современный детский или народный танец. В занятиях могут быть включены также элементы хореографической гимнастики, формирующие правильную осанку тела.

Особенно широко танцетерапия может применяться в работе с дошкольниками с ДЦП. Спектр арттерапевтических методик, используемых в работе с детьми с ОВЗ, может быть дополнен сказкотерапией как один из видов библиотерапии. Эта методика дает положительные результаты с дошкольниками с проблемами, испытывающими различные эмоциональные и

поведенческие затруднения, сложности в коммуникативно-рефлексивных процессах, принятии своих чувств (стыда, вины, лживости).

Сказкотерапия позволяет ребенку осознать свои проблемы и увидеть различные пути их решения. Психологи, применяющие сказки, часто отмечают, что на осознаваемом вербальном уровне ребенок может и не принимать сказку, однако положительный эффект от работы все равно присутствует, т.е. изменения часто происходят на подсознательном уровне. При этом одна и та же сказка по-разному влияет на каждого ребенка.

Реабилитационные центры помогают преодолевать специфические трудности ребенка, имеющего инвалидность, на пути к активной самореализации творчеству, благополучному эмоциональному состоянию в детском сообществе. При работе с детьми с нарушением слуха работа строится с опорой на остаточный слух. При этом наибольший эффект достигается, когда словесные методы используются в композиции с другими – наглядными, а также с методами, основанными на использовании тактильно-вибрационных и кинестетических ощущений, связанных с восприятием речи говорящего и собственной речи.

В художественном обучении детей с нарушением речи, задержкой психического развития, умственной отсталостью огромную роль играют ритмичные упражнения, благодаря которым формируются двигательный самоконтроль и произвольность внимания. Это достигается в таких музыкально-ритмических, как, например, «Игра с водой», «Собираем камешки» и др., где не только совершенствуется координация движений, но и развивается воображение.

У детей с ДЦП ритмичные упражнения под музыку очень важны для стабилизации нормального положения головы, развития умения расслаблять мышцы и подавлять патологические синергии и синкинезии и др. Они создают положительный эмоциональный настрой.

Арттерапия преследует единую цель – расширение возможностей детей с ограничениями, их социальной адаптации посредством искусства, участия в

общественной и культурной деятельности в микро и макросреде. Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Психологическая особенность состоит в том, что они заиклены на самих себе, на своей болезни. Они не умеют общаться, не самостоятельны, привыкли к опеке и требуют ее. Реабилитация должна идти по линии устранения вторичного дефекта – изменения социальной ситуации развития ребенка-инвалида.

Для полноценного развития ребенка-инвалида должна создаваться такая среда, где бы он был нормальным, здоровым (не в физическом плане, а в психологическом). Основной целью артпедагогики является художественное развитие детей с проблемами и формирование основ художественной культуры, социальная адаптация средствами искусства. Коррекционно-развивающие и психотерапевтические возможности искусства связаны с предоставлением ребенку с ОВЗ практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации как в процессе творчества, так и в его продуктах, утверждением и познанием своего «Я». Создание ребенком продуктов художественной деятельности облегчает процесс коммуникации, установления отношений со значимыми взрослыми и сверстниками на разных этапах развития личности.

Интерес к результатам творчества ребенка со стороны окружающих, принятие ими продуктов художественной деятельности (рисунков, поделок и т.д.) повышает самооценку, самоприятие ребенка с ОВЗ. И именно это обеспечивает решение важнейшей задачи – адаптации и социализации ребенка посредством искусства и художественной деятельности в макросоциальной среде.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите и охарактеризуйте основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ.
2. На основе каких принципов строится психолого-педагогическая работа в инклюзивном образовании?
3. В чем сущность внеурочной инклюзии? Определите ее психолого-педагогические задачи.
4. Охарактеризуйте метод проекта и его образовательные возможности. Каковы его достоинства?
5. Есть ли различия в коррекционной работе с детьми дошкольного и школьного возраста?
6. Опишите арттерапию как метод коррекции и определите ее основные функции. Приведите конкретные примеры использования арттерапии в работе с представителями разных нозологических групп.

Список литературы к главе 3

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
2. Гамаюнова А.Н., Пискайкина А.Е. Основные направления психолого-педагогического сопровождения подростков с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования // Специальное образование. – 2013. – № 4. – С. 20-27.
3. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: метод. пособие. – М.: ВЛАДОС, 2011. – 167 с.
4. Педагогика и психология инклюзивного образования: учеб. пособие / Д.З. Ахметова, З.Г. Нигматов, Т.А. Челнокова, Г.В. Юсупова и др. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – 255 с.

Учебное издание

Левшунова Жанна Амирановна, Басалаева Наталья Владимировна,
Казакова Татьяна Викторовна,

Инклюзивное образование

Редактор И.А. Вейсиг
Компьютерная верстка авторов

Подписано в печать 13.09.2017 Печать плоская
Формат 60x84/16 Бумага офсетная
Уч.-изд. л. 5,0

Тираж 100 экз.

Издательский центр
Библиотечно-издательского комплекса
Сибирского федерального университета
660041, Красноярск, пр. Свободный, 79
Тел/факс (391)206-21-49, e-mail: rio@lan.krasu.ru

Отпечатано в типографии «ЛИТЕРА-принт»,
г. Красноярск, т. (391) 294-15-77