

*Модели и технологии психолого-педагогического
сопровождения детей с ОВЗ при дизонтогених
дефицитарного типа*

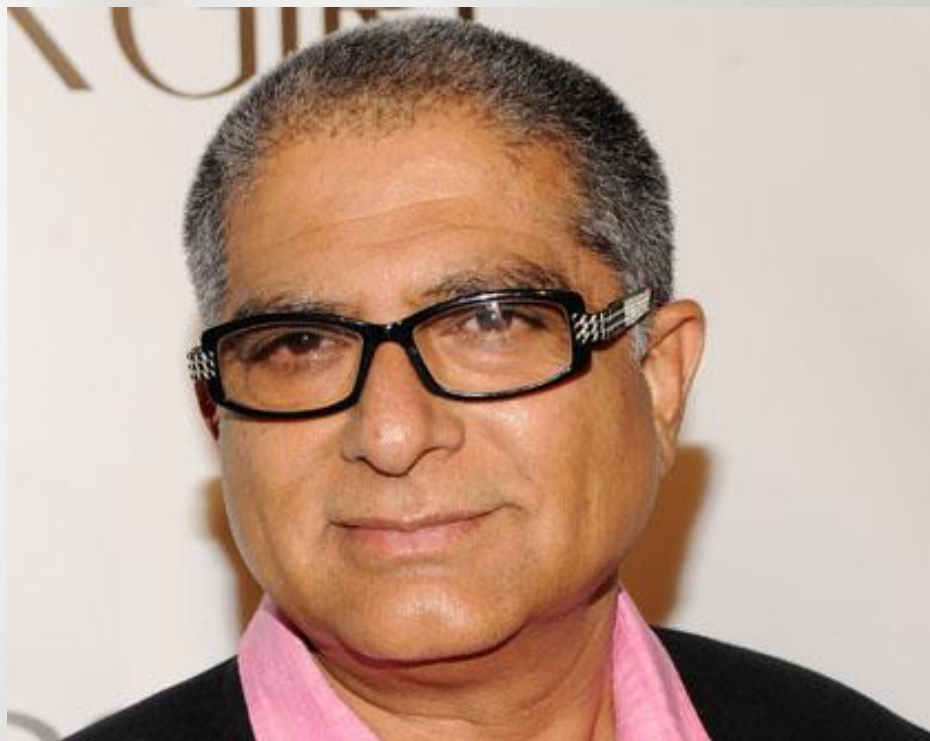


*Канд. психол. наук,
доцент*

Жихарева Елена Васильевна

Если Вы не видите немедленного результата – хорошего или плохого, будьте терпеливы и наблюдайте.

Дипак Чопра.



Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие им вести полноценную жизнь.

Дети с ОВЗ при дезонтогенезах дефицитарного типа

Дети с
нарушением
слуха

Дети с
нарушением
зрения

Дети с
нарушением
речи

Дети с
нарушением
опорно-
двигательного
аппарата

Реализация права на образование отдельных категорий детей с ОВЗ в настоящее время является весьма актуальной проблемой.

К категории «Обучающийся с ОВЗ» относят обучающихся, имеющих особенности физического и (или) психического развития, затрудняющие или препятствующие получению ими образования без создания для этого специальных условий.

Ограничение возможностей - это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой» ребенок, «другой» человек, не такой, как все, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком. Именно особенности психофизического развития детей с ОВЗ обуславливают возникновение особых потребностей при получении ими образования.

Определения термина **«особые образовательные потребности»** звучат следующим образом:

«Спектр образовательных и реабилитационных средств и условий, в которых нуждаются дети конкретной категории и которые им необходимы для реализации права на образование и права на интеграцию в образовательном пространстве».

*Венера Закировна Денискина, кандидат педагогических наук, доцент,
специалист в области тифлопедагогике.*

«Потребности в условиях, необходимых для оптимальной реализации актуальных и потенциальных возможностей (когнитивных, энергетических и эмоционально-волевых, включая мотивационные, которые может проявить ребенок с недостатками развития в процессе обучения».

*Владимир Иванович Лубовский, доктор психологических наук, профессор,
специалист в области дефектологии.*

Наиболее значимыми составляющими каждого из компонентов указанных возможностей развития детей с ОВЗ являются -

• **Когнитивный компонент:** владение мыслительными операциями, возможности запечатления и сохранения воспринятой информации, активный и пассивный словарь; накопленные знания и представления об окружающем мире.

• **Энергетический компонент:** умственная активность и работоспособность.

• **Эмоционально-волевой компонент:** направленность активности ребенка, его познавательная мотивация, а также возможности сосредоточения и удержания внимания.

Перечисленные возможности ограничены по сравнению с возможностями нормально развивающихся детей. Применительно к процессу обучения наибольшее значение имеет замедленная скорость приема, переработки и использования информации (иначе говоря, замедленность сенсорно-перцептивных процессов), меньший объем запечатляемой и сохраняемой информации (т. е. более низкая эффективность процессов памяти).

*Общие особенности психического развития детей с ОВЗ
определяют ряд
особых образовательных потребностей:*

- получение специальной помощи средствами образования;
- психологическое сопровождение, оптимизирующее взаимодействие обучающегося с педагогами и соучениками;
- психологическое сопровождение, направленное на установление взаимодействия семьи и образовательной организации;
- необходимость использования специальных средств обучения, обеспечивающих реализацию «обходных» путей обучения;
- индивидуализации обучения (требуется в большей степени, чем для обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья);
- обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;
- определение границ образовательного пространства (необходимо максимальное расширение образовательного пространства за счет расширения социальных контактов с широким социумом).

Дети с ОВЗ по слуху – это дети, у которых наряду с общими для всех детей образовательными потребностями есть особые образовательные потребности, удовлетворить которые можно только в условиях специального обучения.

Это обучение должно быть специально организовано, особым образом построено; оно должно предусматривать «обходные пути» достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами.

Особые образовательные потребности детей с нарушенным слухом обусловлены:

- трудностями понимания обращенной речи;
- характером межличностной коммуникации;
- ограничением объема вербальной информации.

Ведущую роль в преодолении последствий первичного дефекта и обеспечении успешности образования лиц с нарушениями слуха играет формирование средств речевого общения и познания окружающего мира.

Специальные образовательные потребности детей с нарушением слуха

(дизонтогенная дефицитарного типа)

- слухозрительное (чтение с губ) восприятие обращенной речи говорящего человека;
- мотивированное употребление единиц языка;
- членораздельное, внятное произношение;
- для оглохшего – педагогическая помощь по предотвращению распада сформированной речи;
- развитие слухового восприятия и его использование в образовательных, познавательных и коммуникативных ситуациях;
- обучение ориентировке в пространстве при отсутствии возможности свободно воспринимать речевые и неречевые звучания;
- обогащение жизненного опыта и формирование житейских понятий как основы овладения знаниями, умениями и навыками и др.
- использование разных форм словесной речи (устной, письменной, тактильной), благодаря чему обеспечиваются полнота и точность восприятия учебной информации и организация речевого взаимодействия между субъектами учебной деятельности;

• существование и взаимодействие двух языков и двух систем общения – языка жестов и языка слов – наиболее ярко проявляются при обучении глухих. Мотивы такого речевого взаимодействия весьма различны: жизненная потребность в общении, отсутствие в речевом опыте аналогов для выражения мысли, желание быть понятым сверстниками и другими глухими людьми и т. д.;

• сенсорные способы восприятия информации: бисенсорное (слухозрительное) восприятие и моносенсорное (слуховое) восприятие;

• неразрывное единство процессов овладения системой знаний, умений и навыков, формирование и развитие словесной речи как средства общения, познания.

• При затруднениях в понимании глухими учащимися средних и старших классов смысла информации, передаваемой с помощью словесной речи, допустимо обращение к соответствующим аналогам разговорной жестовой речи, что позволяет уточнить суть информации и уяснить сложный для понимания раздел обучения. При этом учитывается, что для глухих словесная речь является средством обучения, а жестовая – средством общения.

Дети с ОВЗ по зрению помимо общих особых образовательных потребностей имеют потребности, характерные именно для этой категории детей.

Их обуславливают **специфические особенности психофизического развития детей с зрительной патологией**. К таким особенностям развития относятся:

- особенности зрительного восприятия;
- нарушения зрительно-моторной координации;
- фрагментарность и дифференцированность восприятия, нарушения одновременности восприятия.

Имеет место трудность в единомоментном целостном восприятии объекта. Особенно часто это наблюдается при восприятии каких – либо сюжетных картин: ребенок не может сразу охватить всю сцену, представленную на картинке, без помощи педагога. Ребенку с нарушением зрения требуется гораздо больше времени для анализа сюжетной картинке, чем ребенку без ограничений по возможностям здоровья.

*Специальные образовательные потребности детей
с нарушением зрения
(дизонтогенная дефицитарного типа)*

- целенаправленное обогащение (коррекция) чувственного опыта за счет развития сохранных анализаторов (в том числе и остаточного зрения);
- целенаправленное руководство осязательным и зрительным восприятием;
- формирование компенсаторных способов деятельности;
- использование специальных приемов организации учебно-познавательной деятельности слепых обучающихся (алгоритмизация и др.);
- систематическое и целенаправленное развитие логических приемов переработки учебной информации;
- преимущественное использование индивидуальных пособий, рассчитанных на осязательное или осязательное и зрительное восприятие;

- введение в структурное построение урока пропедевтического (подготовительного) этапа;
- обеспечение доступности учебной информации для тактильного и зрительного восприятия слепыми обучающимися с остаточным зрением;
- целенаправленное формирование умений и навыков ориентировки в микро и макропространстве;
- целенаправленное формирование умений и навыков социально-бытовой ориентировки;
- создание условий для развития у слепых обучающихся инициативы, познавательной и общей (в том числе двигательной) активности;
- развитие мотивационного компонента деятельности, в том числе за счет привлечения к участию в различных (доступных) видах деятельности;
- создание условий для развития и коррекции коммуникативной деятельности;
- нивелирование негативных качеств характера, коррекция поведенческих проявлений и профилактика их возникновения.

Дети с ОВЗ речевого развития – это дети, у которых наряду с общими для всех детей образовательными потребностями есть **особые образовательные потребности**, удовлетворить которые можно только в условиях специального обучения.

Специфические особенности психофизического развития детей с нарушением речи:

- ограничением пассивного и активного словаря;
 - стойкими аграмматизмами;
 - несформированностью навыков связного высказывания;
- тяжелыми нарушениями общей разборчивости речи.

У детей с нарушениями речи снижается потребность в общении, оказываются несформированными формы коммуникации (диалогическая и монологическая речь) и, как правило, наблюдаются особенности поведения: отстранённость, замкнутость, расторможенность, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм.

*Специальные образовательные потребности детей
с нарушением речи
(дизонтогенная дефицитарного типа)*

- организация обязательной логопедической коррекции в соответствии с выявленным нарушением перед началом обучения в школе; преемственность содержания и методов дошкольного и школьного образования и воспитания, ориентированных на нормализацию или полное преодоление отклонений речевого и личностного развития;
- получение начального образования в условиях образовательных организаций общего или специального типа, адекватного образовательным потребностям учащегося и степени выраженности его речевого недоразвития;
- создание условий, нормализующих анализаторную, аналитико-синтетическую и регуляторную деятельность на основе обеспечения комплексного подхода при изучении детей с речевыми нарушениями и коррекции этих нарушений; координация педагогических, психологических и медицинских средств воздействия в процессе комплексной медико-психолого-педагогической коррекции;

- получение комплекса медицинских услуг, способствующих устранению или минимизации первичного дефекта, нормализации моторной сферы, состояния высшей нервной деятельности, соматического здоровья;
- индивидуальный темп обучения и продвижения в образовательном пространстве для разных категорий детей с нарушениями речи;
- применение специальных методов, приемов и средств обучения, в том числе специализированных компьютерных технологий, дидактических пособий, визуальных средств, обеспечивающих реализацию «обходных путей» коррекционного воздействия на речевые процессы, повышающих контроль за устной и письменной речью;
- возможность обучаться на дому и/или дистанционно в случае тяжелых форм речевой патологии, а также при сочетанных нарушениях психофизического развития;
- профилактика и коррекция социокультурной и школьной дезадаптации путем максимального расширения образовательного пространства, увеличения социальных контактов; обучения умению выбирать и применять адекватные коммуникативные стратегии и тактики;
- психолого-педагогическое сопровождение семьи с целью ее активного включения в коррекционно-развивающую работу с ребенком; организация партнерских отношений с родителями.

Дети с ОВЗ двигательной сферы помимо общих особых образовательных потребностей имеют потребности, характерные именно для этой категории детей.

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования.

К специфическим особенностям психофизического развития детей с патологией двигательной сферы относятся:

- двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций);
- ограничения деятельности, социальных контактов;
- личностная незрелость (наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни).

*Специальные образовательные потребности
детей с нарушением опорно-двигательного
аппарата
(дизонтогенеза дефицитарного типа)*

- обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;
- введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в Программе, адресованной традиционно развивающимся сверстникам;
- использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;
- индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребёнка;

- наглядно-действенный характер содержания образования и упрощение системы учебно-познавательных задач, решаемых в процессе образования;
- специальное обучение «переносу» сформированных знаний и умений в новые ситуации взаимодействия с действительностью;
- специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;
- коррекция произносительной стороны речи; освоение умения использовать речь по всему спектру коммуникативных ситуаций (задавать вопросы, договариваться, выражать свое мнение, обсуждать мысли и чувства и т.д.);
- обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;
- максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательного учреждения.

Дети с ОВЗ при дизонтогениях дефицитарного типа

Термин «дизонтогения» введен в научный оборот в 1927 году Густавом Швальбе для обозначения отклонений в форми-ровании структур организма в период внутриутробного развития. Соответственно в отечественной дефектологии, а ныне — специ-альной педагогике и специальной психологии долгое время был принят термин «аномалии развития». В период возникновения де-фектологии использовался термин «дефективные дети».

В настоя-щее время в связи с переходом от субъект-объектной педагогики к субъект-субъектной, ориентирующей прежде всего на индивиду-альный тренд развития ребенка, во всем мире идет поиск наиболее гуманной терминологии по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки в развитии. Это широко распространившиеся, но очень неопределенные термины: *«дети группы риска»*, *«дети с особыми нуждами»*, *«дети со специфическими образовательными потребностями»*, *«плохо адаптирующиеся дети»*, *«дети, имеющие особые права»* — и начинающий использоваться в отечественных офици-альных документах термин *«дети с ограниченными возможностя-ми здоровья»*.

Параметры дизонтогенеза

Время и длительность
воздействия

Этиология

Распространенность
болезненного процесса

Степень нарушения меж
функциональных связей

Возрастная обусловленность дизонтогенеза (время и длительность воздействия)

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью его структур и фондом роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора при одних и тех же условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, а в других — более легкие и поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию.

Наиболее уязвимыми периодами детства является период «первичной незрелости» организма в период до трех лет, а также период перестройки организма в период пубертата, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

Наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза (в первой трети беременности).

В период дошкольного и младшего школьного возраста (3 — 11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую к стойким необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования в случае патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:

- **сомато-вегетативный** (от 0 до 3 лет) – на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;

- **психомоторный** (4 — 7 лет) – интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов — неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;

- **аффективный** (7–12 лет) – на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом — от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;
- **эмоционально-идеаторный** (12–16 лет) – ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогении.

Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования.

Этиология дизонтогенеза

Под **этиологией** понимают не только причины возникновения тех или иных нарушений, но и условия, которые способствуют их появлению. Так, экзогенные вредности в зависимости от наследственной предрасположенности, определяющей чувствительность мозговых структур к тем или иным воздействиям, могут привести к разным по тяжести отклонениям в развитии. Совпадение во времени различных влияний также приводит к неодинаковым конечным результатам. Среди причин, вызывающих ухудшение психического здоровья детей, на первом месте стоит поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, на втором — хронические соматические заболевания.

Интенсивность и распространенность дизонтогенеза

Существенным условием выраженности той или иной патологии является интенсивность воздействия. С последним связана и распространенность болезненного процесса, характер сенсорных или интеллектуальных нарушений.

К локальным формам отклоняющегося развития принято относить дефекты отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речевой и двигательной сферы. К системным нарушениям разной тяжести относятся интеллектуальные дефекты — умственная отсталость и задержка психического развития.

Степень нарушения межфункциональных связей

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей не-устойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной.

Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. По-этому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Дефекты зрения и слуха возникают вследствие повреждения или недоразвития периферических звеньев соответствующего анализатора. При этом центральные отделы анализатора, корковые структуры, во многих случаях остаются сохранными, а изменение их функционирования может иметь вторичный характер, обусловленный депривацией (неупотреблением).

При двигательной патологии также могут диагностироваться локальные повреждения эфферентного (исполнительного) звена анализатора, при сохранном состоянии других отделов головного мозга.

При рассмотрении природы **речевой патологии** принято считать, что во многих случаях оказываются затронутыми лишь специфические речевые корковые зоны, а в целом деятельность мозговых структур, обеспечивающих неречевые психические функции, остается сохранной.

В то же время при психологическом изучении нарушений психических функций у детей с разными формами локальной и системной патологии неизменно обнаруживаются сходные с нормой общие закономерности развития, проявляющиеся в возрастной периодизации развития психических функций.

Эта периодизация, с одной стороны, обусловлена сроками биологического созревания областей коры и подкорковых образований головного мозга, их корково-подкорковых связей, с другой — характером и интенсивностью воздействий окружающей среды, обуславливающих степень и характер возникающих недостатков развития психических функций.

Основные направления качественно несводимых друг другу нарушений психического развития

ретардация (задержанное развитие) - запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

дисфункция созревания (тип развития, занимающий промежуточное положение между собственно отклоняющимся развитием и нормальным онтогенезом) связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;

поврежденное развитие - изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

асинхрония (искаженное развитие) - диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других;

общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести).

Виды психического дизонтогенеза

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания.

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

- поврежденное развитие (органическая деменция),
- дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

- искаженное развитие (ранний детский аутизм),
- дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием **«дети со сложными недостатками развития»**.

Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

«Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанный с органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами) и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание.

Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепо-глухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие)»

Лев Семенович Выготский.

Категории детей с ОВЗ при дезонтегинезах дефицитарного типа:

• **дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие)** – это дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота).

• **дети с нарушением зрения: слепые** - дети с остротой зрения от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками; дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т. е. 100%) у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации; не способные использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности; **слабовидящие** - дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

• **дети с нарушением опорно-двигательного аппарата** – дети, имеющие двигательные расстройства характеризуются нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничение их объема и силы. Они приводят к невозможности или частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и пространстве.

- **дети с нарушением речи (логопаты)** - дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи.

В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, а некоторые только компенсироваться.

Сложность и характер нарушения у ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями (*читать по слогам и писать простыми предложениями*), другой - относительно не ограничен в своих возможностях (*например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий*).

Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни нетипичные дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низкоквалифицированную работу (*например, переплетно-картонажное производство, металлоштамповка*).

Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов.

Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения коры головного мозга, порождает вторичные нарушения - отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки - недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение. Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа.

«Чем дальше разведены между собой первичный дефект биологического происхождения и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем более эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств.»

Лев Семенович Выготский.

В процессе атипичного развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка, которые являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту.

Так, у детей лишенных зрения, остро развивается чувство расстояния (шестое чувство), дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, осязание и т.д. У глухих детей - мимическое жестовое общение.

Данная положительная оценка определенных проявлений своеобразного нетипичного развития - необходимое основание для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на позитивные возможности детей.

Источником приспособления детей с ограниченными возможностями к окружающей среде являются сохранные психофизические функции.

Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием функционального потенциала сохранных систем. Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Для слепого ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Учитывая конкретность мышления умственно отсталых детей и относительно сохранные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, предметно-практической деятельности.

Факторы обуславливающие развитие детей с ОВЗ при дизонтегинезиях дефицитарного типа

Вид (тип) нарушения.

Степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть - ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта.

Срок (время) возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие - повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;

Условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды. Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно - реабилитационной работы с ним.

Анализ требований Федеральных государственных образовательных стандартов позволяет определить пути и средства организации образовательного процесса для детей с ОВЗ в принципиально новых условиях, когда результатом освоения основной образовательной программы детьми с ОВЗ должно стать введение в культуру ребёнка, по разным причинам выпадающего из её образовательного пространства.

Необходимо отметить, что ФГОС позволяет организовать обучение детей с учётом их особых образовательных потребностей, заданных характером нарушения их развития и оценить полученные результаты. Только удовлетворяя особые образовательные потребности такого ребёнка, можно открыть ему путь к общему образованию.

Под сопровождением понимается не просто сумма разнообразных методов коррекционно-развивающей, профилактической, защитно-правовой, реабилитационной и оздоровительной работы с детьми, а именно комплексная деятельность специалистов, направленная на решение задач коррекции, развития, обучения, воспитания, социализации детей с ОВЗ.

Исходным положением для формирования теории и практики комплексного сопровождения является системный подход.

Ведущей идеей сопровождения является понимание специалистами необходимости самостоятельности ребенка в решении его проблем развития.

В рамках данного направления могут быть выделены **концептуальные следствия сопровождения**, которые включают:

- систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка с ОВЗ и динамики его психического развития в процессе школьного обучения;
- создание социально-психологических условий для развития личности учащихся и их успешного обучения;
- создание специальных психолого-педагогических и медико-социальных условий для оказания помощи семьям и детям с особыми образовательными потребностями.

Целью психолого - педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями в учебно-воспитательном процессе является поддержание комфортной образовательной среды, способствующей наиболее полному развитию интеллектуального, личностного и творческого потенциала детей с ОВЗ, с приоритетностью подготовки детей к полноценной жизни в обществе.



Задачи психолого - педагогического сопровождения детей с ОВЗ:

- выявление, анализ проблем и причин отклонений у ребенка (на уровне школьного психолого-педагогического консилиума);
- комплексное ППМС сопровождение образовательного процесса детей с ОВЗ;
- составление индивидуальной программы сопровождения, включая определение вида и объема необходимой помощи (обучающей, медицинской, социально - педагогической, психологической, коррекционной);
- психолого-педагогическая и медико-социальная поддержка семей, имеющих детей с ОВЗ (создание условий для преодоления, замещения ограничений жизнедеятельности; · формирование родительской ответственности за здоровое развитие и воспитание детей, формирование системы семейных ценностей);
- оценка эффективности обучения и сопровождения обучающихся с ОВЗ по программе, рекомендованной ПМПК.

Психологический блок сопровождения детей с ОВЗ

Цель: создание системы психолого-педагогических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме (школе, семье).

Ответственный: педагог-психолог

Диагностическое
направление

Коррекционное
направление

Развивающее
направление

Консультационное
направление

Просветительское
направление

Диагностическое направление психологического блока сопровождения детей с ОВЗ

- ранняя диагностика отклонений в развитии и анализ причин трудностей адаптации;
- изучение социальной ситуации развития и условий семейного воспитания ребёнка;
- изучение развития эмоционально-волевой сферы и личностных
- особенностей обучающихся;
- изучение условий семейного воспитания ребёнка;
- изучение уровня социализации ребёнка с ограниченными возможностями здоровья;
- системный разносторонний контроль над уровнем и динамикой развития ребёнка.

Коррекционное направление психологического блока сопровождения детей с ОВЗ

- разработка индивидуальной программы сопровождения на основе оптимальных для развития ребёнка с ограниченными возможностями здоровья коррекционных программ/методик, методов и приёмов обучения в соответствии с его особыми образовательными потребностями;
- системное воздействие на учебно-познавательную деятельность ребёнка в динамике образовательного процесса, направленное на формирование
- универсальных учебных действий и коррекцию отклонений в развитии.

Развивающее направление психологического блока сопровождения детей с ОВЗ

- развитие моторики, графо-моторных навыков, тактильно-двигательного
- развитие когнитивной (восприятия, внимания, памяти, мышления) и эмоционально-волевой сфер.

Консультационное направление психологического блока сопровождения детей с ОВЗ

- разработка рекомендаций по основным направлениям работы с обучающимися для всех участников образовательного процесса.
- консультирование педагогов по результатам диагностики, по выбору индивидуально-ориентированных методов и приёмов работы с обучающимися.
- помощь родителям в вопросах выбора стратегии воспитания и приёмов коррекционного обучения ребёнка с ограниченными возможностями здоровья.
- содействие в приобретении обучающимися психологических знаний, умений, навыков необходимых в преодолении трудностей общения, обучения.
- содействие в выборе будущей профессии.

Просветительское направление психологического блока сопровождения детей с ОВЗ

- различные формы просветительской деятельности (лекции, беседы, информационные стенды, печатные материалы), направленные на
- разъяснение участникам образовательного процесса вопросов, связанных с особенностями образовательного процесса, повышения психологической грамотности.
- проведение тематических выступлений для педагогов по разъяснению индивидуально-типологических особенностей различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья.
- работа на школьном сайте.

Социальный блок сопровождения детей с ОВЗ

Цель: создание благоприятных условий для развития личности ребёнка, оказание ему комплексной помощи в саморазвитии и самореализации в процессе восприятия мира и адаптации в нём, защита ребёнка в его личностном пространстве, установление связей и партнёрских отношений между семьёй и школой.

Ответственные: социальный педагог.

Диагностическое
направление

Учебно-
воспитательное
направление

Оздоровительное
направление

Консультационное
направление

Социально-правовое
направление

Диагностическое направление социального блока сопровождения детей с ОВЗ

- исследование семей с целью выявления общих, социально-педагогических сведений о семье в соответствии с социальным паспортом семьи;
- изучение ситуации развития ребёнка (условий воспитания); обследование жилищно-бытовых условий;
- собеседование с участниками образовательного процесса для выявления проблем в обучении и воспитании детей с ОВЗ, их реабилитации;
- распознавание, диагностирование и разрешение конфликтов, затрагивающих интересы ребенка, проблемных ситуаций на ранних стадиях развития с целью предотвращения серьёзных последствий;
- создание и корректировка банка данных, реабилитационных карт детей с ограниченными возможностями здоровья.

Учебно — воспитательное направление социального блока сопровождения детей с ОВЗ

- помощь семье в проблемах, связанных с учебой и воспитанием ребенка;
- помощь ребенку в устранении причин, негативно влияющих на его посещаемость и успеваемость;
- оказание помощи в учебной деятельности и личностном росте, выработка единых педагогических требований в работе с каждым ребёнком с ОВЗ.
- организация досуга детей с ОВЗ, вовлечение их в кружковую, секционную, трудовую деятельность, с целью проявления творческих способностей ребёнка и обеспечения его занятостью в свободное время.
- содействие в социальной адаптации обучающихся (социальный патронаж, экскурсии, участие в праздниках, концертах, спектаклях).

Оздоровительное направление социального блока сопровождения детей с ОВЗ

- обеспечение сохранности и укрепление физического, психического, социального и нравственного здоровья личности;
- организация совместных усилий социальной, медицинской, педагогической поддержки;
- содействие в организации санаторно-курортного лечения, медицинского обследования, посещения оздоровительного лагеря (пришкольный).

Консультационное направление социального блока сопровождения детей с ОВЗ

- индивидуальное и групповое консультирование детей и родителей по вопросам воспитания; разрешение проблемных жизненных ситуаций, снятие стресса;
- оказание социально-правового консультирования детям с ОВЗ и их семьям с целью соблюдения их прав.

Социально – правовое направление социального блока сопровождения детей с ОВЗ

- пропаганда и разъяснение прав детей, семьи и педагогов;
- соблюдение прав ребенка, социально-правовое консультирование.

Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение детей с ОВЗ необходимо на протяжении всего периода их обучения. Для семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, важным является максимальное развитие потенциальных возможностей ребенка и успешная интеграция его в обществе. В силу чего, родителям необходимо своевременная помощь в воспитании этой категории детей, в том числе социально-психологическая по преодолению их отчужденности в обществе.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ при дезонтогениях дефицитарного типа может осуществляться силами образовательной организации.

При недостаточном кадровом ресурсе самого образовательного учреждения сопровождение детей с ОВЗ при дезонтогениях дефицитарного типа может быть реализовано внешними организациями – ППМС-центрами, Ресурсными центрами на базе СКОУ (специальные коррекционные образовательные учреждения).

Моделью психолого-педагогического сопровождения учащихся с ОВЗ при дезонтогениях дефицитарного типа в общеобразовательной школе будет организация деятельности выездной группы сопровождения .

Цель работы выездной группы сопровождения – создание адекватного социального пространства в общеобразовательном учреждении и оказание конкретной помощи всем участникам инклюзивного образования.

Состав выездной группы

Узкие специалисты
(сурдопедагог,
тифлопедагог,
олигофренопедагог)

Логопед

Психолог

Социальный педагог

Методисты

Направления работы выездной группы

Коррекционно-
развивающее

Психо-
логическое

Социальное

Консультативно-
методическое

Коррекционно-развивающее сопровождение осуществляется с детьми с ОВЗ при дизонтогениях дефицитарного типа и направлено на преодоление возникающих у них трудностей включения в образовательный процесс.

Психологическое, консультативно-методическое и социальное сопровождение нацелены на оказание помощи нормативно развивающимся учащимся, родителям, учителям и специалистам образовательного учреждения для создания адекватного социального пространства.

Взаимодействие образовательного учреждения (ОУ) и выездной группы сопровождения (ВГ) проводится на договорной основе.

Модель психолого-педагогического сопровождения может реализовываться в нескольких вариантах.

Ресурс ОУ	Направления взаимодействия ОУ-ВГ	Исполнитель	База
Имеется опыт работы с детьми с ОВЗ при Д.Д.Т.	Индивидуальные или групповые консультации (по запросу специалистов ОУ)	Специалист выездной группы или методист (в зависимости от запроса)	ОУ или консультационный пункт ППМСЦ
Наличие опытных специалистов (педагог-психолог, учитель-логопед, социальный педагог, учитель-дефектолог)	Диагностика детей с ОВЗ при ДДТ в сложных случаях; определение индивидуальной коррекционно развивающей программы (по запросу специалиста ОУ)	Специалист выездной группы (в зависимости от запроса)	ОУ

Ресурс ОУ	Направления взаимодействия ОУ-ВГ	Исполнитель	База
Отсутствует опыт работы с детьми с ОВЗ при Д.Д.Т.	Инд/гр. консультации по конкретным проблемам (по запросу); проведение мероприятий по повышению проф. компетентности педагогов.	Профильный специалист или методист выездной группы Методисты ВГ	ОУ или консультационный пункт ППМСЦ ОУ
Наличие опытных специалистов	Диагностика детей с ОВЗ при ДДТ; определение индивидуальной кор/ разв программы (по запросу специалиста ОУ).	Профильный специалист выездной группы (в зависимости от запроса)	ОУ

Ресурс ОУ	Направления взаимодействия ОУ-ВГ	Исполнитель	База
Отсутствует опыт работы с детьми с ОВЗ при Д.Д.Т.	Инд/гр. консультации по конкретным проблемам (по запросу); проведение мероприятий по повышению проф. компетентности педагогов.	Профильный специалист или методист выездной группы Методисты ВГ	ОУ или консультационный пункт ППМСЦ ОУ
Отсутствие опытных специалистов	Диагностика детей с ОВЗ при ДДТ, определение индивидуальной кор/ разв. пр-мы; консуьлт. по проблемам.	Профильный специалист выездной группы (в зависимости от запроса)	ОУ



*Коллеги,
спасибо за внимание.*