

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета

педагогике и психологии

факультет

психологии развития личности

кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование

код и наименование направления подготовки, специальности

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ПОДРОСТКАМИ,
ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ПОДРОСТКАМИ,

ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

тема

Председатель ГЭК

И.О. Логинова

Члены ГЭК

Н.В. Басалаева

Руководитель

Касар

Н.В. Басалаева

подпись

инициалы, фамилия

Выпускник

К.Н. Ярославцева

К.Н. Ярославцева

подпись

инициалы, фамилия

Руководитель

Н.В. Басалаева

Выпускник

К.Н. Ярославцева

Лесосибирск 2017

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета

педагогика и психологии

факультет

психологии развития личности

кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование

код и наименование направления подготовки, специальности

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ПОДРОСТКАМИ,
ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

тема

Работа защищена « 23 » июня 20 17 г. с оценкой « хорошо »

Председатель ГЭК


подпись

И.О. Логинова
инициалы, фамилия

Члены ГЭК


подпись

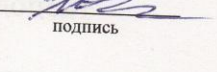
Н.В. Басалаева
инициалы, фамилия


подпись

М.М. Темботова
инициалы, фамилия

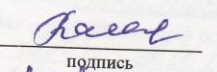

подпись

С.В. Митросенко
инициалы, фамилия


подпись

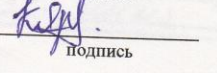
М.В. Левчук
инициалы, фамилия

Руководитель


подпись

Н.В. Басалаева
инициалы, фамилия

Выпускник


подпись

К.Н. Ярославцева
инициалы, фамилия

Лесосибирск 2017

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа по теме: «Специфика работы педагога-психолога с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья» содержит 63 страницы текстового документа, 41 использованный источник, 6 таблиц, 7 рисунков.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ, ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, МЛАДШИЙ И СТАРШИЙ ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ.

Проблема организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время является чрезвычайно актуальной. В первую очередь, это обусловлено тем, что число новорожденных с проблемами здоровья за последнее время значительно увеличилось.

Цель работы: изучение специфики работы педагога-психолога с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Анализируя результаты экспериментального исследования, мы отмечаем, что подростки, имеющие ограниченные возможности здоровья, характеризуются высоким уровнем тревожности, низким уровнем общительности, эмоциональной неустойчивостью. Для них свойственна пассивность и ригидность в поведении, легкомысленность, неуверенность в себе и собственных возможностях.

На основе полученных результатов экспериментального исследования нами разработана система работы педагога-психолога в образовательном учреждении с подростками, имеющими ОВЗ.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1 Теоретические аспекты изучения психологических особенностей подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья	8
1.1 Лица с ограниченными возможностями здоровья: понятие, характеристики	8
1.2 Психологические особенности подростков с ОВЗ	13
2 Экспериментальное изучение психологических особенностей подростков с ОВЗ и специфики работы педагога-психолога с ними	24
2.1 Организация и методы исследования	24
2.2 Анализ результатов исследования.....	34
2.3 Описание системы работы педагога-психолога с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья	47
Заключение	57
Список использованных источников	59

ВВЕДЕНИЕ

Проблема организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время является чрезвычайно актуальной. В первую очередь, это обусловлено тем, что число новорожденных с проблемами здоровья за последнее время значительно увеличилось. Так, согласно данным ЮНЕСКО, за 2015 год два миллиона российских детей имеют особенности в физическом и психологическом развитии.

При этом согласно статистике Министерства образования, каждый год в России число детей с ограниченными возможностями здоровья растёт на пять процентов. На заседании Совета по вопросам образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидов от 17.06.2015 г. главой Минобрнауки России Д.В. Ливановым была озвучена следующая статистика: «Только за последние 3 года количество детей с ОВЗ и инвалидностью, обучающихся инклюзивно, увеличилось на 15,5% (с 137 673 детей в 2012/2013 учебном году до 159 125 в 2014/2015 учебном году)».

Актуальность темы исследования так же обусловлена государственной политикой РФ по отношению к обучению детей, имеющих ограниченные возможности здоровья. Российская Федерация провозглашена демократическим государством, обеспечивающим равенство прав и свобод гражданина. Таким образом, политика нашего государства направлена на борьбу с дискриминацией, основанной на состоянии здоровья. Для этого в нашей стране реализуются такие программы как «Доступная среда», «Право-быть равным», «Перспектива», позволяющие детям с ОВЗ обучаться в образовательных учреждениях общего типа.

В связи с актуальностью проблемы цель исследования - изучение специфики работы педагога-психолога с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, с учетом их психологических особенностей.

Объект исследования: психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: специфика работы педагога-психолога с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Задачи:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования, охарактеризовав содержание понятия «лица с ограниченными возможностями здоровья».

2. Охарактеризовать психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья

3. Провести эмпирическое исследование, направленное на изучение психологических особенностей подростков с ограниченными возможностями здоровья.

4. Описать систему работы педагога-психолога с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Этапы исследования:

1 этап (декабрь 2016 г. – февраль 2017 г.) - изучение теоретических аспектов проблемы сопровождения подростков, имеющих ОВЗ, определение категориального аппарата, определение методов и выборки экспериментального исследования, проведение диагностики психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

2 этап (март 2017 г. – апрель 2017 г.) – обработка и анализ полученных результатов экспериментального исследования психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

3 этап (май 2017 г. - июнь 2017 г.) – разработка и описание системы работы педагога – психолога с подростками, имеющими ОВЗ, формулирование выводов, оформление ВКР.

Методы исследования:

1. Анализ теоретических источников;

2. Эмпирические методы исследования: тестирование (методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы - Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин); «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор - Р.Б Кеттелл);

3. Методы обработки данных (качественный и количественный анализ полученных результатов);

Методологической основой исследования выступили труды отечественных психологов, раскрывающие систему психолого-педагогической работы с подростками, имеющими ОВЗ (Акатова Л.И., Маллера А.Р., Рубинштейна С. Я. и др.).

База исследования: базой для проведения исследования стала МБОУ «Пискуновская ООШ». В исследовании принимали участие подростки в возрасте от 13 до 14 лет в количестве 10 человек.

Практическая значимость исследования определяется тем, что полученные теоретические и практические данные в результате исследования могут быть использованы в работе педагогов и педагогов-психологов для разработки программ психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями. Полученные результаты экспериментального исследования могут быть использованы педагогами-психологами, учителями при разработке таких программ.

Так же материалы выпускной квалификационной работы могут быть использованы студентами при подготовке к семинарским занятиям, при написании докладов или рефератов по схожей тематике. Описанная нами система работы с подростками с ОВЗ в условиях школы может быть использована при психолого-педагогическом сопровождении детей с ОВЗ в образовательном учреждении.

Структура и объем работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (41 наименование). Общий объем работы - 63 страницы.

Глава 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

1.1 Лица с ограниченными возможностями здоровья: понятие, характеристики

По данным Рособнадзора от 05.03.2010 лица, имеющие ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) - это люди, имеющие недостатки в физическом или психическом развитии, вследствие чего им требуется создание условий для преодоления препятствий в освоении образовательных программ [28].

К данной категории лиц относятся: глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети-инвалиды, инвалиды [8, 22].

Существует множество классификаций, для людей, имеющих отклонения в здоровье и развитии которые различаются по основаниям.

В 1980 году ВОЗ был принят британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей, в котором были выделены и обозначены следующие понятия: недуг, ограниченная возможность, недееспособность или инвалидность. Ниже опишем каждое из них [7].

1. Недуг.

Под недугом понимается любая утрата или аномалия элементов анатомической структуры, психических либо физиологических функций которые в силу своих особенностей затрудняющая какую-либо деятельность человека.

2. Ограниченная возможность.

Ограниченная возможность – это любые ограничения или потеря способности вследствие наличия какого-либо дефекта к выполнению какой-либо деятельности в пределах того, что считается нормой для человека.

3. Недееспособность или инвалидность.

Под данными понятиями в британском варианте трехзвенной шкалы ограниченных возможностей понимается ограниченная возможность конкретного человека или любое следствие дефекта, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли, исходя из возрастных, половых или социальных факторов.

В соответствии с утвержденной классификации нарушений основных функций организма выделен ряд видов нарушений функций организма человека [16].

1. Нарушения психических процессов. Это нарушение функционирования таких психических процессов как: восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции и воля.

2. Нарушения языковых и речевых функций. К ним относятся нарушения устной речи, такие как ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия. Нарушения письменной речи - дисграфия, дислексия. Нарушения вербальной и невербальной речи. Нарушения процесса голосообразования и др.

3. Нарушения сенсорных функций человека. Это нарушение функций обоняния и осязания. Которое предполагает нарушение функций зрения, слуха, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности.

4. Нарушения статодинамических функций или двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений.

5. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

6. Нарушения, обусловленные физическим уродством. Это нарушения, приводящие к внешнему уродству. Такие как деформации лица, головы, туловища, конечностей, аномальные отверстия пищеварительного, мочевого, дыхательного трактов, нарушение размеров тела.

В зависимости от видов нарушений функций организма человека выделяются четыре степени их выраженности. Эти степени определяют характер ограничений в жизнедеятельности человека с ОВЗ [7].

1. Незначительные нарушения, такие нарушения не несут ограничений для жизнедеятельности у людей.
2. Умеренные нарушения или 1 степень ограничений жизнедеятельности.
3. Выраженные нарушения или 2 степень ограничений жизнедеятельности.
4. Значительно выраженные нарушения или 3 степень ограничений жизнедеятельности.

Наличие второй, третьей и четвертой степеней выраженности нарушений функций организма человека характеризуется спецификой выполнения человеком определенных видов деятельности. Далее, подробно рассмотрим специфику выполнения основных видов деятельности, в зависимости от степени нарушений.

1. Способность к самообслуживанию - это способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности.

При первой степени нарушений способность к самообслуживанию сохраняется. Однако она требует более длительной затраты времени, подробности его выполнения, при необходимости используются вспомогательные технические средства.

При наличии второй степени способность к самообслуживанию возможна с регулярной или частичной помощью других лиц.

Третья степень предполагает неспособность к самообслуживанию, необходимость в постоянной помощи от других лиц.

1. Способность к самостоятельному передвижению.

Способность к самостоятельному передвижению - это способность человека самостоятельно передвигаться в пространстве.

При первой степени такая способность сохраняется, но при более длительной затрате времени, подробности выполнения и сокращении

расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств.

Вторая степень нарушений сохраняет способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств.

При третьей степени нарушений у человека полностью отсутствует способность к самостоятельному передвижению.

2. Способность к ориентации или способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения.

Первая степень нарушений оставляет способность к ориентации самостоятельно только в привычной ситуации.

Наличие второй степени свидетельствует о том, что способность к ориентации возможна с регулярной или частичной помощью других лиц с использованием вспомогательных технических средств.

При третьей степени человек дезориентирован и нуждается в постоянной помощи других лиц.

4. Способность к общению.

Способность к общению - это способность к установлению контактов между людьми путём передачи, восприятия, переработки информации.

При первой степени способность к общению остается. Но характеризуется снижением темпа и объема получения и передачи информации. При нарушении функций органов слуха способность к общению реализуется через использование невербальных способов. Например, по средствам сурдоперевода.

Вторая степень нарушений сохраняет способность к общению только при регулярной или частичной помощи других лиц.

Наличие третьей степени нарушений – это неспособность к общению.

5. Способность контролировать своё поведение.

При первой степени у человека периодически возникают ограничения способности контролировать своё поведение в сложных жизненных ситуациях. Могут быть затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни. У таких людей сохраняется возможность частичной самокоррекции.

Наличие второй степени нарушений характеризуется постоянным снижением критики к своему поведению и окружающей обстановке. Коррекция и регуляция поведения возможна только при регулярной помощи других лиц.

Третья степень – это неспособность контролировать своё поведение, невозможность его коррекции. При таких нарушениях человек постоянно нуждается в помощи и надзоре со стороны других лиц.

6. Способность к обучению.

Наличие нарушений функций организма человека затрудняет и такую важную функцию как способность к обучению и возможность овладения профессиональными навыками.

При первой степени у человека остается способность к обучению в обычных условиях. Снижаются темпы освоения образовательных программ, усвоение знаний требует более длительного времени.

Вторая степень нарушения оставляет способность к обучению только в коррекционных образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам.

При третьей степени нарушений способность к обучению отсутствует.

7. Способность к трудовой деятельности - это способность человека осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям работы.

При первой степени у человека остается способность к выполнению профессиональной деятельности в обычных производственных условиях.

При снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности.

Вторая степень нарушений также сохраняет способность к выполнению трудовой деятельности. Для выполнения трудовой деятельности людям со второй степенью нарушений требуются специально созданные условия труда.

При третьей степени нарушений данная способность не сохраняется либо вообще противопоказанна по состоянию здоровья [7, 18].

Таким образом, лица с ограниченными возможностями здоровья - это категория людей, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять жизнедеятельность способом, считающимся нормальными для человека этого возраста.

1.2 Психологические особенности подростков с ОВЗ

В современном обществе существует реальная проблема, которая связана с тенденцией ухудшения здоровья детей и подростков. Число детей с ограниченными возможностями здоровья за последнее время значительно увеличилось.

В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» под понятием «дети с ограниченными возможностями здоровья» понимается следующие: это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [41].

К этой категории детей относят детей, имеющих физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных стандартов без создания специальных условий для получения образования.

В.И. Лубовский выделяет следующие виды недостатков - физические, психические, сложные и тяжелые [21]. Ниже опишем каждый из выделенных видов недостатков.

Физические недостатки - это подтвержденные в установленном порядке временные или постоянные недостатки в развитии и (или) функционировании органа (органов) ребенка, а так же хроническое соматическое или инфекционное заболевания.

Под психическим недостатком понимается утвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, а также нарушения умственного развития, в том числе повреждения мозга, задержку психического развития которые создают трудности в обучении.

Сложный недостаток сочетает в себе несколько физических и (или) психических недостатков.

Тяжелый недостаток - это подтвержденный физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами является недоступным [21].

Отклонения в физическом развитии это - болезнь, нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

К психическим отклонениям относятся отклонения от нормы в умственном развитии ребенка, которые связаны с его психическими недостатками.

К таким отклонениям относится задержка психического развития (ЗПР) ребенка и умственная отсталость детей, или олигофрения.

Также к психическим отклонениям относят, нарушения речи разной степени сложности: от нарушения произношения и заикания до сложных дефектов с нарушениями чтения и письма.

В классификации, предложенной В.В. Лебединским, различают такие категории детей с нарушениями в развитии:

1. Дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие);
2. Дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

3. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
4. Дети с нарушениями интеллекта или умственно отсталые;
5. Дети с задержкой психического развития;
6. Дети с нарушениями речи;
7. Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
8. Дети с множественными нарушениями (сочетание нескольких нарушений) [9, 20].

Опишем некоторые психологические характеристики развития детей с ограниченными возможностями, рассмотренные В.В. Лебединским [19].

1. Дети с нарушением слуха.

Выделяют две основные группы детей с недостатками слуха:

Неслышащие – это дети с полным отсутствием слуха.

Слабослышащие – это дети с частичной слуховой недостаточностью, которая затрудняет их речевое развитие.

Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие подростка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего подростка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

Важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения.

Особенности мышления подростков с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления. При этом наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих подростков также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике.

У подростка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи.

2. Дети с нарушением зрения.

Слабовидящие подростки сильно отличаются друг от друга по состоянию зрения, работоспособности, утомляемости и скорости усвоения материала. В значительной степени это обусловлено характером поражения зрения, происхождением дефекта и личными особенностями подростков.

Как правило, для подростков с нарушениями зрения характерны повышенная эмоциональная ранимость, обидчивость, конфликтность, напряженность, неспособность к пониманию эмоционального состояния партнера по общению и адекватному самовыражению.

3. Дети с тяжелыми нарушениями речи

Такие подростки имеют ряд психолого-педагогических особенностей, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции имеющихся нарушений.

Особенности речевой деятельности отражаются на формировании у подростков сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у обучающихся с ОВЗ снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У подростков низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными по возрасту, подростки отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением [23].

4. Дети с соматическими заболеваниями

Подростки с соматическими заболеваниями, не имеющие видимых дефектов, имеющие сохранный интеллект и с первого взгляда ничем не отличающиеся от остальных. У таких обучающихся слабо развита познавательная сфера, отмечается недоразвитие личности, интеллектуальная пассивность, ограниченный объем принятой информации, низкая способность к обобщениям, быстрая потеря интереса к занятиям.

5. Дети с умственной отсталостью

Среди подростков, имеющих психическую патологию развития, наиболее многочисленную группу составляют умственно отсталые дети. Большинство из них - олигофрены.

Олигофрения - это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС, и, в первую очередь, коры головного мозга, в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периоды. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяют на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность. Подростки с умственной отсталостью в стадии идиотии и имбецильности в правовом отношении являются недееспособными, и над ними устанавливается опека, родителей или замещающих лиц.

Развитие умственно отсталого подростка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У них отмечаются задержки в физическом развитии, общая психологическая инертность, снижен интерес к окружающему миру, заметно недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. По-иному у них складываются соотношения в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления [9, 30].

6. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)

Внимание этих подростков характеризуется неустойчивостью, отмечаются периодические его колебания, неравномерная работоспособность. Трудно собрать и сконцентрировать внимание, обучающихся с ОВЗ, удержать на протяжении той или иной деятельности.

Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, подростки действуют импульсивно, часто отвлекаются

Установлено, что многие из подростков испытывают трудности и в процессе восприятия.

Память подростков с задержкой психического развития также отличается качественным своеобразием. Характерны неточность воспроизведения и быстрая потеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память.

Значительное своеобразие отмечается в развитии их мыслительной деятельности. Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Исследователи подчеркивают сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами.

У подростков с ЗПР отмечается выраженная тревожность по отношению к взрослому, от которого они зависят. Такая тревожность имеет тенденцию с возрастом прогрессировать.

Подростки склонны преимущественно к конфликтному или избегающему способу взаимодействия. Подростки с ЗПР предпочитают контактировать с детьми более младшего возраста, в силу того, что коллектив сверстников, с которыми они могут контактировать, устанавливая взаимоотношения, вызывает у них тревогу. У них преобладают ситуативно-деловые формы общения, основывающиеся на предметно-практических операциях. У обучающихся с ЗПР, выявлена сниженная потребность в общении [6].

7. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

Детский церебральный паралич - болезнь, развивающаяся вследствие поражения головного мозга - внутриутробно, при родах или в период новорожденности, характеризуется двигательными расстройствами, а также нарушениями психоречевых функций.

Для большинства подростков с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью. Интеллект подростка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной.

При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются, в первую очередь, эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости". Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью. Несмотря на перечисленные особенности поведения, эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. Это может быть и повышенная возбудимость. Подростки этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то, чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными [31].

К.А. Семенова выделяет следующие особенности нарушения познавательной деятельности при ДЦП

1. Неравномерный характер нарушений отдельных психических функций.

2. Выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением ЦНС.

3. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений [31].

8. Дети с расстройствами раннего детского аутизма (РДА).

Аутизм – нарушение нормального хода мышления под влиянием болезни, психотропных или иных средств, уход человека от реальности в мир фантазий и грез. В наиболее яркой форме он обнаруживается у детей дошкольного возраста и у больных шизофренией.

Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:

- полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, или же недостаточная потребность в них;

- обособленность от окружающего мира;

- слабость эмоциональной реакции по отношению к близким, даже к матери, возможно, полное безразличие к ним (аффективная блокада);

- подростки, страдающие аутизмом, очень часто чувствительны к слабым раздражителям. Например, они нередко не переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана;

- однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям, например, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.);

- речевые нарушения при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм – ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги;

- характерным для подростков-аутистов является такое зрительное поведение, при котором проявляется непереносимость взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо [3].

Сложность и своеобразие психики подростка с проблемами в развитии требует тщательного методологического подхода к процессу психологической помощи.

Чрезвычайно важен принцип личностного подхода к обучающемуся с проблемами в развитии. В процессе психологической помощи не учитывается какая-то отдельная функция или изолированное психическое явление, например низкий уровень интеллекта, а личность в целом со всеми ее индивидуальными особенностями.

Проанализировав разные точки зрения отечественных психологов, мы составили психолого-педагогическую характеристику подростков с ОВЗ.

У подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья, наблюдается низкий уровень развития восприятия. По этой причине им необходимо более длительное количество времени для приема и переработки информации.

Так же у подростков с ОВЗ недостаточно сформированы пространственные представления. Вследствие чего они не могут осуществлять полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое.

Внимание у таких обучающихся неустойчивое, рассеянное, им трудно переключаться с одной деятельности на другую. Все это является следствием слабого развития интеллектуальной и познавательной активности, замедленного темпа переработки информации.

Память значительно ограничена в объеме, преобладает механическая над логической, кратковременная над долговременной, наглядная над словесной.

У подростков с ОВЗ наглядно-действенное мышление развито в большей степени по сравнению с наглядно-образным и словесно-логическим.

Отмечается снижение потребности в общении.

В некоторых случаях имеются нарушения речевых функций, иногда не сформированы все компоненты языковой системы.

Работоспособность низкая, в силу повышенной истощаемости. Наблюдается несформированность произвольного поведения.

Вследствие этого у подростков проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений и навыков [11, 13].

У подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья, возникают следующие проблемы в процессе обучения:

1. Отсутствует мотивация к познавательной деятельности, ограниченны представления об окружающем мире;

2. Низкая самооценка;

3. Повышенная тревожность. Многие подростки с ОВЗ отмечают повышенную тревожностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечается малейшее изменение в настроении;

4. Для большинства таких детей характерна повышенная утомляемость. Они быстро становятся вялыми или раздражительными, плаксивыми, с трудом сосредотачиваются на задании. При неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения задания.

5. У других подростков отмечается повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству.

6. Подростки, имеющие ограниченные возможности здоровья, характеризуются их как менее общительные, замкнутые. Для них свойственна сдержанность, обособленность, критичность, склонность к ригидности, скептицизму, отчужденности.

7. У подростков с ОВЗ низкий уровень эмоциональной устойчивости. Они более чувствительны, эмоционально менее устойчивы. Легко расстраиваются, изменчивы в поведении и эмоциях. Избегают требований окружающей действительности.

8. У подростков с ОВЗ наблюдается такая личностная особенность, как переоценка собственных возможностей. Им свойственна переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм.

9. Подросток с ОВЗ легко выводится из душевного равновесия, часто имеет пониженное настроение.

10. У подростков с ОВЗ низкая социальная приспособленность и менее успешное овладение требованиями окружающей жизни.

Таким образом, подростки, с ограниченными возможностями здоровья - это дети в возрасте от 12 до 15 лет, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом, считающимся нормальными для человека данного возраста. Подростки с ОВЗ отличаются следующими психологическими особенностями: повышенная тревожность, повышенная утомляемость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству, низкая общительность, замкнутость, эмоциональная неустойчивость, переоценка собственных возможностей, низкая социальная приспособленность и менее успешное овладение требованиями окружающей жизни.

Глава 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ОВЗ И СПЕЦИФИКИ РАБОТЫ ПЕДАГОГА – ПСИХОЛОГА С НИМИ

2.1 Организация и методы исследования

Нами организовано экспериментальное исследование на базе МБОУ «Пискуновская ООШ» с целью изучения психологических особенностей подростков с ОВЗ и специфики работы педагога-психолога с ними. Выборка исследования представлена подростками в возрасте от 13 до 14 лет в количестве 10 человек.

Этапы исследования:

1 этап (декабрь 2016 г. – февраль 2017 г.) - изучение теоретических аспектов проблемы сопровождения подростков, имеющих ОВЗ, определение категориального аппарата, определение методов и выборки экспериментального исследования, проведение диагностики психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

2 этап (март 2017 г. – апрель 2017 г.) – обработка и анализ полученных результатов экспериментального исследования психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

3 этап (май 2017 г. - июнь 2017 г.) – разработка и описание системы работы педагога-психолога с подростками, имеющими ОВЗ, формулирование выводов, оформление ВКР.

В качестве диагностического инструментария мы использовали следующие методики:

1. Методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы - Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин).

2. «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор - Р.Б. Кеттелл).

Ниже опишем содержание каждой методики.

1. Методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин).

Цель методики – диагностика тревожности в структуре личности.

Методика, является единственной методикой, позволяющей измерять тревожность как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией.

Предлагаемый тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент-реактивной тревожности как состояния и личностной тревожности - как устойчивой характеристики человека.

Содержание методики.

Шкала самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную и личностную тревожность. Реактивная тревожность (РТ) - высказывания № 1-20. Реактивная тревожность является не стабильной и бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией.

Личностная тревожность (ЛТ) - высказывания № 21-40. Личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, так как является свойством личности.

Перед началом тестирования испытуемому дается следующая инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 50,$$

где $\sum 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7 9, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ — сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, И, 15, 19, 20);

$$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

где $\Sigma 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результат оценивается следующим образом: до 30 - низкая тревожность; 31-45 - умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания; высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Очень высокая тревожность больше 46 прямо может быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами, психосоматическими заболеваниями.

Низкая тревожность меньше 12, наоборот, характеризует состояние как депрессивное, неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Определенный уровень тревожности - это естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует

свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать на них выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и научиться разбивать большие задачи на более мелкие

Для людей с низким уровнем тревожности, наоборот, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, формирование чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Шкалу самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина можно успешно использовать в целях саморегуляции, руководства и психокоррекционной работы.

2. «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор - Р.Б. Кеттелл).

Цель - определение психологических особенностей подростков.

Подростковый вариант многофакторной методики Р.Б. Кеттелла предназначен для диагностики подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Подростковая 14 факторная методика содержит 142 вопроса с тремя

вариантами ответов для выбора наиболее подходящего. Время прохождения теста-опросника Кеттелла для подростков в среднем 30-40 минут.

Методика Кэттелла широко используется в психодиагностической практике. Данный опросник универсален, практичен, дает многогранную информацию об индивидуальности человека. Коэффициент надежности опросника Р.Б. Кеттелла, определенный методом расщепления, находится в пределах 0,71–0,91. Коэффициент ретестовой надежности (через две недели) – в пределах 0,56-0,91. Данные по эмпирической валидности включают усредненные профили показателей для более чем 50 профессий и для стольких же психических заболеваний [15].

Отличительной чертой данного опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов: шкал, первичных черт личности.

Обработка результатов опросника Кеттелла для подростков проводится следующим образом.

В ходе диагностики подсчитывается количество совпадений ответов тестируемого с ключом. За каждое совпадение начисляется 2 балла. Исключение составляет фактор В, где за каждое совпадение ответа с ключом дается 1 балл, а также за ответ «в» начисляется 1 балл. Далее полученная сумма баллов сравнивается с нормативными данными по таблице и относительно этих данных результат интерпретируется как низкая или высокая оценка.

Далее опишем интерпретацию результатов методики Кеттелла для подростков.

Фактор А «шизотемия-аффектомия».

Низкие оценки: сдержанный, обособленный, критичный, холодный, склонен к ригидности, скептицизму, отчужденности. Вещи и идеи привлекают больше, чем люди. Предпочитаем работать в одиночку. Избегает компромиссов. Тверд, негибает, жесток. Точность и ригидность

проявляются в действиях и установках. Показатель несколько коррелирует шизоидностью.

Высокие оценки: человек обращен вовне. Легкий в общении, доброжелательный, эмоционально богат. Склонен к сотрудничеству, внимателен к людям, мягкосердечен. Хорошо приспосабливается, присущи гибкие установки, которые легко меняются. Хорошо развито чувство сопереживания. В мышлении присущи реалистичные тенденции. В деятельности предпочитает социально значимые ситуации, которые связаны с людьми. Легко включается в активные группы. В личных отношениях щедр, открыт, не боится критики.

Фактор С «степень эмоциональной устойчивости».

Низкие оценки: чувствительный, эмоционально менее устойчив. Легко расстраивается. Изменчив в поведении, в эмоциях. Избегает требований окружающей действительности. Раздражителен, эмоционально возбудимый, невротически утомленный. Активно реагирует на удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей. Требуется немедленного решения проблем, удовлетворения потребностей.

Высокие оценки: эмоционально устойчив. Зрелый тип. Реалистическое отношение к жизни. Невозмутим. Развита способность к соблюдению групповых моральных норм. Может проявляться покорность перед нерешенными проблемами без отрицательных эмоций от неудовлетворенности. Гибкое поведение в стрессовых ситуациях. Способен выбирать оптимальный вариант поведения. Не ригиден.

Фактор D «флегматичность-возбудимость».

Низкие оценки: сдержанный, инертный, осторожный, благодушный, стоический, неторопливый. Не склонен к резкости. Легко смущается. Склонен к самоунижению. Спокойный. Очень постоянен в своих интересах, привязанностях. Упорен в достижении цели.

Высокие оценки: возбудимый, нетерпеливый, требовательный, сверхактивный, несдержанный. Привлекающий внимание, позирующий,

склонный к ревности. Самоуверенный, эгоцентричный. Легко отвлекается и проявляет много нервных симптомов, беспокойно спит, легко обижается, сердится в возбужденном состоянии в ситуации ограничения.

Фактор Е «пассивность-доминантность».

Низкие оценки: уступчив, навязчив в поведении. Зависит от других. Стремится исповедоваться, раскрыться другим. В поведении корректен. Низкие оценки часто встречаются у невротиков.

Высокие оценки: по отношению к другим выступает как руководитель. Но это не коррелирует с истинным лидерством и реальными способностями. Могут быть временными лидерами в экстремальных ситуациях или в неформальных группах. Демократичны. Высокое упорство в борьбе против норм, установок в группе, если что-то не устраивает. Склонны к самоутверждению. Придерживаются своих взглядов, установок. Властны, авторитарны, ожидают самостоятельности от других.

Фактор F «осторожность-легкомыслие».

Низкие оценки: трезвый, осторожный, молчаливый, неторопливый. Осторожность иногда выступает в комплексе с мрачностью и пессимизмом. Впечатлителен, склонен к субдепрессиям. На них можно положиться, но не эффективны как организаторы. На второстепенных ролях функционируют очень хорошо. Высокие оценки: безалаберны, импульсивны, живые, веселые, полны энтузиазма, активны, разговорчивы. Часто бывают душой общества. Легко переключаются с одной деятельности на другую. Склонны к частой перемене мест. Оперативны, свойственна высокая производительность труда. Присущи хорошие организаторские способности, деятельность может не иметь реального эффекта.

Высокий показатель по этому фактору коррелирует с низким показателем по фактору «степени принятия моральных норм».

Фактор G «степень принятия моральных норм».

Низкие оценки: неустойчивость в достижении цели, поверхность. Избегает правил, мало чувствует обязанности. Не прилагает усилий при

решении групповых задач, выполнении социально-культурных требований. Эгоисты, работают для себя и на себя. Обычно высокое честолюбие. Свободен от влияния группы. Отказ от подчинения правилам группы может коррелировать с низким уровнем соматических заболеваний меньше болеют. Большая устойчивость при стрессах.

Высокие оценки: сознательны, настойчивы, на них можно положиться. Степенны в поведении, требовательны к себе. Обязательны, настойчивы, руководствуются чувством долга, ответственны, полны планов. Не легки в общении. Педантичны. Могут возникать конфликты при попадании в другую культуру, в другое общество. Исполнительны. Не любят перемен мест работы. Избегают помощи со стороны окружающих. Довольствуются ресурсами собственной личности. Хорошие руководители. Копаются в мелочах и чувствительны к нарушениям морально-этических норм.

Фактор Н «робость, застенчивость - смелость, авантюризм».

Низкие оценки: застенчивы, сдержаны, боязливы, уклончивы, держатся в тени. Проявляются подсознательное чувство вины, собственной неполноценности. Речь замедленна, затрудняется в высказываниях. Избегает профессий с личными контактами. Не склонны поддерживать отношения со всеми, кто их окружает. С трудом включается в общие мероприятия. Избегает яркого своего появления на людях, самовыражения.

Высокие оценки: авантюристичны, социально смелы, не заторможены. Очень живые и непосредственны в эмоциональных реакциях. Может небрежно относиться к деталям. Не реагирует на сигналы опасности. Пробивные. Тенденция заинтересованности к противоположному полу. Фактор коррелирует положительно с лидерством. Обычно академическая успеваемость невысокая. Охотно испытывает новые эмоции, с восторгом бросается в них. В деятельности много времени тратит на разговоры.

Фактор I «реализм - сензитивность».

Низкие оценки: практичны, самодовольны. Способствуют сплочению интеграции группы, реалистичны, мужественны, независимы. Проявляют

скептицизм к культурным, социальным аспектам жизни, ко всему, что субъективно. Иногда могут быть безжалостны и жестоки. В группе ориентируются на реальную деятельность, а не на субъективные взаимоотношения. В основном полагаются на себя. Не терпят бессмысленной работы.

Высокие оценки: высокая эмоциональная чувствительность. Обычно не проявляют альтруизма. Выражена тенденция к избеганию ответственности в работе и личных отношениях. Свойственная беспричинная тревога. Фактор коррелирует со шкалой тревожности. Продуктивны в творческой деятельности, обладают артистическими способностями, тонкостью чувств. В жизни — нетерпеливы, непрактичны, слабы, легко поддаются влиянию других, недостаточно самостоятельны, зависимы, капризны, требовательны к вниманию других. Требуют и ждут помощи. Плохо переносят грубость и грубые работы. Замедляют деятельность группы.

Фактор J «неврастения, фактор Гамлета».

Низкие оценки: предприимчивы, предпочитают групповые действия. Любят внимание, энергичны. Принимающие общие нормы и оценки. Для них важна совокупность людей.

Высокие оценки: индивидуалисты, внутренне сдержанны, интроспективны. В общем деле не очень эффективны, так как очень привередливы. В своих оценках очень холодны. Обычно, имеют свое мнение, не навязывают его и часто не сообщают другим. Узкий круг друзей. Не забывают несправедливости. Интеллектуально развиты, думают над своими ошибками, стараясь избежать новых. Холодные неврастеники.

Фактор O «самоуверенность — склонность к чувству вины».

Низкие оценки: безмятежны, доверчивы, преобладает спокойное настроение, невозмутимы. Зрелая уверенность в себе и своих близких. Отсутствует чувство угрозы до такой степени, что в личных отношениях или в групповой деятельности может не заметить изменений. Самоуверены, зачастую вызывают явную неприязнь окружающих. Высокие оценки:

депрессивны, преобладает плохое настроение. Свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа. Неэффективные ораторы.

Фактор Q2 «степень групповой зависимости».

Низкие оценки: зависимые, ведомые, идущие на зов, присоединяющиеся. Предпочитают принимать решения вместе с другими людьми. Любят процесс общения. Любят, когда ими восхищаются. Не хватает решительности. Необходима поддержка группы. Близки к конформизму. Проявляется стадное чувство.

Высокие оценки: независимы, склонны идти своим путем, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Не считаются с общественным мнением. Не всегда доминируют. Нельзя сказать, что у них негативное отношение к другим людям, им просто не нужно их одобрение, поддержка. Предпочитают собственное мнение и решение. Плохо работают в группе, говоря, что при работе в группе теряют много времени.

Фактор Q3 «степень самоконтроля».

Низкие оценки: низкий волевой контроль. В своем поведении не руководствуется волевым контролем. Не обращает внимания на социальные требования. Низкая интегрированность. Не обращает внимания на социальные требования. Нет цельной личности. Не слишком чувствительны, но импульсивны в своем поведении и, следовательно, подвержены ошибкам. Часто чувствуют себя неприспособленными к жизни.

Высокие оценки: высокий контроль поведения, поведение социально точное, соответствующее образу своего Я. Социально очень чувствительны. Характерно самоуважение, забота о собственной репутации. Устойчивые интересы, формы поведения. Склонны к упрямству. Нечувствительны в области чувств, небидчивы. Образ Я строят сами, но он почти совпадает с требованиями общества. Волевые, уверены в себе, в группе работают

хорошо. Достаточно объективны к окружающим. Часто обладают хорошими ораторскими способностями.

Фактор Q4 «степень внутреннего напряжения».

Низкие оценки: склонны к удовлетворенности. Расслабленность может привести к лени, к низким достижениям. Обычно снижена мотивация деятельности. Легко адаптируются. Если работа или жизнь требуют высокого напряжения - их деятельность низко эффективна. Идеальное условие для работы - это постоянный ритм.

Высокие оценки: сверхактивны, возбудимы, беспокойны, нетерпеливы. При групповой работе не очень приятны. Обычно недовольны порядком, руководством. Тип фрустрированный. В эмоциональном плане - взрывчатые. Очень высоко мотивированы. Низкий порог фрустрации, который связан с высокой возбудимостью. Фактор хорошо коррелирует с высокой успеваемостью.

Интерпретация результатов осуществляется на основании Профиля личности и Интерпретатора, содержащего подробное описание факторов.

Профиль личности позволяет выделить те факторы, значения которых существенно отличаются от средних величин. Такие значения принято называть "крайние", "критические" точки личности. Эти значения как раз указывают на ключевые проблемы личности, компенсирующие механизмы, а иногда – на сильное желание или стремление иметь то или иное качество [37].

Ниже представим результаты экспериментального исследования психологических особенностей подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья.

2.2 Анализ результатов исследования

Проанализируем результаты экспериментального исследования психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

В таблице 1 представлены имена испытуемых, возраст и указаны особенности развития.

Таблица 1– Особенности развития и возраст испытуемых

№	И.Ф.	Возраст	Особенности развития
1	Анна С	13 лет	
2	Дмитрий Л	14 лет	
3	Игорь Г	13 лет	ОВЗ
4	Илья П	13 лет	
5	Катя Ш	14 лет	
6	Лиля Н	13 лет	
7	Ольга Е	14 лет	ОВЗ
8	Степан Ч	14 лет	ОВЗ
9	Сергей Т	14 лет	ОВЗ
10	Юля Н	14 лет	ОВЗ

На первом этапе была проведена диагностика уровня ситуативной и личностной тревожности по методике «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы - Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин).

В экспериментальном исследовании принимали участие 10 подростков, из них 5 подростков, имеющих ОВЗ, и 5 подростков – без ОВЗ.

При интерпретации были получены следующие результаты, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты исследования уровня ситуативной и личностной тревожности у подростков с ОВЗ

№	И.Ф.	С Т		Л Т		Нарушения в развитии
		балл	уров.	балл	уров.	
1	Игорь Г	21	Н	53	В	ЗПР
2	Ольга Е	50	В	50	В	Умственная отсталость
3	Степан Ч	47	В	51	В	ЗПР
4	Сергей Т	35	С	51	В	ЗПР
5	Юля Н	56	В	51	В	ЗПР

Проанализировав результаты диагностики ситуативной и личностной тревожности у подростков, имеющих ОВЗ, мы отмечаем, что у всех испытуемых выявлен высокий уровень личностной тревожности. Эти подростки отличаются неадекватной реакцией на замечания, советы и просьбы, высокой вероятностью нервных срывов, аффективных реакций в ситуациях, где речь идет об их компетенции в тех или иных вопросах, их престиже, самооценке, их отношении. Так же они отличаются конфликтностью, созданием различного рода психологических барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию с окружающими. К таким подросткам опасно предъявлять категорично высокие требования, даже в ситуациях, когда объективно они выполнимы для них. Неадекватная реакция на такие требования может задержать, а то и вообще отодвинуть на долгое время выполнение требуемого результата.

Кроме того, у 60 % подростков с ОВЗ выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. Для таких подростков характерны субъективные переживания, при попадании в стрессовую ситуацию. Они могут испытывать эмоциональное напряжение, беспокойство, озабоченность.

Так же отметим, что у одного подростка с ОВЗ выявлен низкий показатель ситуативной тревожности, что свидетельствует о низком развитии чувства ответственности. Но иногда низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

У 1 подростка с ОВЗ уровень личностной тревожности имеет средний уровень, что соответствует норме.

В таблице 3 мы представили результаты исследования уровня ситуативной и личностной тревожности у подростков без ОВЗ.

Таблица 3 – Результаты исследования уровня ситуативной и личностной тревожности у подростков без ОВЗ

№	И.Ф.	С Т		Л Т	
		балл	уров.	балл	уров.
1	Анна С	32	С	53	В
2	Дмитрий Л	24	Н	32	С
3	Илья П	56	В	42	С
4	Катя Ш	42	С	40	С
5	Лиля Н	40	С	55	В

Проанализировав результаты диагностики ситуативной и личностной тревожности у подростков без ОВЗ, мы отмечаем, что у 2 испытуемых (40%) выявлен высокий уровень личностной тревожности. Эти подростки отличаются конфликтностью, неадекватной реакцией на замечания, советы и просьбы, высокой вероятностью нервных срывов. К таким подросткам опасно предъявлять категорично высокие требования, даже в ситуациях, когда объективно они выполнимы для них. Неадекватная реакция на такие требования может задержать, а то и вообще отодвинуть на долгое время выполнение требуемого результата. У остальных подростков уровень личностной тревожности имеет средний уровень, что соответствует норме.

Кроме того, у 20 % подростков без ОВЗ выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. Для таких подростков характерны субъективные переживания, при попадании в стрессовую ситуацию. Они могут испытывать эмоциональное напряжение, беспокойство, озабоченность.

Так же у 20 % подростков без ОВЗ выявлен низкий показатель ситуативной тревожности, что свидетельствует о низком развитии чувства ответственности.

Наглядно эти данные представлены на рисунке 1.

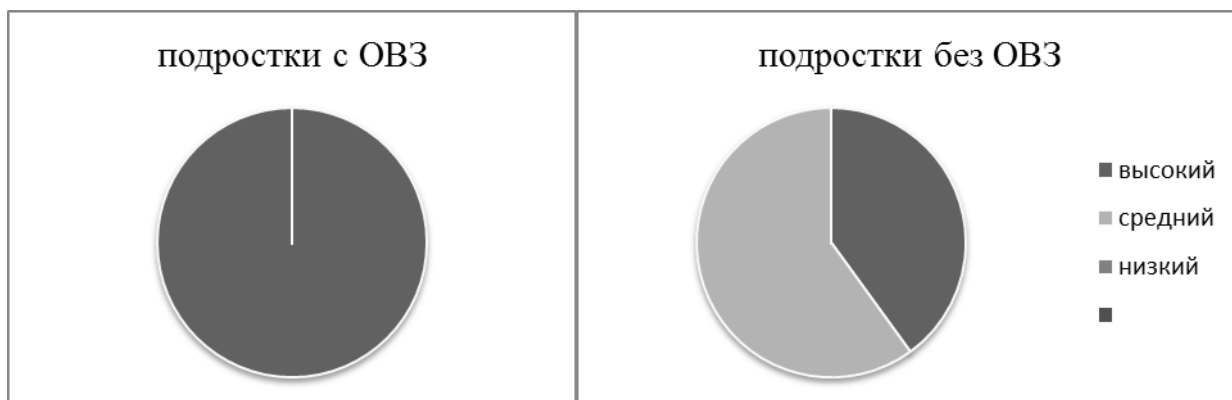


Рисунок 1 – Результаты диагностики личностной тревожности у подростков с ОВЗ и подростков без ОВЗ

Проанализировав полученные результаты, мы отмечаем, что у 5 подростков с ОВЗ высокий уровень личностной тревожности. У подростков без ОВЗ 2 человека (40%) имеют высокий показатель, у трех подростков (60%) этот показатель находится в норме. Это свидетельствует о том, что у подростков с ОВЗ высокая личностная тревожность.

Анализируя результаты, полученные по шкале «ситуативная тревожность», мы отмечаем, что у трех подростков с ОВЗ (60%) - выявлен высокий уровень ситуативной тревожности, у 20 % - средний, у 20 % - низкий. Отметим, что у их сверстников, не имеющих ОВЗ, этот показатель находится ниже. Высокий уровень выявлен у 20 % (один человек).

Наглядно эти данные представлены на рисунке 2.

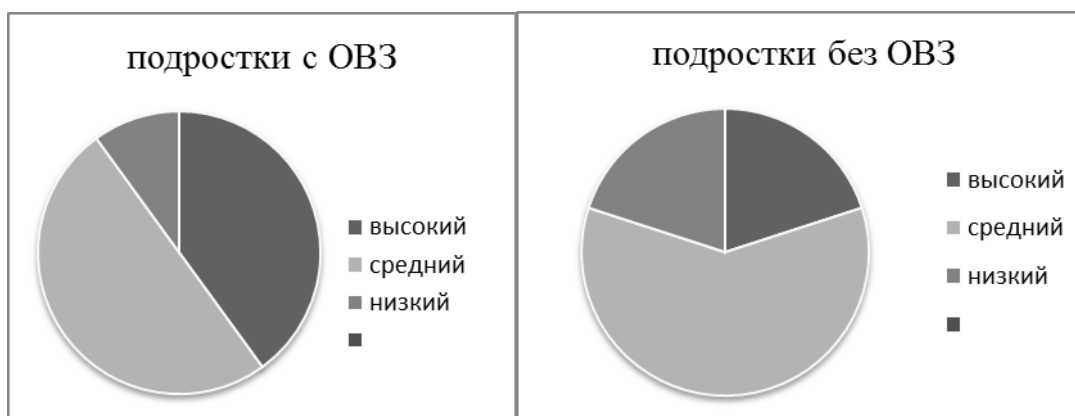


Рисунок 2 – Результаты диагностики ситуативной тревожности у подростков с ОВЗ и подростков без ОВЗ

Проанализировав полученные результаты, мы можем сделать вывод о том, что у подростков с ОВЗ более высокий уровень как личностной, так и

ситуативной тревожности, по сравнению с их сверстниками, не имеющими отклонений в развитии.

Результаты исследования психологических особенностей личности подростков по тесту «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл) отображены в таблице 4.

Таблица 4 - Результаты исследования индивидуально–психологических особенностей личности подростков с ОВЗ

№	И.Ф	А		С		D		E		F		G		H		I		J		O		Q2		Q3		Q4	
		б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у
1	Игорь Г	8	в	3	н	6	с	5	с	5	с	7	с	7	с	7	с	8	в	8	в	4	с	5	с	9	в
2	Ольга Е	2	н	10	в	3	н	8	в	1	н	5	с	8	в	8	в	3	н	5	в	2	н	5	с	4	с
3	Степан Ч	4	с	3	н	3	н	5	с	5	с	8	в	5	с	6	с	6	с	8	в	4	с	6	с	4	с
4	Сергей Т	2	н	2	н	6	с	8	в	3	н	3	н	4	с	6	с	5	с	10	в	5	с	6	с	7	с
5	Юля Н	3	н	5	с	4	с	7	с	3	н	4	с	4	с	5	с	6	с	7	с	9	в	7	с	6	с

Условные обозначения:

Н - низкий уровень развития;

С - средний уровень развития;

В - высокий уровень развития;

б - балл;

у - уровень.

Анализируя результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, мы отмечаем, что у 60% подростков с ОВЗ по фактору А (шизотимия – аффектомия) выявлен низкий показатель. Такие подростки менее общительны, замкнуты в себе, предпочитают держаться обособленно.

По фактору С (степень эмоциональной устойчивости) мы выявили, что у 60% подростков с ОВЗ выявлена пониженная возбудимость. Таким подросткам свойственна чувствительность, эмоциональная неустойчивость.

Описывая результаты исследования по фактору D (флегматичность - возбудимость), нами отмечено, что у 40 % подростков с ОВЗ низкий показатель.

Это говорит о наличии таких психологических особенностей у подростка как: сдержанность, инертность, осторожность, склонность к самоунижению.

У 40 % подростков с ОВЗ по фактору E (пассивность - доминантность) имеются высокие оценки. Такие подростки демократичны, склонны к самоутверждению, придерживаются своих взглядов, установок, по отношению к другим выступают как руководитель.

Анализируя результаты, полученные по фактору F (осторожность - легкомыслие), мы отмечаем, что у 40 % испытуемых получены высокие оценки, что свидетельствует о наличии таких качеств как: безалаберность, импульсивность, энтузиазм.

По фактору G (степень принятия моральных норм) у 1 испытуемого с ОВЗ (20%) получен низкий уровень. Такие подростки избегают правил, мало чувствуют обязанности.

Проанализировав результаты полученные по фактору O (самоуверенность - склонность к чувству вины), мы констатируем, что у 80 % испытуемых был выявлен высокий показатель. Такие подростки депрессивны, у них преобладает плохое настроение, мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях.

По фактору Q2 (степень групповой зависимости) у 20 % выявлены низкие оценки. Такие подростки зависимы, ведомы, нерешительны, им необходима поддержка группы.

У 1 испытуемого (20 %) были получены высокие оценки, следовательно, он обладает такими качествами как: независимость, склонность идти своим путем, принимать собственные решения, действовать самостоятельно.

В таблице 5 представлены результаты, полученные при изучении личностных особенностей подростков без ОВЗ.

Таблица 5 - Результаты исследования индивидуально–психологических особенностей личности подростков без ОВЗ

№	И.Ф	А		С		D		Е		F		G		H		I		J		O		Q2		Q3		Q4	
		б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у	б	у
1	Анна С	2	н	5	с	6	с	9	в	6	с	5	с	5	с	4	с	5	с	8	в	5	с	8	в	7	с
2	Дима Л	10	в	7	с	1	н	10	в	7	с	9	в	9	в	3	н	4	с	4	с	1	н	4	с	5	с
3	Илья П	5	с	10	в	5	с	5	с	7	с	9	в	6	с	5	с	9	в	6	с	5	с	6	с	7	с
4	Катя Ш	6	с	6	с	3	н	7	с	9	в	4	с	4	с	5	с	4	с	6	с	2	н	9	в	6	с
5	Лиля Н	4	с	5	с	9	в	8	в	3	н	5	с	2	н	6	с	4	с	6	с	5	в	3	н	9	в

Условные обозначения:

Н - низкий уровень развития;

С - средний уровень развития;

В - высокий уровень развития;

б - балл;

у - уровень.

Анализируя результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, мы отмечаем, что у 20% подростков без ОВЗ по фактору А (шизотимия –аффектомия) выявлен высокий показатель. Такие подростки общительны, не замкнуты в себе.

По фактору С (степень эмоциональной устойчивости) у 80% подростков без ОВЗ выявлен средний уровень, у 20 % высокий. Такие подростки эмоционально устойчивы к внешним и внутренним переживаниям.

Описывая результаты исследования по фактору D (флегматичность - возбудимость), нами отмечено, что у 20 % испытуемых низкий показатель.

Это говорит о наличии таких психологических особенностей у подростка как: сдержанность, инертность, осторожность, склонность к самоунижению.

У 60 % подростков с ОВЗ по фактору E (пассивность - доминантность) имеются высокие оценки. Такие подростки демократичны, склонны к самоутверждению, придерживаются своих взглядов, установок, по отношению к другим выступает как руководитель.

Анализируя результаты полученные по фактору F (осторожность - легкомыслие), мы отмечаем у 20 % испытуемых выявлены высокие оценки, что свидетельствует о наличии таких качеств как: безалаберность, импульсивность, энтузиазм.

По фактору G (степень принятия моральных норм) у 40% испытуемых выявлен низкий уровень. Такие подростки избегают правил, мало чувствуют обязанности.

Проанализировав результаты, полученные по фактору O (самоуверенность - склонность к чувству вины), у 20 % испытуемых был выявлен высокий показатель. Такие подростки депрессивны, у них преобладает плохое настроение, мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях.

Далее сопоставим результаты диагностики психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ и без ОВЗ.

Проанализировав результаты, полученные по фактору A (шизотимия – аффектомия), который определяет степень общительности ребенка в классе, мы отмечаем, что у 3 подростков с ОВЗ (60%) испытуемых выявлен низкий показатель по этому фактору. Анализируя результаты по этому фактору, мы выявили, что у 1 подростка без ОВЗ, низкий показатель.

Наглядно эти данные представлены в рисунке 3.

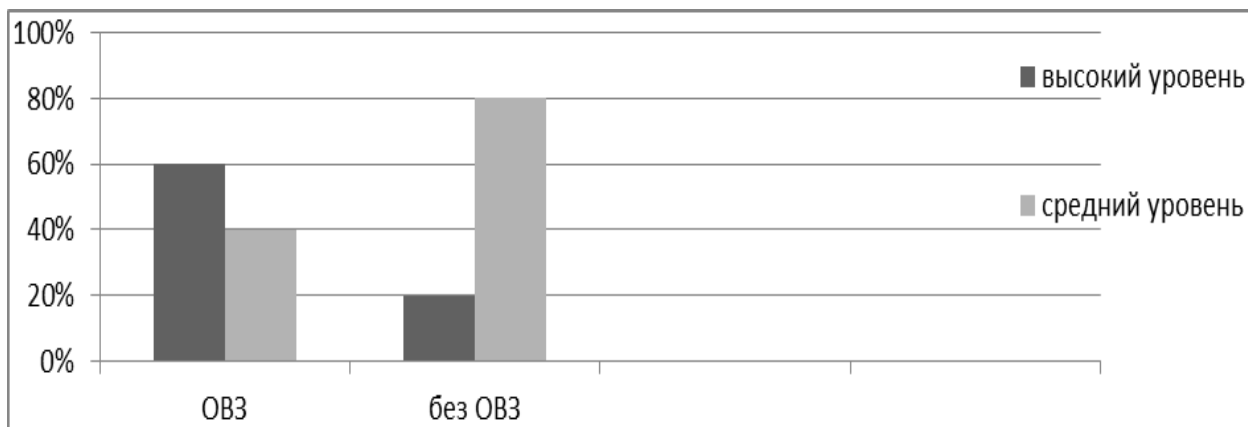


Рисунок 3 – Результаты диагностики по фактору А (шизотимия – аффектомия) у подростков с ОВЗ и подростков, без ОВЗ

Из этого следует, что подростки с ОВЗ характеризуются такими качествами, как: сдержанность, обособленность, критичность, склонность к ригидности, скептицизму, отчужденности. Вещи и идеи привлекают их больше, чем люди. Предпочитают работать в одиночку. Избегают компромиссов. В действиях и установках проявляется точность и ригидность. Данный показатель несколько коррелирует шизоидностью.

Анализируя результаты, полученные по фактору С, который определяет степень эмоциональной устойчивости, мы констатируем, что у 60% подростков с ОВЗ выявлен низкий показатель.

Низкие оценки говорят о том, что такие дети чувствительны, эмоционально менее устойчивы. Легко расстраиваются, изменчивы в поведении и эмоциях. Избегают требований окружающей действительности. Зачастую раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены. Активно реагируют на удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей. Требуют немедленного решения проблем, удовлетворения потребностей.

Подростки без ОВЗ имеют средний (80%) и высокий (20%) уровень эмоциональной устойчивости.

На рисунке 4 представлены данные полученные по этому фактору.

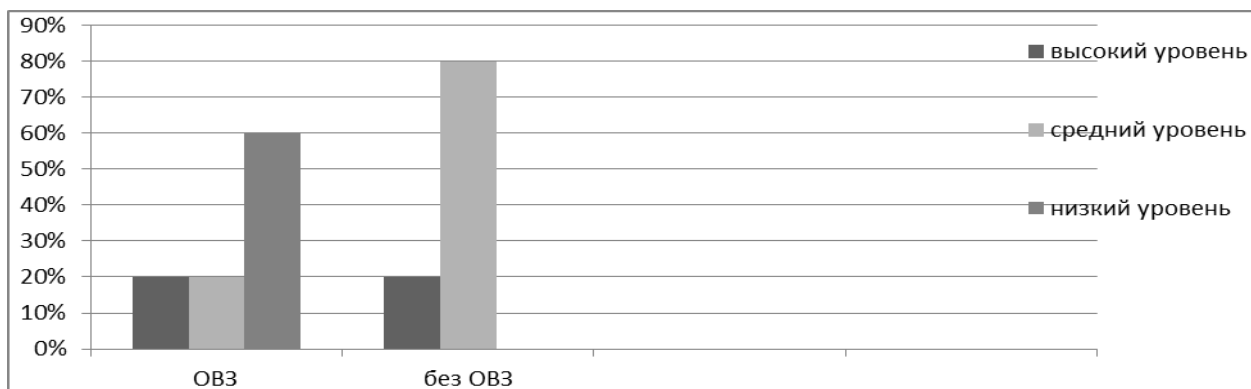


Рисунок 4 – Результаты диагностики по фактору С (степень эмоциональной устойчивости) у подростков с ОВЗ и подростков, без ОВЗ

Анализируя результаты, полученные по фактору Е (пассивность – доминантность), мы выявили, что у 3 подростков (60%) с ОВЗ выявлен высокий показатель. По отношению к другим такая личность выступает как руководитель. Но это не коррелирует с истинным лидерством и реальными способностями. Часто могут быть временными лидерами в экстремальных ситуациях или в неформальных группах. Демократичны. Склонны проявлять высокое упорство в борьбе против норм, установок в группе, в случае если что-то не устраивает. Всегда придерживаются своих взглядов, установок. Властны, авторитарны, ожидают самостоятельности от других. Мы отмечаем, что у подростков с ОВЗ этот показатель находится ниже, чем у подростков без ОВЗ. Это может свидетельствовать об уступчивости, навязчивости в поведении, зависимости от других у подростков, с ОВЗ.

Эти данные представлены на рисунке 5.

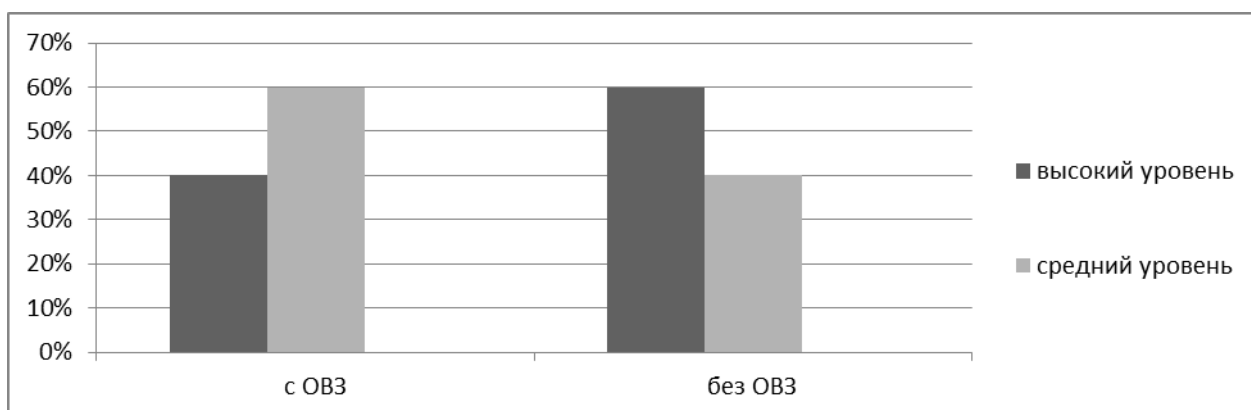


Рисунок 5 – Результаты диагностики по фактору Е (пассивность – доминантность) у подростков с ОВЗ и подростков, без ОВЗ

По фактору F (осторожность – легкомыслие) у 3 подростков с ОВЗ отмечаются низкие значения.

Такие подростки отличаются энергичностью, активностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска. Им свойственна переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм.

Проанализировав результаты, можно отметить, что подростки с ОВЗ безалаберны, импульсивны.

Наглядно результаты исследования по фактору F у подростков с ОВЗ и подростков, не имеющих ОВЗ, представлены на рисунке 6.

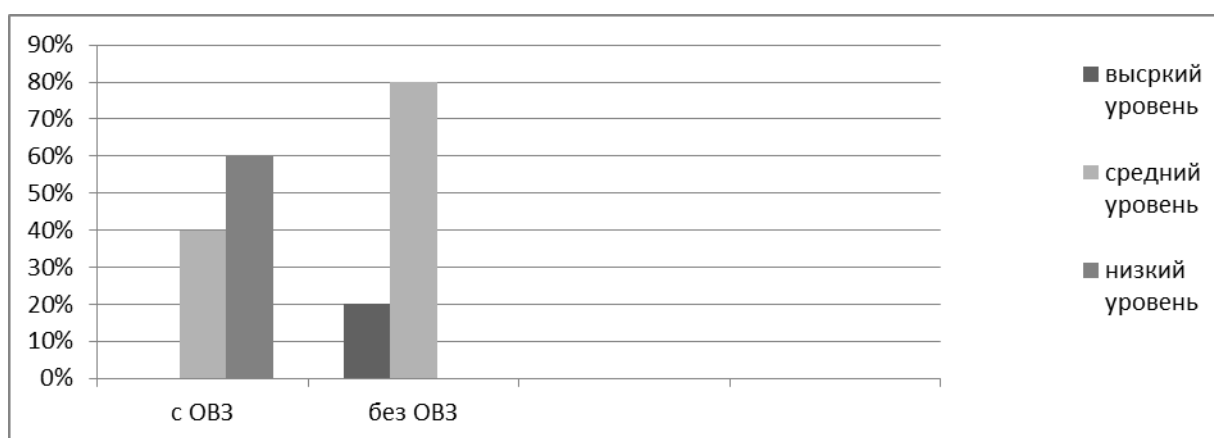


Рисунок 6 – Результаты диагностики по фактору F(осторожность – легкомыслие) у подростков с ОВЗ и подростков без ОВЗ

Проанализировав результаты, полученные по фактору O (самоуверенность - склонность к чувству вины), мы отмечаем, что у четырех подростков с ОВЗ (80%) выявлен высокий показатель по данному фактору.

Подросткам с ОВЗ свойственна депрессивность, у них преобладает плохое настроение. Свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа. Неэффективные ораторы.

У 4 подростков (80 %) без ОВЗ показатель по этому фактору находится на среднем уровне. Что свидетельствует о том, что подростки с ОВЗ менее уверены в своих силах, чаще прогнозируют ситуации собственных неудач.

Наглядно эти данные представлены на рисунке 7.

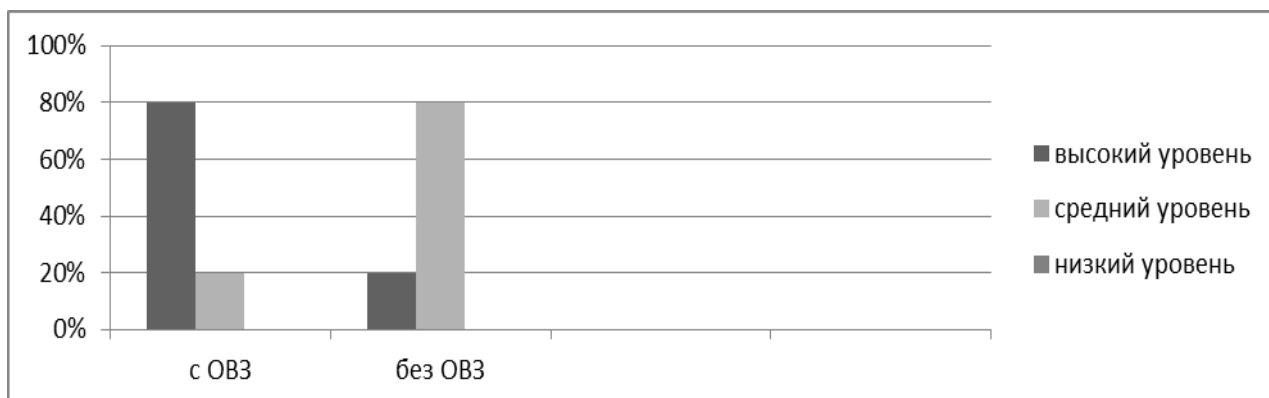


Рисунок 7 – Результаты диагностики по фактору О (самоуверенность - склонность к чувству вины) у подростков с ОВЗ и подростков без ОВЗ

По фактору Q3 (самоуверенность) у одного подростка (10%) с ОВЗ наблюдается низкий показатель. В то время как у 40% испытуемых подростков без ОВЗ отмечаются высокие значения. Это может быть расценено как лучшая социальная приспособленность и более успешное овладение требованиями окружающей жизни у подростков не имеющих ОВЗ.

По фактору В, который характеризует показатель правдивости ответов у одного подростка, с ОВЗ (20%) был получен низкий показатель. Он выполнял предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходил к решению своих проблем. Это может свидетельствовать о плохом внимании, утомляемости. У 20 % подростков с ОВЗ выявлен высокий показатель. Это свидетельствует о неискренности ответов, стремлении выглядеть в благоприятном свете.

Обобщая результаты экспериментального исследования психологических особенностей подростков с ОВЗ, мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении. Зачастую подростки с ОВЗ раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены, пассивны в поведении. Так же им свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

2.3 Описание системы работы педагога-психолога с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья

Создание условий для получения образования детьми с учетом их психофизических особенностей является одним из приоритетных направлений государственной политики при реализации права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья. Требования к условиям получения образования детьми с ОВЗ отражены в Федеральном государственном образовательном стандарте, и более подробно разработаны в ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в статье 79 – «Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья» [41].

В ней говорится о том, что надо дать интегральное (обобщенное) описание совокупности условий, необходимых для реализации соответствующих образовательных программ, структурированное по сферам ресурсного обеспечения. Вместе с тем отмечается, что подобная система требований должна включать в себя специфические компоненты в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с ОВЗ в целом и для каждой категории отклоняющегося развития, в отдельности [24].

Целью инклюзивного образования является введение в культуру ребенка, по разным причинам выпадающего из нее. Преодолеть «социальный вывих» и ввести ребенка в культуру можно, используя «обходные пути» особым образом построенного образования, выделяющего специальные задачи, разделы содержания обучения, а также - методы, приемы и средства достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами [4, 10].

Только удовлетворяя особые образовательные потребности ребенка с ОВЗ, можно открыть ему путь к общему образованию. Для того, чтобы обучение и воспитание ребенка с ОВЗ в образовательных учреждениях,

реализующих инклюзивную практику, состоялось должны создаваться следующие условия:

1. Достижения планируемых результатов освоения основной образовательной программы общего образования всеми обучающимися; использования обычных и специфических шкал оценки «академических» достижений ребенка с ОВЗ, соответствующих его особым образовательным потребностям;

2. Адекватной оценки динамики развития жизненной компетенции ребенка с ОВЗ совместно всеми участниками образовательного процесса;

3. Индивидуализация образовательного процесса, а так же целенаправленное развитие способностей детей с ОВЗ к коммуникации и взаимодействию со сверстниками;

4. Выявления и развитие способностей обучающихся с ОВЗ через систему клубов, секций, студий и кружков, организацию общественно-полезной деятельности, в том числе социальной практики, используя возможности образовательных учреждений дополнительного образования детей;

5. Включения детей с ОВЗ в доступные им интеллектуальные и творческие соревнования, научно-техническое творчество и проектно-исследовательскую деятельность;

6. Использования в образовательном процессе современных научно-обоснованных и достоверных коррекционных технологий, адекватных особым образовательным потребностям детей с ОВЗ;

7. Взаимодействие в едином образовательном пространстве общеобразовательной и специальной (коррекционной) школы в целях продуктивного использования накопленного педагогического опыта обучения детей с ОВЗ и созданных для этого ресурсов [24, 27, 33].

При разработке программы психолого-педагогического сопровождения подростков с ОВЗ, за основу мы взяли программу, психолого-педагогического

сопровождения детей с ОВЗ в условиях массовой общеобразовательной школы «Мы вместе», разработанную Ю.С Изосимовой [14].

Представленная нами система работы педагога-психолога с подростками, имеющими ОВЗ, разработана в рамках актуальной проблемы инклюзивного образования массового обучения.

Цель программы: обеспечение условий для личностного и познавательного развития подростков с ограниченными возможностями здоровья при освоении основной образовательной программы основного общего образования.

Задачи программы:

1. Выявлять особые образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья, обусловленные особенностями их физического и (или) психического развития;
2. Осуществлять индивидуально ориентированную психолого-медико-педагогическую помощь детям с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);
3. Обеспечить возможность освоения детьми с ограниченными возможностями здоровья основной образовательной программы основного общего образования на доступном им уровне и их интеграцию в образовательном учреждении;
4. Обеспечить возможность детьми с ограниченными возможностями здоровья для успешной социализации.

Основные целевые группы и охват: обучающиеся среднего звена – подростки в возрасте от 13 до 14 лет, родители учащихся и педагогический коллектив.

Данная программа предусматривает круглогодичную реализацию, и может быть модифицирована в соответствии с запросами учебно-воспитательного процесса в следующем учебном году.

В рамках психолого-педагогического сопровождения, обучающиеся под руководством педагога-психолога, проводят различные акции, участвуют в конкурсах, пишут различные научно-исследовательские и практические работы.

Принципы, на которых базируется данная система работы педагога-психолога следующие:

1. Гуманистическая направленность учебно-воспитательного процесса, предполагающая уважение к личности подростка, развитие индивидуальности;
2. Гибкость и динамичность, предполагающие возможность оперативного изменения содержания, форм и методов обучения в соответствии с особенностями различных категорий детей и возможностями их семей;
3. Доступность, предполагающая вариативность форм обучения, в соответствии с реальным потенциалом подростка и его семьи;
4. Целостный подход к образованию и социализации подростка на основе взаимосвязи между различными видами деятельности, включая педагогический, психологический, социальный аспекты, составляющие единый комплекс, соблюдение планомерности и непрерывности этого процесса;
5. Максимально раннее включение подростка в образовательный процесс (с момента постановки диагноза);
6. Единство действий семьи и школы в процессе образования и социализации подростка, обучение родителей и включение их в процесс социально-педагогической деятельности;
7. Содействие интеграции подростков с ОВЗ в общество, формирование социально- значимых навыков [1, 25, 36].

Оборудование и кадровое обеспечение:

Для реализации программы в школе должны иметься следующие ресурсы:

1. Кадровый компонент:

- педагоги-психологи
- социальные педагоги;
- классные руководители;
- педагоги-организаторы;
- учителя-логопеды;
- педагоги дополнительного образования;
- другие привлекаемые специалисты.

2. Материально-техническая база:

- актовый зал;
- школьная библиотека;
- спортивный зал;
- различные средства ТСО (компьютер, проектор, магнитофон и т.д.)

Программа включает в себя три основных психокоррекционных блока, которые взаимосвязаны и взаимодополняемы.

1. Диагностический блок. В него входят диагностика психического развития подростка и диагностика социальной сферы.

Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

1. Всестороннее клинико-психологическое изучение личности ребенка, его родителей, системы их отношений;
2. Анализ мотивационно-потребностной сферы ребенка и членов его семьи;
3. Анализ развития сенсорно-перцептивных и интеллектуальных процессов и функций.

Диагностика социальной сферы требует анализа неблагоприятных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, нарушающих его психическое развитие, формирование характера личности, социальную адаптацию.

2. Коррекционный блок включает в себя следующие задачи:

Коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности;

1. Помощь подростку в разрешении психотравмирующих ситуаций;

2. Формирование продуктивных видов взаимоотношений подростка с окружающими (в семье, в классе);
3. Развитие у подростка компетентности в вопросах нормативного поведения;
4. Формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей;
5. Развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения;
6. Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс;
7. Создание в детском коллективе, где обучается подросток с проблемами в здоровье, атмосферы принятия, доброжелательности, открытости, взаимопонимания.

Прогностический блок психокоррекции направлен на проектирование психофизиологических, психических и социально-психологических функций ребенка и подростка и состоит из решения следующих задач:

1. Проектирование возможных изменений в развитии познавательных процессов и личности в целом;
2. Определение динамики этих изменений.

Основные принципы, на которых базируется данная программа:

1. Принцип единства диагностики и коррекции;
2. Принцип нормативности развития;
3. Принцип коррекции «сверху вниз»;
4. Принцип коррекции «снизу вверх»;
5. Принцип системности развития психической деятельности;
6. Деятельностный принцип коррекции.

Педагог-психолог со специалистами изучает психологические особенности подростков, с ОВЗ, разрабатывает и апробирует развивающие, психопрофилактические и психокоррекционные программы, которые

помогут компенсировать неблагоприятный опыт и обстоятельства жизни детей с проблемами в развитии и будут способствовать прогрессивному формированию их личности.

Педагог-психолог, работающий в классе, должен уделять особое внимание обогащению и расширению конкретно-чувственного опыта детей.

В разделах коррекционной работы выделяются следующие проблемы:

Решение коммуникативных проблем возможно через следующие виды работы:

1. Разъяснительная коррекционная работа с педагогами, изменение воспитательных установок и стереотипов воспитания;
2. Тренинг педагогического общения;
3. Коррекционные игры с подростками, игровая коррекция поведения;
4. Статусная психотерапия.

Для решения проблем самооценки, тревожности, повышенной эмоциональной напряженности, пассивности, конформизма целесообразно использовать психогимнастику, сказкотерапию, музыкотерапию, арттерапию, психодраму.

Для решения проблемы дезадаптации, необходимо решить следующие вопросы:

1. Коммуникативные проблемы;
2. Нарушения психического и умственного развития;
3. Нарушения эмоциональной регуляции поведения;
4. Дезорганизация поведения;
5. Нарушения личностного развития;
6. Проблемы обучаемости.

Таким образом, следует подчеркнуть, что психокоррекционная работа играет исключительно важное значение в коррекции личностных проблем подростков с ограниченными возможностями. Важным моментом в работе педагога-психолога является развитие у подростков «собственного Я», личностных установок, самосознания, самоотношения, самооценности. В

психокоррекционной работе важнейшими компонентами выступают: коррекция коммуникативных проблем, проблемы самооценки, тревожности, повышенной эмоциональной напряженности, пассивности, конформизма, проблемы дезадаптации. Такая психокоррекционная работа должна носить постоянный характер [1, 36].

Помимо основных направлений психологического сопровождения, психологическая служба проводит работу по выявлению детей-инвалидов, проживающих в районе, прилегающем к школе, и старается привлечь их к обучению.

Планирование работы программы: психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ базируется на комплексном взаимодействии психолога – администрации – социального педагога – классного руководителя ребенка с ОВЗ.

План работы учреждения по сопровождению подростков с ограниченными возможностями представлен в таблице 6.

Таблица 6 - План работы образовательного учреждения по сопровождению подростков с ограниченными возможностями здоровья

№ п/п	Мероприятие	Сроки проведения	Ответственные за выполнение
1	Создание и корректировка банка данных подростков с ОВЗ	Сентябрь, апрель	Соц.педагог
2	Изучение состояния здоровья, возможностей подростков с ОВЗ по дальнейшему образовательному маршруту (обучение на дому/обучение в классе)	Сентябрь-октябрь	Кл. руководитель, соц.педагог, зам.директора по УВР
3	Составление плана работы с подростками с ОВЗ	Сентябрь	Соц.педагог, Педагог-психолог

Продолжение таблицы 6

4	Составление программы индивидуального обучения обучающихся с ОВЗ, организация обучения на дому	Сентябрь	Зам.директора по УВР
5	Индивидуальные и групповые консультации для педагогов, работающих с подростками с ОВЗ	В течение года и по запросу	Педагог-психолог, кл. руководители, учителя-предметники
6	Изучение личности обучающихся с ОВЗ	Октябрь - по запросу	Кл. руководитель, педагог-психолог
7	Изучение семьи (семейных отношений) подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Кл. руководитель, соц.педагог
8	Изучение интересов и способностей обучающихся с ОВЗ	Октябрь - по запросу	Кл.руководитель, Педагог-психолог
9	Контроль за организацией питания обучающихся с ОВЗ	В течение года	Соц.педагог
10	Индивидуальные консультации психолога для родителей подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Педагог-психолог
11	Индивидуальные консультации психолога для родителей подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Педагог-психолог
12	Изучение уровня адаптации подростков с ОВЗ	Октябрь, апрель	Педагог-психолог
13	Изучение микроклимата в классных коллективах	Октябрь, апрель	Кл.руководитель, педагог-психолог
14	Контроль над успеваемостью ,	В течение года	Кл.руководитель

	оказание своевременной помощи в обучении подростков с ОВЗ		
15	Консультации по вопросам воспитания, социальной адаптации	В течение года и по запросу	Соц. педагог, педагог-психолог, кл. руководители
16	Помощь в организации летнего отдыха и оздоровления подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Соц. педагог

Разработанная нами система работы педагога-психолога с подростками, имеющими ОВЗ, может быть использована педагогами и психологами при организации работы с подростками с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, описанная система работы с подростками с ОВЗ в условиях школы может служить ориентиром при сопровождении подростков с ОВЗ в образовательном учреждении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав литературу по проблеме психолого-педагогического сопровождения подростков с ОВЗ, можно сделать вывод, что обучающиеся с ОВЗ – это лица, имеющие физические и (или) психические недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Подростки с ОВЗ отличаются тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, низким уровнем самооценки, необщительностью, неуверенность в себе, пассивность в поведении, легкомысленностью, повышенной утомляемостью, вследствие чего возникают трудности в освоении образовательной программы.

Нами проводилось эмпирическое исследование на базе МБОУ «Пискуновская ООШ» с целью изучения психологических особенностей подростков в возрасте от 13 до 14 лет, которые имеют ограниченные возможности здоровья.

Анализируя результаты, полученные при диагностике уровня ситуативной и личностной тревожности по методике «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы - Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин), мы отмечаем, что все подростки с ОВЗ, имеют высокий уровень личностной тревожности.

Проанализировав результаты, полученные при диагностике психологических особенностей подростков с ОВЗ по методике «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл), мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении. Зачастую подростки с ОВЗ раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены, пассивны в поведении.

Так же им свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

Разработанная нами система работы педагога-психолога с подростками, имеющими ОВЗ, может быть использована педагогами и психологами при организации работы с подростками с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи, поставленные нами в выпускной квалификационной работе, успешно реализованы в ходе теоретического и экспериментального исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акатов, Л. И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л. И. Акатов. – Москва: Просвещение, 2004. – 276 с.
2. Алехина, С. В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина. – Красноярск: Сибирский федеральный университет, Красноярский гос. пед. ун–т им. В.П. Астафьева. – 2013.–С. 71 -95.
3. Башина, В. М. Аутизм в детстве [Электронный ресурс] : Научный центр психического здоровья. - Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru>
4. Большакова, Ю.В. Психолого-педагогические особенности сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном пространстве / Ю.В. Большакова. – Москва: Педагогика, 2002. –349 с.
5. Бондаренко, Б. С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации / Б. С. Бондаренко. – Москва: Владос, 2009. – 300 с.
6. Власова, Т. А. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой и [др.] – Москва: Педагогика, 2004.
7. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] : Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения 2006 год. – Режим доступа: <http://www.who.int/governance/eb/> .
8. Выготский, Л. С. Основные проблемы дефектологии // Том 5 из собрания сочинений в шести томах / Л. С. Выготский. – Москва: Педагогика, 1982.
9. Григорьева, Л. Г. Дети с проблемами в развитии / Л. Г. Григорьева. – Москва: Академкнига, 2002. – 213 с.

10. Дементьева, Н. Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н. Ф. Дементьева, Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева. – Москва: Академкнига, 2005. – 247 с.
11. Егоров, П. Р. Теоретические подходы к инклюзивному образованию людей с особыми образовательными потребностями / П. Р. Егоров // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 3. – С. 35-39.
12. Егорова, Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова. – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.
13. Зайцева, И. А. Коррекционная педагогика / Под ред. В. С. Кукушина, И. А. Зайцевой. Изд-е 2-е, перераб. и доп. – Москва: ИКЦ “МарТ”; Ростов–на–Дону: Издательский центр “МарТ”, 2009. – 352 с.
14. Изосимова, Ю. С. Проектная и исследовательская деятельность детей с ОВЗ как эффективный метод психолого-педагогического сопровождения инклюзивного процесса. [Электронный ресурс] : Научно-методический электронный журнал «Концепт». - Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2015/85892.htm>.
15. Киселева, Н. А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н. А. Киселева, И. Ю. Левченко. – Москва: Коррекционная педагогика, 2005. – 210 с.
16. Медико-правовой портал. Классификация основных видов нарушений функций организма при установлении инвалидности. [Электронный ресурс] : Научно-методический электронный журнал «Концепт». – Режим доступа: <http://103-law.org.ua/>.
17. Костенкова, Ю. А. Дети с задержкой психического развития: особенности речи, письма, чтения / Ю. А. Костенкова, Р. Д. Тригер, С. Г. Шевченко. – Москва: Школьная Пресса, 2004. – 64 с.
18. Лапшин, В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин. – Москва: Просвещение, 1991.
19. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития / В. В. Лебединский. – Москва: Педагогика. – 2004. – 306 с.

20. Лебединская, К. С. Задержка психического развития / К. С. Лебединская. – Москва: Педагогика. – 2007. – 280 с.
21. Лубовский, В. И. Специальная психология: науч. изд. / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева. – Москва : «Академия», 2005. – 464 с.
22. Маллер, А. Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А. Р. Маллер. – Москва: Издательский центр «Академии», 2010. – 208 с.
23. Маллер, А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями / А. Р. Маллер. – Москва: Педагогика – Пресс, 2006. – 284 с.
24. Малофеев, Н. Н. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения / Н. Н. Малофеев // Российская академия образования. – Москва, 2008. – 97 с.
25. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт–Петербург: Речь, 2004. – 220 с.
26. Панфилова, Е. В. Особенности обучения в коррекционной школе: проблемы учащихся с ограниченными возможностями здоровья. / Педагогика: традиции и инновации / Е.В.Панфилова - Челябинск, 2012. — С. 141-143.
27. Петрова, Н. В. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья через воспитание дружеских взаимоотношений во время игр /Н. В. Петрова // Вопросы дошкольной педагогики. - 2015. - №3. — С. 48-51.
28. Письмо Рособнадзора от 05.03.2010 № 02-52-3/10-ин "О направлении методических рекомендаций по организации и проведению единого государственного экзамена (ЕГЭ) для лиц с ограниченными возможностями здоровья" [Электронный ресурс] :Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

29. Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья / под ред. Гуслияковой Л. Г. –Москва: Социальное здоровье России, 2007. –210 с.
30. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб.пособие для студентов / С. Я.Рубинштейн. – Москва: Просвещение, 1986. – 192 с.
31. Семенова, К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К. А. Семенова. - Москва: Медицина, –1976. - 185 с.
32. Соколова, Н. Д. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании / Н. Д. Соколова, Л. В. Калиникова. – Москва, 2005. – 180 с.
33. Солодянкина, О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О. В. Солодянкина. – Москва: АРКТИ, 2007. – 80 с.
34. Сорокин, В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин.– Санкт-Петербург: Речь, 2003. – 216 с.
35. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья / под ред. А. Поликовой. – Москва: КТМУ, 2009 – 207 с.
36. Староверова, М. С. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ. Методическое пособие / М. С. Староверова. — Москва: Владос, 2011. — 167 с.
37. Тест Кеттелла, подростковый вариант. Адаптирован Э.М.Александровской. 12 ФЛО-120. [Электронный ресурс] : Все тесты. - Режим доступа:<http://vsetesti.ru/360/>
38. Шевченко, С.Г. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / под ред. С. Г. Шевченко.–Москва: АРКТИ, 2001. - 224 с.
39. Шипицына, Л. М. Психологическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста / Л. М. Шипицына. – Москва: ВЛАДОС, 2008. – 92 с.

40. Щепко, Е. Л. Психодиагностика нарушений развития / Е. Л. Щепко. – Москва: Академия, 2000. – 410 с.

41. Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года с изменениями 2017-2016 года. [Электронный ресурс] : Консультант плюс-надежная правовая поддержка. – Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/