

*Модели и технологии психолого-педагогического
сопровождения детей с ОВЗ при асинхрониях с
преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и
поведения*



*Канд. психол. наук,
доцент*

Жихарева Елена Васильевна

Инклюзивное образование — это совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей, не имеющих таких ограничений.

Принципы инклюзивного образования:

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

Асинхронное развитие получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития – нормативной гетерохронии. В ситуации асинхронии развития наблюдаются выраженная неравномерность в развитии психических функций, сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как в формировании отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем и их взаимодействия.

Виды асинхронного развития: дисгармоничное развитие; одаренность (варианты одаренного развития); искаженное развитие.

Детям с ОВЗ при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения присущи варианты дисгармоничного и искаженного развития. Основным показателем искаженного развития, в его отличии от дисгармоничного, является не столько существенно большая выраженность асинхронии развития отдельных функций или их систем, сколько специфическое искажение всех адаптационных и приспособительных систем поведения, влекущее за собой выраженные специфические расстройства не только эмоциональной, волевой сфер, но и поведения в целом.

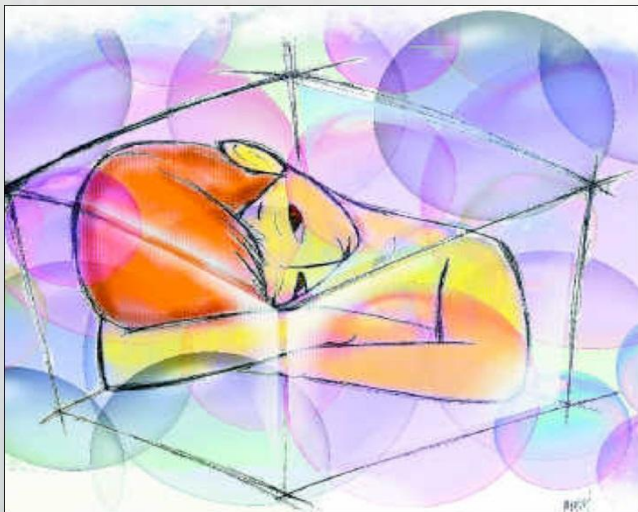
Причинами эмоциональных нарушений в детском возрасте могут быть функциональные и органические заболевания центральной нервной системы, а также условия неправильного воспитания. Огромное влияние на развитие личности ребенка оказывают психотравмирующие ситуации, действие которых формирует так называемый **феномен эмоциональной депривации**.

Исследованиями было доказано, что отсутствие близких эмоционально насыщенных контактов является непосредственной причиной задержек физического и психического развития ребенка, обуславливает раннее формирование негативных личностных формирований (страхов, коммуникативных барьеров, невротических и психопатологических комплексов и т. д.).

Для детей, переживших эмоциональную депривацию, характерны поверхностные, неглубокие отношения с людьми; отсутствие теплых чувств, неспособность заботиться о ком-либо; лживость; трудность концентрации на учебной деятельности; преобладание в общении реакций, содержащих враждебность, угрозы, упреки, обвинения.

К категории детей с нарушениями эмоционального развития в детском возрасте относят:

- **дети с психопатиями** (стойкий дисгармонический склад психики), патологией влечений;
- **дети с ранним детским аутизмом** (в последнее время в теоретических источниках употребляется название «детский аутизм», «аутистические нарушения»);
- **дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности** (гипердинамический синдром) – СДВГ.



Психопатия (psycho-душа + pathos страдание, болезнь) – патология характера, при которой у человека наблюдается практически необратимая выраженность свойств характера, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

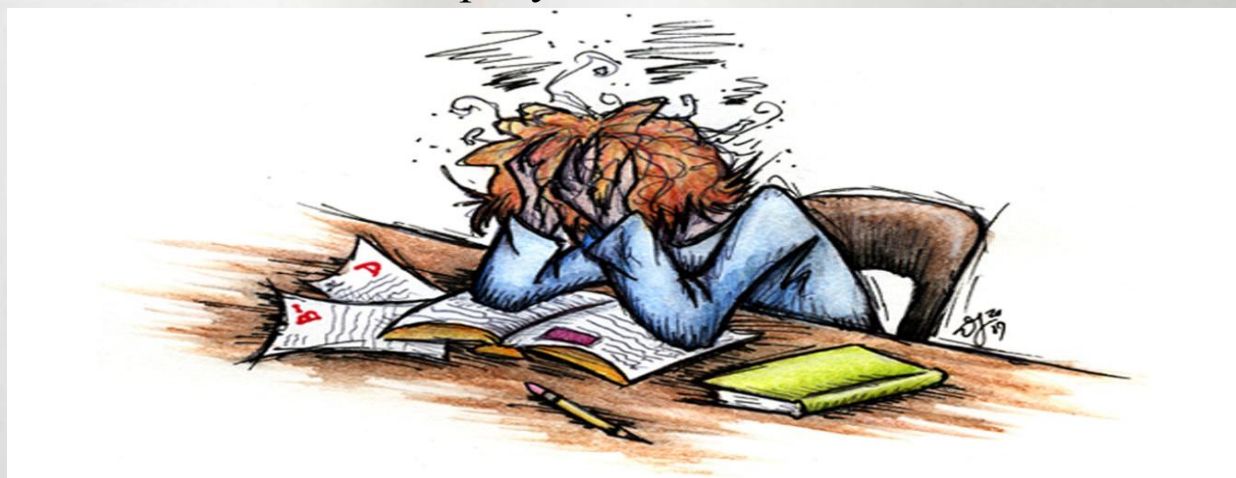
В современной клинической терминологии используется понятие **«расстройство личности»**.

В основе врожденных особенностей склада личности при расстройствах личности лежат дисгармония, неуравновешенность или неустойчивость психических процессов - **«асинхрония развития»** - задержка эмоционального созревания.

Характерные проявления расстройств личности

- заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;

- хронический стойкий характер стиля поведения;
- стиль поведения охватывает все сферы жизни и взаимодействия личности и ведет к нарушению адаптации в личностных и социальных ситуациях;
- симптомы нарушения всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают проявляться в зрелом возрасте;
- расстройство приводит к значительному личностному дистрессу - **дистресс** (от греч. dys — приставка, означающая расстройство + англ. stress — напряжение) — стресс, связанный с выраженными негативными эмоциями и оказывающий вредное влияние на здоровье);
- часто расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.



Формы расстройств личности

Психопатия неустойчивого
круга

Психопатия истерического
круга

Органическая психопатия

Психопатия неустойчивого круга (характерные черты: внушаемость, подчиняемость, неспособность к стойким привязанностям, слабость морально-этических установок, склонность «плыть по течению» (дети не склонны прикладывать усилия для достижения успеха в учебной деятельности, а предпочитают слоняться по школьным коридорам; дети не производят впечатления злостных нарушителей дисциплины, так как легко соглашаются с тем, что неправильно ведут себя, однако усилий для изменения своего поведения не прикладывают). Взаимодействие с такими детьми предполагает единство и четкую последовательность требований взрослого окружения.

Особенно вредны для них гипоопека, безразличие со стороны взрослых, расхождение в требованиях, предъявляемых школой и семьей.

Психопатия истерического круга (характерные черты: демонстративность, стремление быть в центре внимания, преувеличенные) эмоциональные реакции, склонность к эмоциональным расстройствам.

Органическая психопатия (характерные черты: общее недоразвитие личности и характера, появление патологических влечений (прожорливость, сексуальная расторможенность, импульсивность, склонность к бродяжничеству и др.), снижение критики к оценке собственного поведения и ситуации, реализация каждого возникшего желания без учета последствий).

Такие дети нуждаются в помощи специалистов.

Расстройства личности проявляются в болезненном нарушении характера и характеризуются повышенной возбудимостью, раздражительностью, общим двигательным беспокойством в сочетании с утомляемостью, снижением работоспособности.

Виды психопатий

Ядерные или
конституциональные

Краевые или приобретенные

Органические

Ядерные или конституциональные психопатии. Лица с данным видом психопатии обладают конституциональной (наследственной) предрасположенностью в виде неблагоприятного сочетания отдельных свойств нервной системы. Такие психопатии, называемые истинными, проявляются уже в раннем детстве в виде «трудного» темперамента и других эмоционально-волевых нарушений.

Краевые или приобретенные психопатии. Возникают под влиянием неблагоприятных факторов психологического и социального характера, таких, как неправильное воспитание, жестокость родителей, сильные эмоциональные потрясения. В научной литературе в качестве такого психологического состояния, обуславливающего резкое снижение и искажение адаптивных возможностей детского организма на всех уровнях его функционирования, описывается посттравматическое стрессовое расстройство - ПТСР.

Органические психопатии. Развиваются как следствие воздействия на организм ребенка в возрасте до трех лет различных вредностей (тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, мозговые инфекции, длительные истощающие соматические заболевания и т.п.). Имеют благоприятную почву для возникновения при других дизонтогенезах, связанных с поражениями головного мозга (при умственной отсталости, задержке психического развития церебрально-органического генеза, детском церебральном параличе).

Психопатия – модель дисгармонического психического развития; аномалия психического развития, в основе которой лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики.

По ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы, различают следующие группы психопатий:

- **Возбудимые** - для них характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с выраженной экстравертированностью, подозрительностью, гневливостью, упрямством.

- **Неустойчивые** - им свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, склонны к быстрому угасанию. Обладают повышенной внушаемостью, склонны к фантазированию и нереалистической, основанной на эмоциях, оценке событий.

- **Тормозимые** (астенические) - характеризуются повышенной утомляемостью и истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы.

- **Психастенические** - для них характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию; постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения, в связи с возложенной на них ответственностью.
- **Шизоидные** - им свойственны патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения. В формальном общении более продуктивны, следуя предписанной роли.
- **Мозаичные** - представляют собой сочетание нескольких типов.

Основные признаки психопатии

1. Тотальность патологических черт (одинаковое присутствие во всех сферах жизнедеятельности человека).
2. Относительная стабильность во времени (малая подверженность изменениям на протяжении жизни человека).
3. Социальная дезадаптация человека.

Проблема отграничения психопатий от крайних вариантов нормы возникла на заре учения о психопатиях. Так, Владимир Михайлович Бехтерев упоминал о «переходных состояниях между психопатией и нормальным состоянием. Петр Борисович Ганнушкин подобные ситуации обозначал как «латентные психопатии». Олег Васильевич Кербиков определял эти феномены как «предпсихопатию». Карл Леонгард - как «акцентуированную личность». Александр Евгеньевич Личко - как «акцентуации характера».

Акцентуация характера (от латинского слова *accentus* - ударение) - это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим. Иными словами, акцентуация представляет собой вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии.

Александр Евгеньевич Личко разграничивает патологию и нормальный характер, основываясь на диагностических критериях психопатии Петра Борисовича Ганнушкина-Олега Васильевича Кербикова. Характер можно считать патологическим, если он не подвергается изменениям на протяжении всей жизни; определяет весь психический склад личности и мешает приспособлению человека в жизни. При акцентуациях характера не может быть ни одного из этих признаков или, во всяком случае, не бывает никогда соответствия как при психопатиях, одновременно по трем признакам.

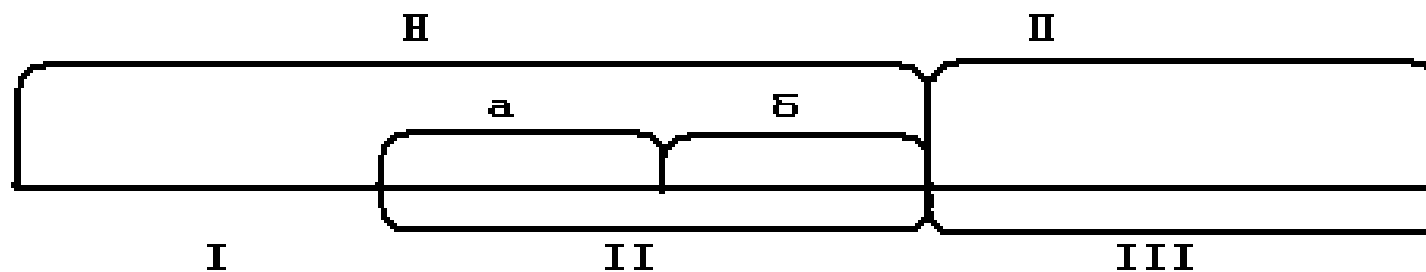
Согласно теории автора, будучи крайними вариантами нормы, акцентуации характера сами по себе не могут быть клиническим диагнозом, а являются лишь почвой, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств (острых аффективных и патохарактерологических реакций, психопатических развитий и т.п. состояний).

В добавлении к имеющимся критериям Александр Евгеньевич Личко отмечает еще один значимый признак, отличающий акцентуацию от психопатии.

«При акцентуациях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникает только при определенного рода психических травмах, лишь в некоторых трудных ситуациях, а именно тогда, когда они адресуются к «месту наименьшего сопротивления», к «слабому звену» данного типа характера. Иные трудности и потрясения, не развивающие этой «ахиллесовой пяты» не приводят к нарушениям и переносятся спокойно. При каждом типе акцентуации имеются свойственные только ему, отличные от других типов «слабые места».

Автор концепции акцентуации - немецкий психиатр Карл Леонгард; он ввёл термин «акцентуированная личность». А. Е. Личко уточнил этот термин, изменив его на термин «акцентуация характера», так как личность, по его мнению, слишком комплексное понятие, скорее подходящее для психопатий.

Исследования в этой области свидетельствуют о том, что характер может быть выражен в большей или меньшей степени. Степень выраженности характера можно представить в виде оси, которая отображает интенсивность проявления характера и состоит из зоны абсолютных, «нормальных» характеров, зоны выраженных характеров (акцентуаций) и зоны сильных отклонений характеров (психопатий). Первая и вторая зоны относятся к норме, а третья к патологии (рисунок).



I – нормальные характеры; **II** – акцентуированные характеры (а – скрытые, б – явные акцентуации); **III** – психопатии. **Н** – норма, **П** – патология

Значимое отклонение от нормы (выход за пределы среднего диапазона) называется акцентуацией, а данная личностная черта «акцентуированная», так определяет Александр Георгиевич Шмелев.

Как дисгармоничность развития характера, гипертрофированную выраженность отдельных его черт, обуславливающих повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий, затрудняющих ее адаптацию в некоторых специфических ситуациях, выделяет акцентуацию Артур Александрович Реан.

При этом важно отметить, что избирательная уязвимость в отношении определенного рода воздействий, имеющая место при той или иной акцентуации, очень часто может сочетаться с хорошей или даже повышенной устойчивостью к другим воздействиям. Аналогично, затруднения с адаптацией личности в некоторых специфических ситуациях, сопряженных с данной акцентуацией, могут сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями в других ситуациях. При этом «другие» ситуации сами по себе могут быть объективно более сложными, но не сопряженными с данной акцентуацией.

Степени акцентуации характера

Явные акцентуации

Скрытые акцентуации

Под **явной акцентуацией** понимают степень крайнего варианта нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера, который можно распознать при помощи тщательно собранного анамнеза, сведений от близких, непродолжительного наблюдения, особенно в среде сверстников и результатов обследования с помощью «ПДО». Однако выраженность черт определенного типа характера обычно не препятствует социальной адаптации. Занимаемое положение, как правило, соответствует возможностям и способностям. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов адресуются к «месту наименьшего сопротивления». При взрослении, особенности характера либо настолько сглаживаются, что явная акцентуация переходит в скрытую.

Скрытая акцентуация – это степень относится к обычным вариантам нормы. В обыденных привычных условиях черты какого-либо типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Черты этого типа могут ярко, порой неожиданно, проявляться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые опять же предъявляются повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Психогенные факторы иного рода, даже тяжелые, не только не вызывают психических расстройств, но могут даже не выявить типа характера. Если же такие черты и обнаруживаются, то это, как правило, не приводит к заметной социальной дезадаптации.

Классификация типов акцентуированных личностей

(К. Леонгард)

- Демонстративный тип - центральной особенностью является потребность и постоянное стремление произвести впечатление, привлечь к себе внимание, быть в центре внимания.
- Возбудимый тип - особенностью такой личности является выраженная импульсивность поведения.
- Дистимический тип - это противоположность гипертима. Активность, а тем более гиперактивность им совершенно не свойственны.
- Экзальтированный тип - главная особенность данного типа - бурная, экзальтированная реакция.
- Педантичный тип - внешними проявлениями этого типа являются повышенная аккуратность, тяга к порядку, нерешительность и осторожность.

- Тревожный тип - главная особенность этого типа, повышенная тревожность, беспокойство за свою судьбу и судьбу близких, беспокойство по поводу возможных неудач.
- Циклотимический тип - им свойственна смена гипертимических и дистимических состояний, при этом такие перемены являются и не редкими и не случайными.
- Гипертимический тип - заметной особенностью данного типа является постоянное (или частое) пребывание в приподнятом настроении, не смотря на отсутствие для этого каких-либо внешних поводов.
- Застревающий тип - высокая устойчивость аффекта, длительность эмоционального отклика, переживаний.
- Эмотивный тип - высокая чувствительность и глубокие реакции в области тонких эмоций.

Классификация типов акцентуаций характера (А.Е. Личко)

- Астено-невротический тип - главными чертами является повышенная утомляемость, раздражительность.
- Сенситивный тип - имеет две главные особенности - большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности.
- Психастенический тип - главными чертами являются нерешительность, тревожная мнительность (в виде опасений за будущее свое и своих близких), склонность к самоанализу.
- Гипертимный тип - всегда хорошее настроение, общительность, высокий жизненный тонус.
- Циклоидный тип - характерной особенностью является достаточно частая смена нерезко выраженных фаз гипертимности и подавленности (субдепрессии).
- Лабильный тип - крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от часто незаметных для окружающих поводов.

- Неустойчивый тип - важнейшей особенностью является слабый волевой компонент.
- Конформный тип - главной чертой является конформность: ярко выраженное стремление быть «как все».
- Шизоидный тип - главными чертами являются замкнутость и недостаток чувствительности в процессе общения, увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью.
- Эпилептоидный тип - главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло.
- Истероидный тип - главными чертами являются мощный эгоцентризм, ярко выраженная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания.
- Смешанные типы - может сформироваться и как результат накладывания черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу каких-либо хронически психогенных факторов.

Диагностика и коррекция дисгармонического развития (психопатии и акцентуации характера)

Учитывая, что патологический и акцентуированный характер в конечном счете складывается под влиянием воспитания, необходимо как можно раньше установить возможное направление искажений в личностном и социальном развитии. Имея такие данные, следует организовать среду воспитания и развития ребенка таким образом, чтобы были учтены его слабые и сильные стороны. Главная задача — обходя провоцирующие факторы, нивелировать проявление слабых сторон и путем целенаправленного воспитания усилить сильные стороны, имеющиеся у каждого человека.

Для педагога основным методом в данном случае является изучение социальной ситуации развития подростка, наблюдение за его проявлениями в различных ситуациях, требующих по разным поводам социального взаимодействия с различными представителями социума (решение учебной задачи, конфликтная ситуация, распределение обязанностей, игровое взаимодействие и т.д.).

Не менее важно использовать все данные, которые предоставляет опрос родителей и самого подростка, оценивая стиль семейного воспитания, его адекватность индивидуальным и типологическим особенностям ребенка, а также адекватность самого ребенка в разных проявлениях жизнедеятельности.

Целесообразно включить в содержание опроса следующие темы: **раннее развитие, включая соматическое и психологическое здоровье ребенка, наиболее тяжелые события, перенесенные ребенком, и реакции на них; реакция на смену обстановки и необходимое время адаптации к ней (поступление в детский сад, школу, изменение состава семьи и т.п.); отношения с различными социальными группами (сверстниками, близкими взрослыми, чужими взрослыми); отношение к учебной деятельности (общий знак отношения, любимые и нелюбимые предметы, значимость учебных достижений и неудач); интересы, увлечения, планы на будущее, сексуальные проблемы, касающиеся первых влюбленностей, связанных с ними переживаний в аспекте оценки своей привлекательности.**

Подобная беседа может разворачиваться только на фоне доверительного контакта с подростком. При отсутствии такого контакта не следует настаивать, а отложить разговор и обследование, продумав его построение на будущее.

Психологическое давление, оказываемое на подростка, может привести к ухудшению психического состояния и углублению дезадаптивных расстройств.

Необходимо быть очень внимательным ко всем **поведенческим проявлениям ребенка**: контактности или замкнутости, эмоциональным проявлениям, включая мимику, жесты, преобладающий фон настроения и его изменения при затрагивании различных тем.

Можно использовать и различные **стандартные анкеты и опросники** для родителей по выявлению наличия и степени выраженности дезадаптивных расстройств у детей и подростков. В частности: «Опросник Аххенбаха для родителей, имеющих детей 4—18 лет»; «Методику изучения личности дезадаптированного подростка и его ближайшего окружения»; «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)» служащий для определения типов акцентуаций характера и психопатий в подростковом и юношеском возрасте (от 14 до 18 лет) и другие.

При своевременном распознании предпосылок личностного неблагополучия возможно предотвратить развитие психопатий (смягчить выраженность дезадаптивных проявлений, разработать пути оптимальной адаптации в социуме с учетом индивидуальных и типологических особенностей, а также специфики социальной ситуации развития).

Методы коррекционной помощи по отношению к «трудным детям» - педагогические и психотерапевтические.

В число **педагогических воздействий** включены психологические методы: как коррекция страхов, самокоррекция.

По отношению к ребенку с ОВЗ при асинхрониях с расстройством эмоциональной сферы в **психокоррекционном процессе** взрослый реализует следующие функции:

- воспитательная - восстановление положительных качеств личности;
- компенсаторная - нахождение области оптимальной реализации возможностей подростка;
- стимулирующая - активизация значимости социально одобряемой деятельности, формирование заинтересованного отношения к оценкам;
- корректирующая - работа по преодолению негативных, вызывающих дезадаптацию качеств личности подростка;
- регулирующая - стимуляция процессов саморегуляции и самокоррекции.

В зависимости от типа личностных изменений целесообразно использовать различные виды психокоррекционного воздействия: индивидуальные и групповые, обращенные к сознанию и подсознательным механизмам поведения, развивающие рефлексивность или, наоборот, способность к быстрому принятию решений и т.п.

Термин «аутизм» («autismus»: autos — греч. сам, «ненормальное самолюбование») предложен швейцарским психиатром и психологом Эйгеном Блейлером (1857-1939) в 1910 году при описании симптомов шизофрении.

Современное значение термин «аутизм» впервые обрел в 1938 году, когда Ганс Аспергер в своей лекции по детской психологии использовал термин Блейлера.

Как отдельный клинический синдром ранний детский аутизм (РДА) был выделен Лео Каннером в 1943 году («синдром Каннера»).

Аутизм – искаженное психическое развитие по этиологическому (причина возникновения) и по нозологическому (динамика психических расстройств (скорость развития основные проявления болезни, вариант течения, характер исхода болезни) характера, проявляющееся на первых трех годах жизни ребенка. Аутизм выражается в снижении контактов ребенка со взрослым и сверстниками, уходе в себя, отсутствии или атипичности реакций на внешние воздействия, пассивности и сверххранимости в контактах со средой проявляется в «погружении» в свой собственный мир.

При недостаточной ясности этиологии РДА общепризнанной является позиция о роли генетических факторов – мультифакториальный механизм, при котором передается не собственно патология, а предрасположенность к ее развитию, реализующаяся при наличии провоцирующего фактора (инфекция, интоксикация, травма, возрастной кризис, психотравма и т.д.).

В случае с расстройствами аутистического спектра, примерно половина родителей замечают необычное поведение ребенка уже к 18 месяцам, а к 24 месяцам на отклонения обращают внимание уже 80 % родителей.

Поскольку задержка в оказании специальной помощи (и медицинской, и психологической, и педагогической) может повлиять на долгосрочный результат, ребенка следует незамедлительно показать специалисту при наличии любого из следующих признаков:

- отсутствие лепета к 12 месяцам жизни;
- отсутствие жестикуляции к 12 месяцам жизни (не указывает рукой на предметы, не машет рукой на прощанье и т. п.);
- отсутствие первых слов к 16 месяцам жизни;
- отсутствие спонтанной фразы из двух слов к 24 месяцам.

При РДА наблюдается специфическая картина: отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно. Так, неспособность овладеть навыками самообслуживания сочетается с хорошо развитой речью, памятью, часто отличным музыкальным слухом. Иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи.

При появлении симптомов аутизма в первые месяцы жизни ребенка говорят о синдроме раннего детского аутизма. Если для установления диагноза РДА недостаточно клинических характеристик, говорят об аутистических чертах личности.

В разных случаях аутизм может быть связан с нарушениями умственного развития различной степени, более или менее грубым недоразвитием речи; эмоциональные расстройства и проблемы общения могут иметь различные оттенки.

По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутистическом расстройстве личности отмечают: **качественные нарушения в сфере социального взаимодействия; качественные нарушения способности к общению; ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.**

Общие особенности аутичных детей:

- снижение или даже отсутствие потребности в общении – «экстремальное одиночество» («недостаточное внимание к человеку как к живому существу»), «отрешенность», погруженность в мир собственных переживаний;
- стремление к постоянству («бесконечное повторение однообразного поведения») – феномен тождества (стереотипные занятия, сопротивление к изменениям в окружающем); стереотипность в движениях (раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки), в игре (пристрастие к одним и тем же предметам (ремень, веревка, водопроводный кран, песок и др.), одними и теми же манипуляциям с ними: трясению, постукиванию, разрыванию, верчению); захваченность стереотипными интересами, одной и той же игрой, одной темой в рисовании, разговоре, в речи (повторение одних и тех же звуков, слов, фраз);

- обедненность, однообразие, неадекватность эмоций, слабость или искаженность эмоционального реагирования часто сочетающиеся с повышенной ранимостью;
- особая, не связанная с уровнем интеллектуального развития ребенка, задержка и нарушение развития речи – недостаточность использования речи как средства коммуникации;
- отсутствие фиксации взгляда, непереносимость взгляда в глаза, «скользящий, невидящий взгляд», взгляд мимо или «сквозь» людей;
- своевременность появления первой улыбки при отсутствии ее адресности;
- индифферентность отношения к окружающим (предпочитает находиться в коляске или кроватке, не просится на руки);
- необычность отношения к ласке: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;
- парадоксальность реакции к моментам дискомфорта (нарушение режима питания) и потребности в контактах с другими людьми: аутичный ребенок либо вообще их не переносит, либо безразличен к ним;

- раннее проявление страхов;
- наличие аутистических фантазий, характеризующихся оторванностью от реальности, слабой, неполной и искаженной связью с окружающим;
- моторная неловкость часто сочетающаяся с вычурностью движений, результате часто наблюдаются проблемы при формировании навыка письма, рисования, конструирования.

Стереотипы характеризуют всю психическую деятельность ребенка-аутиста. Так, в игре очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т. п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит куличи, а просто пересыпает песок.

Он не умеет играть с другими детьми.

Характеристики аутизма

Нарушенные
социальные связи

Нарушения
коммуникации

Нарушения игровой
деятельности

Своеобразие
интеллектуального
развития

Стереотипии

У аутичных детей исследователи отмечают особую характерную задержку и нарушение развития речи, прежде всего — ее коммуникативной функции.

Основными характерными чертами речи таких детей являются:

- мутизм (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации, при котором сохраняется возможность случайного произнесения отдельных слов и даже фраз) значительной части детей;
- отсутствие собственной речевой инициативы (не задает вопросов сам и может не отвечать на обращения к нему);
- эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;
- большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;
- отсутствие обращения в речи, не использует мимику и жесты, не протягивают руки в ожидании того, чтобы их подняли, затрудняются в имитации, в понимании и выражении мимики и жестов, включая указательный жест;

- позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», о других иногда «я»);
- нарушения семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное – до буквальности – сужение толкований значений слов), неологизмы и др.;
- изменения просодической стороны (необычный темп, ритм, мелодика, интонации речи).

Речевые нарушения при РДА, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи.

Искажение психического развития ребенка при РДА может быть выражено в разной степени – от тяжелой, приводящей к инвалидности, до легкой, замечаемой окружающими как некоторое своеобразие личности.

Познавательная сфера страдает преимущественно вторично. Главной особенностью интеллектуального развития детей с аутизмом является неравномерность, парциальность развития, имеющая особый характер.

У детей с РДА может наблюдаться интеллектуальная недостаточность, хотя она и не является типичным признаком. Отдельные дети могут проявлять высокую способность к счету, иметь абсолютный музыкальный слух, одаренность в области изобразительного искусства.

Существенным отличием РДА от сходных состояний является отсутствие тенденции к нарастанию, психическая недостаточность не усиливается, а иногда с годами уменьшается, ребенок становится более контактным, легче адаптируется среди сверстников.

Классификация детей с РДА по характеру социальной адаптации

«Одинокие» – не
вовлекающиеся в общение

«Пассивные»

«Активные, но нелепые

Наилучший прогноз социальной адаптации исследователи связывают с «пассивными» детьми.

Классификация детей с РДА в зависимости от характера и степени нарушений взаимодействия с внешней средой

Полная от происходящего

Активное отвержение

Аутистические замещения
внешней среды

Чрезвычайная трудность
организации общения и
взаимодействия

Полная отрешенность от происходящего (не формируется даже элементарное общение и навыки социального поведения, нет потребности в контактах, воспринимают людей как неодушевленные предметы (лесенка, по которой можно взобраться, чтобы что-то достать), бездеятельны, нуждаются в постоянном надзоре и уходе).

Активное отвержение (стереотипность движений, повторения одних и тех же слов, фраз, стихотворений, импульсивность движений, речевые контакты ограничиваются односложными ответами).

Аутистические замещения внешней среды (захваченность аутистическими интересами, патологические влечения с пристрастиями (рисование жестоких сцен, пристрастие к грязи, плохим запахам и др.).

Чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия (менее выражен аутистический барьер, робки, пугливы, проявляют одаренность в некоторых областях).

Диагностика и коррекция дисгармонического развития (РДА)

Основные цели терапии — снижение ассоциированных с аутизмом дефицитов и напряжения в семье, повышение качества жизни и функциональной независимости аутиста. Метод психотерапии подбирается индивидуально. Программы интенсивного, длительного специального образования и поведенческой терапии на ранних этапах жизни, могут помочь ребенку в освоении навыков самопомощи, общения, повышают уровень функционирования, снижают тяжесть симптомов и неадаптивного поведения. Метод психокоррекции предполагает исправление нарушений аффективного развития, различных страхов, агрессии, самоагрессии. **Платформой в проведении психокоррекции является установление психологического контакта с ребенком.**

Общими правилами в этой работе являются:

- исключение любого давления или нажима (даже прямое обращение к ребенку) во избежание неприятных для него ситуаций;
- первые контакты следует устанавливать, когда ребенок испытывает приятные ощущения (формируется понимание, что с человеком – лучше);
- постепенное усложнение контактов на основе положительных эмоций, дозированность эмоциональных контактов.

Педагогическое воздействие желательно проводить в специальных группах, в которых работают специалисты-педагоги и психологи. Обучение организуется по индивидуальной программе, учитывающей выраженность нарушения, возраст, интеллектуальное и речевое развитие.

Программу обучения следует строить с опорой на те виды деятельности, в которых ребенок успешен. Занятия могут проводиться как индивидуально, так и в группе.

Обучение аутичного ребенка следует начинать с формирования навыков самообслуживания, бытовых навыков, с понимания инструкций.

Обязательным условием успешного обучения и воспитания аутичного ребенка является установление эмоционального контакта с ним, определение мотивации и формирование заинтересованности в результатах предстоящей деятельности.

Педагогу следует избегать приемов формального механического научения. Очень важно учитывать стереотипию поведения и деятельности ребенка и обучать его сразу только тому, что будет необходимо в его дальнейшей учебной деятельности (не следует учить писать печатными буквами, так как потом очень сложно будет перейти к письменному написанию).

Следует правильно определять время занятий, когда ребенок и не слишком возбужден и не вял.

Схема последовательности изучения учебного материала детьми с РДА

Добиться пониманием ребенком требований
взрослого

Включение ребенка в совместную деятельность

Самостоятельное выполнение задания

Методы и методики коррекционной помощи детям с РДА

**поведенческая терапия, психодрама, игротерапия, арт-терапия,
ипо-терапия.**

Важным направлением работы является психологическая поддержка семей, воспитывающих аутичного ребенка. На первый план в этой работе выступает объяснение родителям того, что происходит с их ребенком, оказание помощи в установлении с ним эмоционального контакта, умения влиять на ситуацию, изменяя ее к лучшему. Кроме того, значимым направлением коррекционной помощи является создание положительной эмоциональной среды в семье, эмоциональное развитие ребенка, его социально-бытовая адаптация, адаптирующее общение.

Условия обучения детей с РДА в общеобразовательной школе:

- определенный уровень социальной адаптации, способности к жизни в коллективе;
- психолого-педагогической поддержка специалистов по коррекции РДА;
- достаточная дефектологическая подготовленность учителя массовой школы;
- юридическая защищенность аутичного ребенка, обучающегося в массовой (или иной) школе, т. е. учитывать особенности такого ребенка должно быть вменено в обязанность учителя и администрации.

Еще одной категорией детей, нуждающихся в специальном коррекционном воздействии, являются **гиперактивные дети** («активный» - от латинского «activus» - деятельный, действенный; «гипер» — от греческого «hyper» — над, сверх — указывает на превышение нормы).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – модель поведения ребенка, при котором наблюдается нарушение внимания, чрезмерная двигательная активность, суетливость, неспособность к целенаправленному организованному поведению.

Проявления гиперактивности можно наблюдать в возрасте до 7 лет. В 3-4 года отчетливой становится неспособность ребенка сосредоточенно заниматься чем-либо. Пики проявления синдрома совпадают с пиками психоречевого развития: в 1-2 года, 3 года и 6-7 лет. В 1-2 года закладываются навыки речи, в 3 года у ребенка увеличивается словарный запас, в 6-7 лет формируются навыки чтения и письма.

В основе **гиперактивности**, как правило, лежит **минимальная мозговая дисфункция (ММД)**, которая и является причиной возникновения школьных проблем примерно половины неуспевающих учащихся.

ММД - это нервно-психическая патология, часто встречающаяся у детей разного возраста; сопровождается нарушением таких важных функций головного мозга, как память, внимание и мышление. с ММД оказываются неспособными овладеть обычными программами образования. Педагоги называют такое явление «дезаптацией дошкольно-школьного периода». Практически с первых дней жизни дети с ММД отличаются повышенной возбудимостью, невротическими и вегетативными реакциями и немотивированным гиперкинетическим поведением. Такие дети в основном состоят на учете у невролога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия».

Синдром дефицита внимания значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (в соотношении от 4 : 1 до 6 : 1), и обнаруживается у детей всех социальных слоев.

Основные симптомы СДВГ

Рассеянность

Повышенная
возбудимость

Импульсивность

Основным нарушением в общей структуре является **нарушение внимания** (сильно страдают объем и концентрация внимания).

Ребенок возбудим, легко отвлекаем, совершает множество лишних движений, **он не «не хочет», а не может вести в соответствии со школьными требованиями** вследствие специфических нарушений функционирования мозговых систем.

Достаточно часто у этих детей наблюдаются **проблемы вербальной коммуникации** (по разным источникам от 10% до 54% случаев), нарушения произношения, запаздывание сроков в развитии речи, трудности в построение грамматически правильных предложений, нарушение понимания адресованных им высказываний, трудности в планировании своего высказывания и самоконтроля речи в процессе общения.

Часто неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции приводят детей с СДВГ к социальной изоляции и одиночеству.

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность, как правило, исчезает, а импульсивность и дефицит внимания остаются. Поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз синдрома гиперактивности.

Диагностика и коррекция дисгармонического развития (СДВГ)

Психолог, совместно с педагогом и родителями, проводит психологическую коррекцию эмоциональной сферы и поведения ребенка, ведет разъяснительную работу с педагогами, совместно с ними разрабатывает стратегию и тактику взаимодействия с каждым гиперактивным ребенком, и составляет индивидуальную программу его развития.

Все методы коррекционной работы с детьми с СДВГ направляются на преодоление не только нарушений внимания, но всех психических процессов (памяти, пространственного восприятия, наглядно-образного мышления), а также зрительно-моторной координации, лежащих в основе формирования школьных навыков – счета, письма, чтения.

Принципы психолого-педагогического сопровождение детей с СДВГ

- 1.Рекомендательный характер: самостоятельность ребенка в решении актуальных для его развития проблем (приоритет полномочий решения определяется в последовательности: ребенок и его родители, педагоги, окружение).
- 2.«На стороне ребенка»: стремление решить каждую проблемную ситуацию в пользу ребенка.
- 3.Непрерывность сопровождения: гарантия сопровождения на всех этапах помощи в решении проблемы.
- 4.Мультидисциплинарность сопровождения: согласованная работа команды специалистов.
- 5.Автономность: создание в учреждения образования службы или группы сопровождения.

Коррекционное воздействие будет эффективным лишь при условии тесного сотрудничества с семьей ребенка (проведение встреч с родителями, семинаров, курсов-тренингов и т. д.). Важным в этой работе является поддержание единых принципов в отношении к ребенку дома и в дошкольном учреждении. Главной задачей родителей является обеспечение общего эмоционально-нейтрального фона развития и обучения ребенка.

В работе с гиперактивными детьми младшего школьного возраста педагоги используют три основных направления:

- развитие дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля);
- отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками;
- работа с преодолением гнева (при необходимости).

В организации работы по коррекции речи ребенка могут быть использованы такие приемы:

- введение в актив ребенка большого количества слов-понятий в различных часто встречающихся ситуациях (в качестве дидактического материалы могут использоваться пиктограммы);
- составление простых словосочетаний (трава зеленая, солнце яркое, радуга разноцветная и т. д.) с последующей тренировкой в быстром составлении предложений с использованием заученных сочетаний слов;
- придумывание заголовка к читаемым коротким рассказам или стихотворениям;
- игра «20 вопросов» (отгадать название предмета, задавая вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет»).

Рекомендации педагогам при работе с детьми с СДВГ

- Повышать учебную мотивацию посредством использования системы поощрений, нетрадиционных форм работы (возможность выбора домашнего задания, проведение занятий с более младшими школьниками и др.).
- Менять виды деятельности в зависимости от степени утомления ребенка.
- Не подавлять потребности ребенка в двигательной активности, а постараться направить его энергию в нужное русло (давать двигательные разрядки, делая небольшие паузы во время урока), реализовывать двигательную потребность за счет выполнения поручений учителя (стереть записи на доске, вымыть тряпку, раздать тетради и т.д.) .
- Минимизировать отвлекающие ребенка факторы (лучшее место в классе для гиперактивного ребенка – парта, находящаяся в центре класса напротив доски или парта перед столом учителя, что даст ему возможность свободного обращения за помощью учителя) и повышать уровень внимания (задания «Проверь себя», «Найди ошибку» и др.).

- Дозировать учебные задания (если задание большое по объему, то следует предъявлять его по частям) и снизить требования к аккуратности их выполнения на первых этапах обучения.
- Использовать зрительную и тактильную стимуляцию (представить план занятия в виде графика, использовать таблички с напоминаниями и др.), инструкции учителя должны быть четкими и немногословными.
- Проверять знания в начале урока и избегать категоричных запретов.
- Использовать приемы снижения импульсивности (задание «Тихий ответ», вызов на заданный вопрос того, кто поднял руку последним) и деструктивной двигательной активности (упражнение «Замри» и др.).

Работу с ребенком следует строить индивидуально, при этом основное внимание нужно уделять его отвлекаемости и слабой самоорганизации.

Важной является работа по обучению ребенка с СДВГ конструктивным формам взаимодействия (обучение конструктивным способам разрешения конфликтов, навыкам самоконтроля, приемам самоуправления).

Необходимо научить ребенка поддерживать зрительный контакт во время общения, а также умения сосредоточиться, так в общении дети часто перебивают собеседника.

Важной является работа по обучению ребенка организовывать беседу с самим собой, что, по мнению Льва Семеновича Выготского «служит интеллектуальной ориентации, осознанию и преодолению трудностей и препятствий, пониманию и мышлению». Такая работа способствует повышению концентрации внимания.

При организации обучения в школе особенно важно учитывать принцип соответствия учебной нагрузки реальным возможностям гиперактивного ребенка с учетом уровня его познавательных способностей и степени нарушения концентрации внимания. Деятельность ребенка должна быть успешной, а поставленная цель – достигнутой.

Рекомендации родителям организации взаимодействия с ребенком с СДВГ

- изменение отношения к ребенку как трудному и укрепление позитивного мнения о нем;
- избегание повторения слов «нет» и «нельзя»;
- определение для ребенка границы дозволенного поведения (методичность и последовательность в установлении запретов и требований);
- поощрение ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (чтение, раскрашивание, работа с кубиками и др.);
- игнорирование нежелательного поведения («не награждать родительским вниманием нежелательное поведение ребенка»);
- ограничение числа партнеров во время игры (оптимально – один партнер);
- предложение модели позитивного поведения как альтернатива сделанному замечанию;
- поддержание позитивной установки в отношениях с ребенком: «к каждому критическому замечанию прилагать, по крайней мере, одну похвалу, а лучше – две или три»;
- соблюдение четкого распорядка дня;
- создание условий расходования избыточной энергии (спортивные занятия, бег, прогулки);
- подбор интересных для ребенка занятий.

Принципы психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы

- Принцип системности – реализуется в процессе оказания психолого-педагогической помощи в разных направлениях: детям, учителям, родителям (оказывается в реальной ситуации обучения ребенка, выявляет имеющиеся сложности, потенциальные возможности школьника, его сильные стороны, определяющие обходные пути в обучении и с учётом всех составляющих определяется, моделируется система психолого-педагогического сопровождения).
- Принцип комплексности – проявляется в том, что педагогом, психологом, родителями оказывается ребенку комплексная помощь, охватывающая все сферы его деятельности (познавательную, эмоционально-волевою, двигательную; оптимизируются социальные связи и отношения), помогающая отследить успешность обучения и наладить межличностные связи.

- Принцип интегративности – предусматривает интеграцию различных методов (психотерапевтических и психолого-педагогических), методик, подходов, дидактических и психотерапевтических приемов (охватывает не только образовательную среду, но и микросоциальную).
- Принцип приоритета особых потребностей ребенка – выявление причин учебных затруднений ребенка, знание и учёт его особых потребностей для использования их в качестве обходных путей (нуждаются в специальных условиях организации образовательного процесса).
- Принцип непрерывности – отражает необходимость ранней диагностики его возможностей и способностей, осуществления психолого-педагогического сопровождения на протяжении всего периода обучения, на всех ступенях образования.

*Этапы системного сопровождения
детей с ОВЗ при асинхрониях с преобладанием
расстройств эмоционально-волевой сферы*

Диагностический

Поисковый

Консультативно-
проектный

Деятельностный

Рефлексивный

Диагностический этап. Целью данного этапа является осознание сути проблемы, ее носителей и потенциальных возможностей решения. Диагностический этап начинается с фиксации сигнала проблемной ситуации, затем разрабатывается план проведения диагностического исследования. На этом этапе важно установить доверительный контакт со всеми участниками проблемной ситуации, помочь им вербализовать проблему, совместно оценить возможности ее решения.

Поисковый этап. Цель – сбор необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доведение этой информации до всех участников проблемной ситуации, создание условий для осознания информации самим ребенком (включая возможность адаптации информации).

Консультативно-проективный (или договорной) этап. На этом этапе специалисты по сопровождению обсуждают со всеми заинтересованными лицами возможные варианты решения проблемы, обсуждают позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности, помогают выбрать различные методы.

После того как выбор способа решения проблемы состоялся, важно распределить обязанности по его реализации, определить последовательность действий, уточнить сроки исполнения и возможность корректировки планов. В результате разделения функций возникает возможность для самостоятельных действий по решению проблемы.

Деятельностный этап. Этот этап обеспечивает достижение желаемого результата. Задача специалиста по сопровождению состоит в оказании помощи по реализации плана как педагогу, так и ребенку. Необходимо помочь участникам решения проблемы почувствовать «вкус успеха» в выполнении договоренности. Разрешение проблемы часто требует активного вмешательства внешних специалистов – психологов, медицинских работников, юристов и т. д. Функции координатора на этом этапе принимает на себя специалист сопровождения.

Рефлексивный этап. Это период осмысления результатов деятельности службы сопровождения по решению той или иной проблемы. Этот этап может стать заключительным в решении отдельной проблемы или стартовым в проектировании специальных методов предупреждения и коррекции массовых проблем, имеющих в образовательном учреждении.

*Направления системного сопровождения
детей с ОВЗ при асинхрониях с преобладанием
расстройств эмоционально-волевой сферы*

Сопровождение детей

Сопровождение педагогов

Сопровождение родителей

Сопровождение детей – обеспечение адекватного возрасту и образовательным потребностям психического и личностного развития, создание соответствующих образовательных условий и разработка педагогически целесообразных средств помощи по преодолению трудностей возникающих в процессе обучения.

Сопровождение педагогов. Данное направление работы определяется педагогическими потребностями в разработке и внедрении технологий коррекции расстройств эмоционально-волевой сферы у детей.

Сопровождение родителей – система мер по оказанию помощи родителям в воспитании детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и оказания им организационно- методической помощи.

Для решения проблем ребенка необходимы заинтересованность и высокая мотивация всех участников процесса сопровождения: ребенка, родителей, педагогов, специалистов. Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение, обретая свое место в практической деятельности школы, включаясь в учебно-воспитательную работу, превратится в творческое сотрудничество для оказания действенной помощи. Комплексная скоординированная работа всех специалистов школы как деятельность сопровождения поможет выстроить образовательный маршрут детей с эмоциональными расстройствами, оказать им реальную помощь в адаптации в общество.



*Коллеги,
спасибо за внимание.*