

Департамент образования Ярославской области
Государственное образовательное учреждение Ярославской области
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной
помощи «Центр помощи детям»

Вопросы инклюзивного образования
Практическое пособие
Часть 4
Медицинское и психолого-педагогическое обеспечение

Ярославль
2013

ББК
УДК

Рецензенты:

Н.Н. Мехтиханова, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова;

Л.В. Кочкина, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей педагогики и психологии ГОАУ Ярославской области Институт развития образования

Вопросы инклюзивного образования. Часть 4. Медицинское и психолого-педагогическое обеспечение. Практическое пособие. /Под редакцией Е.В. Коневой. – Ярославль, 2013. – 48 с.

Пособие представляет собой 4 часть серии изданий, посвященных теоретическим и практическим проблемам инклюзивного образования. Данная часть содержит рекомендации медицинским работникам и педагогам образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику, а также родителям детей, посещающих соответствующие образовательные учреждения.

Практическое пособие предназначено для специалистов образовательных учреждений и родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Авторы-составители: Автухова О.А., Гарина Е.А., Карабань О.М., Херувимова Я.Н.

Содержание

Глава I. Медицинское сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования	4
3.1. Организация медицинского сопровождения	5
3.2. Основные направления деятельности врача в образовательном учреждении, реализующем инклюзивную практику	8
Глава II. Рекомендации педагогам образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику	14
2.1. Основные направления работы педагогов	14
2.2. Рекомендации педагогам, в классе которых обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья	17
Глава III. Рекомендации родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья.....	23

Глава I. Медицинское сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования

Медицинское сопровождение – это система мероприятий, направленных на улучшение социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья при сохранении их физического и психического здоровья в условиях инклюзии.

Выделяют следующие *принципы медицинского сопровождения* ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования:

– Комплексный подход. Это не только наблюдение за детьми и консультации педагогов, но и сопровождение всей семьи. Медицинский работник может быть тьютором в первое время адаптации ребенка с ОВЗ.

– Дифференцированная помощь. Дети, инклюзированные в общеобразовательные учреждения, имеют различную патологию, поэтому объем помощи и сопровождения таких детей будет различным.

– Командный стиль работы предполагает участие в сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья не только медицинских работников учреждения, но и администрации учреждения и профильных специалистов (сурдологов, офтальмологов, ортопедов, психиатров), педагогов. Медицинское сопровождение невозможно без организации командной работы специалистов, что и является базовым компонентом формирования интегративной/инклюзивной среды в образовательных учреждениях различного вида и формы на каждом этапе инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья. Основным вопросом, возникающим в ходе подобного командообразования, является разработка теоретических и практических основ работы специалистов разного профиля в условиях командного (междисциплинарного) взаимодействия. В данном случае подобное взаимодействие специалистов определяется как:

– межпрофессиональное сотрудничество, направленное на выработку и реализацию единой стратегии развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, организацию помощи его семье¹.

Для реализации подобным образом организованной командной работы необходимо принятие всеми ее участниками важнейших принципов взаимодействия членов команды:

– Инклюзия является эффективным направлением в реабилитации ребенка с проблемами развития.

– Общая педагогическая тактика.

¹Семаго М.М., Семаго Н.Я. Междисциплинарное взаимодействие специалистов инклюзивного образования <http://www.f-nashidet.ru/inklusia/182-mezhdisciplin.htm>

– Интерес специалиста к сопредельным дисциплинам, овладение знаниями, методиками смежных наук (т.е. обучаемость, гибкость и готовность к универсализации и новаторству).

– Уважение ко всем членам команды, взаимопонимание, искренность, готовность к взаимопомощи.

– Равноправное участие всех членов команды во всем коррекционном и воспитательно-образовательном процессе, ответственность за результаты общей работы.

– Четкое распределение ролей всех членов команды и соблюдение приоритетности их участия в решении конкретных педагогических задач.

Только в этом случае подобный подход позволяет комплексно и эффективно решать проблемы ребенка и его семьи, оптимально используя ресурсы специалистов, участвующих в командной работе, на всех этапах инклюзии.

Не менее важна необходимость для всех специалистов учитывать и адекватно включать в собственную деятельность представления специалистов смежных областей знания о развитии. В частности это относится к таким областям знания, как коррекционная педагогика, специальная психология, основы педиатрии, неврологии (в частности неврологии развития), медицинской генетики, психопатологии детского возраста, психотерапии и психологии семьи. Эти знания особенно важны в том случае, если ребенок с серьезными проблемами оказывается в среде обычных сверстников, то есть в случае интегративного образования и воспитания.

Задачи медицинского сопровождения:

– Ослабить тенденцию ухудшения здоровья.
– Стабилизировать характер течения основного заболевания.
– Сохранить психический статус ученика.
– Создать оптимальные условия для прохождения обучающимися образовательного маршрута, реализуемого школой и дошкольным образовательным учреждением.

– Предложить программы, направленные на формирование навыков и умений и ценностных ориентаций.

3.1. Организация медицинского сопровождения

Эффективность деятельности медицинских работников зависит от того, насколько будут учтены особенности физического и психического развития ребенка с ОВЗ и оценены его ресурсные возможности. На этапе поступления ребенка в учреждение медицинский работник должен ознакомиться с документами, представленными родителями (законными представителями):

– Заключение ПМПК.

– Индивидуальная карта школьника или выписка из лечебного учреждения для детей с дошкольного возраста.

– Заключение специалиста по профилю заболевания.

На следующем этапе должен быть проведен осмотр и оценка соматического и психического статуса ребенка:

– Анализ физического здоровья, антропометрических показателей, оценка работы всех органов и систем.

– Составление индивидуальных программ оздоровления и лечения, профилактики хронических сопутствующих заболеваний.

– Анализ психического здоровья, определение уровня школьной зрелости, интеллектуального развития, психологической адаптации, диагностика личностных особенностей ребенка.

При необходимости медицинский работник должен подключить к диагностике специалиста учреждения (сурдолога, психиатра и т. д.) или вызвать его в общеобразовательное учреждение. Деятельность всех специалистов должна быть согласована. Для этого составляется план реабилитации ребенка с ОВЗ, отдельная картотека и создается паспорт здоровья. Он отражает физическое развитие как ведущий показатель здоровья учащихся, состояние зрения и слуха, заболеваемость. Исходные данные паспорта здоровья – это информация о резервных возможностях каждого ребенка при реализации программ технологий обучения. При этом формируется база данных об уровне здоровья, реализуется программа оздоровления и лечения, анализируется результативность образовательной деятельности ученика. Данные медицинского обследования позволяют разработать ряд конкретных рекомендаций для администрации школы, учителей, родителей.

Показатели психического и физического здоровья оцениваются не реже 2 раз в год. Это позволяет направленно влиять оздоровление детей в течение всего периода обучения, создает систему фиксации динамики состояния их здоровья. Среди организационных параметров должны быть описаны и те изменения внутри самого пространства учреждения, без которых практически невозможно реализация интеграции. Имеется в виду создание комфортной и безбарьерной среды – это не только пандусы и лифты, компьютеры и специальные приспособления для детей с двигательными нарушениями, но и игровые «домики» и иные интимные уголки, где ребенок «перегрузившись», мог бы отдохнуть и прийти в равновесие и т.п. Это важный шаг, который должен быть сделан, и тут участие врача, специального педагога, гигиениста необходимо. Все эти изменения способствуют решению задач интеграции в ее временном аспекте, то есть тем последовательным шагам, которые могут обеспечить меньшее количество неудач и ошибок.²

²Семаго М.М., Семаго Н.Я. Междисциплинарное взаимодействие специалистов инклюзивного образования <http://www.f-nashideti.ru/inklusia/182-mezhdisciplin.htm>

Обязанности медицинских работников в условиях дошкольно-школьного образования остаются прежними. Они изложены в Приказах Министерств образования и здравоохранения³. Должность врача-педиатра устанавливается из расчета 1 должность врача на 180-200 детей ясельных групп, 600 детей детских садов. Должности медицинских сестер или фельдшеров устанавливаются из расчета 1 должность на: 600 обучающихся образовательных учреждений, 100 детей детских садов, 50 детей санаторных детских садов. В учреждениях, где предполагается инклюзия, роль медицинских работников возрастает не только по нагрузке, но и по функциональным обязанностям. Это потребует пересмотра нагрузки врача и медицинской сестры на уровне администрации образовательного и дошкольно-школьного отдела медицинского учреждения.

В своей работе врач должен знать:⁴

- Основы законодательства об охране здоровья населения и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, оказания лекарственной и неотложной медицинской помощи населению, а также профессиональной деятельности по избранной специальности (организационной, диагностической, консультативной, лечебной, профилактической).

- Новые методы в лечении, диагностике, лекарственном обеспечении больных.

- Основы врачебно-трудовой экспертизы.

- Структуру и основные принципы здравоохранения, принципы сотрудничества с другими специалистами.

- Дошкольную и школьную психологию и педагогику.

- Постановления, распоряжения, приказы, другие руководящие и нормативные документы вышестоящих органов образования для грамотного обеспечения медицинского обслуживания в дошкольном учреждении.

- Структуру учреждения и перспективы его развития для выработки направлений и задач, стоящих перед учреждением.

- Порядок ведения медицинской документации детского сада, школы.

- Законодательство о труде.

- Правила внутреннего трудового распорядка.

- Правила и нормы охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии, противопожарной защиты.

³ Приказ Минздрава РФ № 371 от 16 октября 2001 г. О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек.

⁴ Настоящая должностная инструкция врача-специалиста разработана на основе тарифно-квалификационной характеристики по должностям здравоохранения, утвержденной Постановлением Минтруда РФ от 17 ноября 1993 г. № 62.

3.2. Основные направления деятельности врача в образовательном учреждении, реализующем инклюзивную практику

Формы и степень образовательной интеграции ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут варьироваться в зависимости от степени выраженности недостатков его психического и (или) физического развития. При этом число детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в обычном классе, как правило, не должно превышать 3-4 человек. В учреждениях, реализующих инклюзивное образование, при наличии в нем менее 6 детей с ОВЗ могут быть введены дополнительные должности.

Методист (координатор по инклюзии) – 0,5 ед.

Учитель-дефектолог – 1 ед.

Педагог-психолог – 0,5 ед.

Тьютор – 1 ед.

Группа школьников с ОВЗ чрезвычайно неоднородна. В нее входят дети с разными нарушениями развития:

- Слуха
- Зрения
- Речи
- Опорно-двигательного аппарата
- Задержкой психического развития
- Умственной отсталостью
- Выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, включая ранний детский аутизм
- Множественными нарушениями развития

Медицинское сопровождение предполагает:

1. Контроль:

– Нормативно-правовой базы, наличия заключений ПМПК и профильных специалистов по патологии, показаний и противопоказаний для инклюзии.

– Соблюдения и юридических законов.

– Заключения договоров между учреждением и родителями (законными представителями).

– Условий предметно-развивающей среды (кабинет психолога, музыкальный, физкультурный, тренажерный зал, изостудия, комната релаксации, кабинет логопеда, дефектолога, достаточная оснащенность специальным оборудованием).

2. Ведение документации:

– Картотеки детей с ОВЗ.

– Паспорта здоровья.

– Программ индивидуальной реабилитации.

– Дневников на детей с ОВЗ.

Осмотры детей должны проводиться не реже 2 раз в год.

Медицинский работник выделяет детей, нуждающихся в специальном обследовании или лечении, направляет их в поликлинику или другое лечебное учреждение, при необходимости приглашает специалиста в образовательное учреждение.

3. Проведение реабилитационных мероприятий в учреждении:

- Медикаментозная терапия.
- Физиотерапия, кинезо, бальнео, фитотерапия.

4. Обеспечение помощи в работе профильным специалистам: приглашение их в учреждение, обеспечение им условий для консультирования.

5. Подготовка педагогического коллектива, учащихся к принятию детей с ОВЗ:

- Беседы, семинары, классные часы, консультации по оказанию первой помощи, формированию навыков толерантности.
- Участие в междисциплинарных консилиумах.
- Тренинги с детьми и педагогами по техническим средствам, их умениям пользоваться ими.

6. Работа с семьей

Важное направление медицинского сопровождения – вовлечение родителей детей с ОВЗ в инклюзию. Работа с семьей в данном случае предполагает:

– Беседы с родителями с целью ознакомления с семьей по следующим параметрам:

- Уровень образования
- Материальная обеспеченность
- Жилищно-бытовые условия
- Взаимоотношения в семье
- Состояние здоровья
- Адекватность оценки состояния ребенка
- Степень инициативы в плане сотрудничества
- Продуктивность использования медицинских и психолого-педагогических рекомендаций

• Успехи и проблемы ребенка

• Особенности ухода за ребенком

– Ознакомление с результатами медицинского обследования и диагностики развития детей.

– Содействие изменению родительской позиции в случае негативной оценки инклюзии, изучение уровня ожиданий родителей.

– Создание условий для объединения родителей в сообщество, расширения социального пространства семей, воспитывающих детей с ОВЗ. При необходимости создается журнал посещаемости, книга отзывов, проводится анкетирование родителей.

- Использование наглядных форм просвещения: санбюллетени, газеты, памятки.
- Подробное обсуждение результатов обследования и хода коррекционно-развивающего процесса, выявление причин, препятствующих развитию
- Разъяснение конкретных мер помощи ребенку с учетом структуры его дефекта
- Обсуждение проблем родителей в вопросах воспитания и лечения.

Требования к дошкольным организациям и группам для детей, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии

Контроль условий предметно-развивающей среды для детей с ОВЗ является важным направлением работы медицинских работников. Требования к учреждениям, где организуется инклюзия, изложены в Приказах МЗ и Санитарных правилах и нормах⁵. Этажность зданий должна учитывать контингент воспитанников специальных дошкольных организаций (дефекты физического развития, затрудняющие передвижение, нарушение координации движений, ослабление или отсутствие зрения и другие) и обеспечивать возможность удобной, простой и короткой связи не только внутри здания, но и с участком.

Участок специальной дошкольной организации рекомендуется обеспечить удобными подъездными путями и подходами от остановок общественного транспорта. Все подъезды и подходы к зданию в пределах участка асфальтируются или имеют другое твердое покрытие. Единый комплекс учреждений (детский сад – школа) рекомендуется размещать на одном участке. На территории дошкольной организации для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уклон дорожек и тротуаров предусматривается не более 5 град., а ширина их – не менее 1,6 м. На поворотах и через каждые 6 м они рекомендуется иметь площадки для отдыха. На территории дошкольной организации для слепых и слабовидящих детей ширина прогулочных дорожек для безопасности передвижения детей должна быть не менее 3 м и иметь двустороннее ограждение двух уровней: перила на высоте 90 см и планка – на высоте 15 см. Ограждения предусматриваются для всех предметов, которые могут быть препятствием при ходьбе детей: деревья, кустарники, столбы и др. Около поворотов, вблизи перекрестков, у зданий, около столбов и других препятствий дорожки должны иметь крупнозернистую структуру покрытий, шероховатая поверхность которых служит сигналом для замедления ходьбы.

⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29 декабря 2010 г. № 189 г. Москва «Об утверждении СанПин 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

Асфальтированные дорожки должны иметь дугообразный профиль в зависимости от их ширины (середина дорожки возвышается над боковыми сторонами на 5 – 15 см). В вечернее время на территории должно быть обеспечено искусственное освещение не менее 40 лк.

Двери при их открывании из помещений не должны представлять препятствия для детей. В помещениях следует избегать устройства внешних углов, а имеющиеся углы скруглять (радиус 0,05 м). Лестницы рекомендуются с двусторонними поручнями и ограждением высотой 1,8 м или сплошным ограждением сеткой. Для детей с поражением опорно-двигательного аппарата лестницы оборудуются двусторонними поручнями, которые устанавливаются на двух уровнях – на высоте 0,9 м и дополнительный нижний поручень на высоте 0,5 м. Предусматривают лифты, пандусы с уклоном 1:6. Пандусы предполагаются с резиновым покрытием.

Стены основных помещений групповой ячейки и оборудование рекомендуется окрашивать матовыми красками светлых тонов. Для детей с нарушениями зрения окраска дверей и дверных наличников, выступающих частей зданий, границ ступеней, мебели и оборудования должна контрастировать с окраской стен. При использовании звукоусиливающей аппаратуры необходимо предусматривать звукоизоляцию перекрытий и стен (перекрытия и стены должны обладать высокими звукоизолирующими свойствами).

Групповые, спальни, музыкальные залы для слепых, слабовидящих, а также глухих и слабослышащих детей целесообразно организовывать на южную и восточную ориентацию по сторонам горизонта. Коэффициент естественной освещенности (КЕО) помещений для обучения и занятий детей с нарушениями зрения и слуха при боковом освещении составляет не менее 1,5%. Уровень искусственной освещенности в игровых и учебных помещениях должен быть не менее 600-800 лк; для детей, страдающих светобоязнью – не более 500 лк, вспомогательных помещений – в пределах 300-400 лк. Групповые помещения для слепых и слабовидящих детей рекомендуется оборудовать комбинированной системой искусственного освещения. Каждое рабочее место целесообразно оборудовать светильниками местного освещения. Светильники должны иметь жесткое крепление к поверхности стола и гибкий кронштейн, позволяющий менять угол наклона и высоту источника света. Для создания комфортных световых условий детям со светобоязнью над их учебными столами следует предусматривать обязательное отдельное включение отдельных групп светильников общего освещения. В логопедических кабинетах около зеркала устанавливаются настенные светильники местного освещения на кронштейнах, позволяющих менять угол наклона и высоту источника света.

Детская мебель и оборудование помещений должны быть безвредными для здоровья детей и учитывать специфику организации педагогического процесса и лечебно-восстановительных мероприятий, а также

соответствовать росту и возрасту детей. В групповых помещениях для слабослышащих, умственно-отсталых детей рекомендуются одноместные универсальные столы с регулируемыми параметрами, простой и надежной конструкции.

В групповых помещениях для детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих) и расстройствами речи рекомендуются: одноместные столы с индивидуальными пультами (микрофонный комплект, слуховое оборудование); стол для воспитателя с пультом управления (с усилителем и коммутатором), с подводкой слаботочной линии к пульту управления каждого стола. Слуховое оборудование монтируется на стационарно закрепленных столах для детей и воспитателя. В групповых помещениях для детей с поражениями опорно-двигательного аппарата предусматривается специальная мебель, удобная для проведения занятия.

Помещения медицинского назначения предназначаются для организации оздоровительно-профилактических мероприятий и осуществления лечебной и коррекционно-восстановительной работы, должны иметь расширенный состав помещений (в соответствии с профилем учреждения), в зависимости от заболеваний, соответствующих основному дефекту. В них необходимо предусматривать специальное оборудование.

В дошкольных организациях для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата плавательный бассейн рекомендуется оснастить устройством для опускания и поднятия детей. В плавательном бассейне для детей с нарушениями зрения (слепых и слабослышащих) предусматриваются дополнительные меры предосторожности: края ванны бассейна должны быть обтянуты резиной, мелкая часть ванны отделяется ограничительной доской из пенопласта (поперек ванны) и сеткой с грузилами, для спуска в ванну предусматриваются две дополнительные лестницы с перилами; вокруг ванны и вдоль стен должны быть перила на высоте 30 и 50 см от пола. В помещениях с ваннами для лечебного массажа нормируемая температура воздуха составляет не менее 30 °С при расчете кратности обмена воздуха не менее 50 м³ в час на ребенка.

Таким образом, медицинское сопровождение невозможно без организации командной работы специалистов, что и является базовым компонентом формирования интегративной среды в образовательных учреждениях различного вида и формы на каждом этапе психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. Только сопровождение инклюзивного образования междисциплинарной командой профессионалов – педагогов, дефектологов, логопедов, врачей, психологов и др., принимающих философию инклюзии и ее задачи, позволит сделать этот процесс максимально адаптивным и пластичным.

Литература

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29 декабря 2010 г. № 189 г. Москва «Об утверждении СанПин 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

2. Приказ Минздрава РФ № 371 от 16 октября 2001 г. О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек.

3. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Междисциплинарное взаимодействие специалистов инклюзивного образования <http://www.f-nashideti.ru/inklusia/182-mezhdisciplin.htm>

Глава II. Рекомендации педагогам образовательных учреждений, реализующих инклюзивную практику

Специфика работы педагога с детьми с ОВЗ в условиях инклюзивного образования заключается в том, что он имеет дело с обучающимися, у которых имеются не только нарушения в физическом здоровье, но и нарушения познавательной деятельности, изменения личности в целом. Содержание работы педагога, реализующего инклюзивную практику, должно быть подчинено задаче коррекционного воздействия, направленного на развитие ребенка.

2.1. Основные направления работы педагогов

Следует выделить направления работы педагога.

1. Диагностическое направление.

Диагностическая работа педагога является составной частью комплексного изучения ребенка специалистами школьного ПМПк. Основная задача этого направления – прогноз возможных трудностей обучения и развития каждого ребенка, определение причин и механизмов уже возникших проблем.

Для решения задач этого направления педагог может:

- ознакомиться с личным делом, педагогической характеристикой, заключениями врачей и другой документацией о развитии ребенка с ОВЗ;
- побеседовать с родителями или законными представителями ребенка;
- понаблюдать за ребенком в образовательном учреждении и за его пределами;
- изучить продукты деятельности ребенка (тетради, рисунки, поделки и т.п.);
- воспользоваться результатами диагностического обследования других специалистов образовательного учреждения.

Диагностическая деятельность педагога в рамках инклюзивного образования может решать разные задачи.

В связи с этим выделяют:

Первичная диагностика детей с ОВЗ – определение уровня актуального и «зоны ближайшего развития» ребенка, причин и механизмов трудностей, выявление детей, нуждающихся в специализированной помощи других специалистов.

Динамическое изучение детей с ОВЗ – наблюдение динамики развития ребенка, определение соответствия выбранных форм, приемов, методов обучения и воспитания требованиям программы.

Этапная диагностика – определение результативности и эффективности коррекционного воздействия на развитие ребенка с ОВЗ.

Текущая диагностика – обследования детей с ОВЗ по запросу родителей, других специалистов образовательного учреждения (по мере необходимости).

2. Коррекционное направление.

Коррекционное направление работы педагога, реализующего инклюзивное образование, представляет собой систему коррекционного воздействия на учебно-познавательную деятельность, личностную сферу ребенка с ОВЗ в динамике учено-воспитательного процесса.

Основные направления коррекционно-развивающей работы:

- сенсорное и сенсомоторное развитие;
- формирование пространственно-временных отношений;
- умственное развитие (мотивационный компонент, операционный и регуляционный компоненты);
- нормализация ведущей деятельности возраста;
- формирование разносторонних представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, обогащение словаря, развитие связной речи;

Для этого педагог использует индивидуальные и групповые коррекционные занятия, беседы; вовлекает детей в творческие работы по интересам; привлекает родителей к работе с детьми.

3. Аналитическое направление.

Аналитическое направление включает анализ процесса коррекционного воздействия на развитие ребенка с ОВЗ в инклюзивной среде и оценку его эффективности, обеспечение взаимодействия специалистов. Педагог выстраивает свою работу в условиях сотрудничества со специалистами разного профиля.

Формы сотрудничества:

- комплексное обследование учащихся;
- построение коррекционной работы с учетом рекомендаций других специалистов;
- планирование и реализация индивидуальных комплексных программ коррекции и развития;
- взаимодействие специалистов в рамках школьного ПМПк.

4. Консультативно-просветительское и профилактическое направление.

Консультативно-просветительская и профилактическая работа проводится для оказания помощи родителям, администрации образовательного учреждения и другим специалистам в вопросах обучения и воспитания детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования.

Задачи направления:

1. Профилактика возможных проблем в развитии ребенка;

2. Профилактика перегрузок, выбор адекватного психофизическому развитию режима труда и отдыха в образовательном учреждении и дома;

3. Оказание профессиональной помощи родителям и законным представителям в вопросах воспитания, в решении возникающих проблем.

К формам по решению поставленных задач этого направления следует отнести:

- систематические выступления на родительских собраниях, педагогических советах, методических объединениях образовательного учреждения;

- анкетирование родителей;

- индивидуальное консультирование родителей по запросам;

- обучающее консультирование родителей и других специалистов образовательного учреждения (разъяснение этапов коррекционной программы, демонстрация приемов коррекционной работы, демонстрация коррекционно-развивающих заданий, игр и упражнений).

5. Организационно-методическое направление.

Это направление деятельности педагога включает подготовку и участие в консилиумах, методических объединениях, педагогических советах, оформление документации.

Таким образом, в своей работе педагог, работающий с детьми с ОВЗ в инклюзивном образовании, активно включается во все сферы образовательного процесса. Он организует свою деятельность в условиях взаимодействия специалистов, совместно с ними разрабатывает и реализует комплексные индивидуальные программы коррекции и развития, участвует в заседаниях консилиума, проводит консультативную и просветительскую работу с педагогами, родителями и законными представителями детей.

Дети с ОВЗ, которые обучаются в массовых образовательных учреждениях нуждаются в изменении способов подачи информации или модификации учебного плана с целью более успешного освоения общеобразовательной программы. Следует понимать, что дети обучаются по-разному, и они разные по своему развитию, следовательно, и стиль обучения должен быть разнообразным. Необходимо придавать значение обучению изобразительному искусству, музыке, драматическому искусству, танцам и физкультуре не меньше, чем другим предметам, так как навыки и достижения в этих областях, и как следствие этого, самооценка ведут к достижению больших успехов по всем предметам. Не случайно такое широкое общественное признание получили различные соревнования, конкурсы для детей с ОВЗ. Следует оказывать поддержку детям, которые сталкиваются с оскорблениями, понимая, что дети, которые живут в страхе, не могут развиваться. Необходимо отмечать достижения ребенка относительно его прошлых успехов, нестандартные достижения. Следует использовать успехи во время занятий в кружках, играх. Для того, чтобы внедрить в жизнь то, что было описано выше, педагоги должны стараться

ежедневно находить возможность говорить с детьми на любые темы, которые их интересуют или беспокоят.

Следует размещать детей с ОВЗ в помещении класса (группы) таким образом, чтобы дети, насколько это возможно, могли работать автономно, имея легкий доступ к оборудованию. Можно разбить класс (группу) на подгруппы, пары для выполнения индивидуальных заданий. Состав таких подгрупп должен варьироваться, в соответствии с интересами детей, их особенностями и задачами обучения. Используя адаптивные приспособления и методики для занятий с детьми с ОВЗ, педагог должен учитывать рекомендации врача по их обучению и воспитанию. Педагог должен ценить каждого ребенка, открыто хвалить индивидуальные усилия каждого и достижения класса (группы) в целом. Это поможет создать комфорт и хорошую атмосферу⁶.

В качестве примера приводим рекомендации по отдельным категориям детей с ОВЗ.

2.2. Рекомендации педагогам, в классе которых обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья

Рекомендации педагогам, в классе которых обучаются дети с нарушением зрения

1. Ознакомиться с заключением врача-офтальмолога о состоянии зрения. Далеко не всем детям рекомендуются очки для постоянного ношения, а некоторые дети, испытывая чувство стеснения, не надевают их в окружении сверстников.

2. Рабочее место ребенка с нарушением зрения располагается в центре помещения, на первой – второй парте. Лучше, если оно будет оснащено дополнительным освещением.

3. Педагогу, работающему с таким ребенком, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна. В одежде педагогу рекомендуется использовать яркие цвета, которые лучше воспринимаются ребенком, имеющим зрительные нарушения.

4. В связи с тем, что темп работы детей со зрительными нарушениями замедлен, следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Некоторые нарушения зрения осложняют выработку навыка красивого письма, поэтому следует снизить требования к почерку ребенка. Рекомендуются занятия с таким ребенком, направленные на развитие навыков письма и черчения по трафарету, навыков штриховки, ориентировки

¹ <http://www.socialhelp.ru>

в микропространстве (на листе бумаги), развитие зрительного восприятия, внимания, памяти.

5. Рекомендуется смена видов деятельности, с использованием упражнений для снятия зрительного утомления (зрительная гимнастика), включение в образовательный процесс динамических пауз, которые являются своеобразным отдыхом для глаз.

6. Необходимо использовать в наглядном материале яркие цвета, адаптировать наглядный материал: обвести черным цветом контуры изображений. Педагогу следует ближе подходить к ребенку, чтобы он не только слышал его голос, но и видел мимику и артикуляцию произносимых звуков.

Специфика обучения и воспитания слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем: дозирование учебных нагрузок, применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности детей, специальное оформление учебных кабинетов, организация лечебно-восстановительной работы, усиление работы по социально-трудовой адаптации.

1. Обучение слабовидящих ведется по учебникам массовой школы, которые печатаются более крупным шрифтом и специальными преобразованными изображениями, доступными для зрительного восприятия.

2. Во время проведения уроков следует чаще переключать учащихся с одного вида деятельности на другой. Педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих школьников. Так, непрерывная зрительная нагрузка (например, чтение) в первых классах не должна превышать 7-10 минут). Однако для некоторых слабовидящих, например, с атрофией зрительных нервов, центральной атрофией сетчатки, может быть утомительна и такая нагрузка. Поэтому к дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально, неуклонно следуя рекомендациям офтальмолога.

3. Положительное влияние на поддержание работоспособности учащихся и предупреждение зрительного переутомления оказывает проведение физкультурных пауз. Во время них выполняют дыхательные упражнения, хватательные, сгибательные и разгибательные упражнения для кистей рук. Слабовидящие не должны выполнять упражнения, связанные с наклоном головы вниз и с резким движением тела, так как эти упражнения им противопоказаны.

4. Слабовидящие дети должны размещаться ближе к естественному источнику света. При некоторых формах нарушения зрения (катаракта, помутнение роговицы) у детей наблюдается светобоязнь. Таких детей надо размещать дальше от источника света.

5. Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются учащиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк.

Поэтому рекомендуется использовать крепящиеся на столе лампы. Свет должен падать с левой стороны или прямо.

6. Гимнастика до занятий, физминутки на уроках и лечебная физкультура (ЛФК) на коррекционных занятиях являются обязательными и проводятся по специальным программам.

7. Педагог должен следить, чтобы пол в классе был убран, а двери и шкафы были закрыты.

8. Необходимо предупредить обучающегося, если в классе изменится месторасположение парт или стульев.

9. Следует сопровождать все невербальные жесты, такие как кивок головы, движения рук и т.п., словами и иногда прикосновением (похлопыванием по плечу).

10. Задавая вопросы и делая замечания, необходимо называть обучающихся по имени.

11. Ребенок с нарушением зрения всегда будет выполнять задания медленнее других учащихся. Поэтому необходимо дать ему больше времени или сократить количество упражнений, особенно если нет уверенности, что он понял учебный материал. Можно дать ему возможность заранее готовить тексты к урокам литературы, истории, географии.

12. Целесообразно снизить требования к письму. У слабовидящего обучающегося могут возникать трудности с расположением текстов на страницах. С другой стороны, не следует преувеличивать его визуальные возможности, исходя из его почерка. Многие слабовидящие учащиеся пишут красиво и аккуратно.

13. Для детей с нарушением зрения предусмотрены следующие программы коррекционных занятий: мимика и пантомимика; ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка (СБО), развитие зрительного восприятия, осязания и мелкой моторики рук, логопедические занятия.⁷

Рекомендации педагогам, в классе которых обучаются дети с нарушением слуха

Дети с нарушением слуха разделяются на две группы: слабослышащие, которые с помощью слухового аппарата или без него могут слышать устную (звучащую) информацию, и глухие, которые не воспринимают разборчиво на слух обращенную речь даже при наличии звукоусиления. И те, и другие обязательно используют свои навыки чтения с губ или зрительное восприятие устной речи (умение понимать устную речь по видимым речевым движениям говорящего). Для слабослышащих детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и

⁷ Методические рекомендации по обучению детей с ОВЗ в образовательной школе.
<http://opmpk.68edu.ru/>

психологически подготовлены к совместному со слышащими сверстниками обучению, может быть эффективно интегрированное обучение⁸.

Состояние навыков чтения с губ у детей с нарушением слуха весьма различно и находится в прямой зависимости от уровня владения языком в его устной форме. Развитие речи в большинстве случаев, особенно у глухих детей, неудовлетворительно. Но зато они обычно владеют мимико-жестикуляторной речью и могут пользоваться помощью сурдопереводчиков.

Наибольшие трудности испытывают дети с относительно недавно наступившей глухотой. Они обычно не владеют мимико-жестикуляторной речью, навыками чтения с губ. Разборчивое восприятие речи на слух отсутствует. Зато они выгодно отличаются уровнем речевого (языкового) развития, что позволяет им обучаться, используя в основном письменные источники информации.

Общей проблемой для всех детей с нарушенным слухом является отсутствие навыков записи материала, быстрый темп речи педагога, практическая невозможность одновременно воспринимать и фиксировать предлагаемый материал. Педагог должен стараться делать небольшие паузы (3–4 мин.) после объяснения какого-либо вопроса, два и три раза повторять основные положения предлагаемого материала, использовать как можно шире иллюстративный материал. Ученик, имеющий нарушение слуха, обязательно должен быть слухопротезирован, т.е. иметь индивидуальные слуховые аппараты.

Учитель, обучающий ребенка с нарушением слуха в общеобразовательном классе, должен:

1. посадить ребенка за первую парту;
2. не поворачиваться спиной к обучающемуся;
3. четко задавать вопросы, обращаясь к ребенку;
4. проверять рабочее состояние слуховых аппаратов;
5. разрешать детям оборачиваться, чтобы видеть лицо говорящего человека;
6. широко применять наглядность в целях более полного и глубокого осмысления учебного материала;
7. речь учителя должна быть внятной, четкой, оптимальной громкости с переменными интонациями, приуроченными к тем местам объяснения, которые имеют ключевое значение.

В адаптации в социуме незаменимую помощь оказывает педагог-психолог и социальный педагог. Работа психолога должна быть направлена на развитие коммуникативной компетентности, повышение уровня доброжелательности, снижение конфликтности, сплочение коллектива. Большое внимание психолог должен обращать на формирование

⁸ Методические рекомендации по обучению детей с ОВЗ в образовательной школе.
<http://opmpk.68edu.ru/>

межличностных отношений между интегрированными ребятами и их сверстниками, что помогает решать этические и правовые проблемы.

Рекомендации педагогам, в классе которых обучаются дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

1. Следует подготовить детский коллектив к приходу ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата.

2. Важно правильно организовать двигательный режим во время игр и занятий (педагог подбирает наиболее удобную для ребенка позу во время работы за столом, на ковре и т. д.).

3. Во время работы необходимо проводить физкультурные паузы.

4. Детям необходимо развивать тот или иной двигательный навык и воспитывать правильное о нем представление через ощущение движений: формирование навыка самообслуживания; развитие практической деятельности и подготовка руки к письму. Следует помнить, что овладение двигательными навыками происходит поэтапно и требует много времени и большого терпения со стороны педагога. Воспитание двигательных навыков целесообразно проводить в ходе интересных и понятных для ребенка игр; все предлагаемые ребенку занятия должны соответствовать его двигательным возможностям.

5. Необходимо развивать ручные навыки каждого ребенка: произвольно брать опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать в определенное место, выбирать.

6. Педагог должен проводить тесную работу с родителями.

7. Педагогу необходимо подбадривать детей при неудачах, поощрять за малейший успех.

8. Педагог должен посадить учащегося с нарушением опорно-двигательного аппарата на тот ряд и на ту парту, которые позволят ребенку свободно стоять или выходить из-за парты; пространства на столе должно быть достаточно для манипуляции учебными принадлежностями.

9. Необходимо варьировать формы выполнения письменных заданий. Если ребенок не успел выполнить задание полностью письменно, часть задания он может ответить устно. Следует рационально определить дозировки письменных и контрольных работ (индивидуальный подбор объема и способа выполнения заданий)⁹.

10. Необходимо крайне аккуратно дозировать нагрузку, как в школе, так и дома, нужно давать ребенку перерывы при выполнении продолжительных заданий. Таких детей лучше более интенсивно нагружать в начале урока, в начале учебного дня и снимать нагрузку в конце занятий.

11. Понаблюдав за учеником первое время, учитель должен понять, в какой позе ему удобнее выполнять письменные работы, как удобней отвечать: сидя или стоя.

⁹ Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.

Литература

1. На пути к инклюзивной школе. Пособие для учителей. USAID, 2007.
2. <http://www.socialhelp.ru>
3. <http://www.inclusive-edu.ru/>
4. Инклюзивное образование. Выпуск 1. М., 2010.
5. Методические рекомендации по обучению детей с ОВЗ в образовательной школе. <http://орпрк.68edu.ru/>

Глава III. Рекомендации родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья

Факторами, препятствующими включению детей с ОВЗ в образовательную среду, является общий уровень их психического развития, а именно, дефицитарность центральных сфер личности (когнитивной, социальной, эмоционально-волевой). Каждая форма аномального развития имеет свою специфику целей, задач и методов коррекции. Для школьного сообщества важно организовать продуктивный диалог с родителями, привлечь их к сотрудничеству. Мы сфокусируем внимание родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, на некоторых особенностях в развитии ребенка, которые препятствуют успешной адаптации в условиях инклюзивного образования, и возможностях коррекции (Приложение 1).

К этим особенностям относятся:

- I. Низкий уровень сформированности аффективной регуляции.
- II. Тревожность, страхи как состояния аффективной дезадаптации.
- III. Зависимость от матери.

I. Низкий уровень сформированности аффективной регуляции

Поведение ребенка организуется его эмоциями, поэтому родителям необходимо знать, как управлять эмоциональной стороной жизни ребенка, а главное – научить его самого в этом разбираться. Ученые выделяют десять базовых эмоций, которые организуют поведение человека. Это интерес, радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение, стыд, страх, вина.

Базовая аффективная регуляция (термин «аффективная» используется как синоним «эмоциональная») подразумевает развитие у ребенка следующих способностей:

1. Способность ощущать свойства, качества, состояния и признаки предметов, явлений, людей, воспринимаемых органами чувств.
2. Знать и соотносить название эмоций (радость, печаль, страх и т.д.) и свое состояние.
3. Уметь адекватно эмоционально реагировать (словами, жестами, мимикой) на различные жизненные ситуации.
4. Способность использовать неприятные эмоции для выработки адекватных форм поведения.
5. Способность уберечь себя от переживаний, которые разрушающе действуют на личность¹⁰.

Аффективная система ребенка начинает формироваться на самых ранних этапах развития ребенка. В процессе развития ребенка механизмы

¹⁰ Худенко Е.Д., Шоркина Т.Д., Каданцева Г.А. Развивающие игры и упражнения для развития эмоциональной регуляции поведения у «особого ребенка» (пособие для родителей) М., 2009.

аффективной регуляции преобразуются, совершенствуются, включаясь в единый процесс адаптации в наиболее широком смысле этого понятия. Базовая аффективная регуляция выступает в виде структуры, состоящей из нескольких уровней. Смысловой задачей «главенствующего» уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: формирование правил, норм взаимодействия с ними. Ориентировка ребенка на лицо человека, его мимику, взгляд, голос, интонацию, прикосновение, жест позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением — радость от похвалы и огорчение от неприятия. Временные эмоциональные сбои отмечаются в развитии практически любого ребенка, особенно в периоды возрастных кризисов. Высокая неустойчивость эмоционального развития может наблюдаться в условиях стрессовых воздействий различной природы. Особенно характерны трудности формирования аффективной регуляции поведения в случаях ДЦП и аутизма.

Помощь родителей и специалистов детям с ОВЗ в условиях инклюзивного обучения подразумевает развитие у них аффективной регуляции поведения. Исходя из вышесказанного, важно, чтобы ребенок мог *осознавать* собственное эмоциональное состояние, адекватно *выражать* свои чувства и уметь *управлять* своими эмоциями. Предлагаем способы решения этих задач в соответствии с возрастными этапами.

Возраст: младший школьный

Помощь ребенку в осознании собственных чувств и эмоций.

Ребенок нуждается в словах взрослых, чтобы привыкнуть к тому, что он ощущает. Сам он находится во власти своих чувств, они переполняют его, а он не всегда умеет о них говорить. Великая роль взрослого – научить ребенка облекать свои эмоции в слова, сделать их по-настоящему «своими». И особенно важна такая помощь родителей, когда ребенок вступает в общественную жизнь. Первые разочарования, первые дружеские ссоры, первые обиды, первые отказы – это эмоциональная повседневность ребенка впервые вступившего в круг своих сверстников. По мнению Бардышевской М.К. и Лебединского В.В. «речь обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания, в результате чего эмоции теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в возможности их интеллектуализации, осознанности»¹¹.

Развитие у ребенка способности выражать и управлять своим эмоциональным состоянием

¹¹ Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие. М., 2003.

Особенность ребенка младшего школьного возраста заключается в том, что он еще мало осознает свои переживания и далеко не всегда способен понять причины, их вызывающие. На трудности в школе ребенок чаще всего отвечает эмоциональными реакциями – гневом, страхом, обидой. Чтобы младший школьник мог сознательно регулировать поведение, нужно научить его адекватно выражать чувства, конструктивно выходить из сложных ситуаций. Если не сделать этого, неотрагированные чувства будут долго определять жизнь ребенка, создавая все новые субъективные трудности. Обсуждение и «проживание» ситуаций, вызывающих разнообразные чувства, повышают эмоциональную устойчивость ребенка, что помогает ему легче переносить аналогичные, но более мощные воздействия.

«Проживание» эмоционально значимых ситуаций

Для детей с ограниченным социальным опытом целесообразно использовать игры-драматизации на тему знакомых сказок. Основной целью игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа. Взрослый вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок не просто подражает, а создает образ персонажа, уподобляется ему. Способность ребенка входить в роль, уподоблять себя разыгрываемому образу имеет большое значение для коррекции эмоционального дискомфорта. Как показывает опыт, это способствует смягчению негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера¹².

Целесообразно использование таких игр в психокоррекции детей с аутизмом, поскольку в процессе игр-драматизаций возможна перестройка негативных эмоциональных проявлений у ребенка. Поскольку дети с аутизмом склонны к застреванию, желательно использовать любимую сказку ребенка, что будет для него аффективно значимым. Для воспроизведения сказки можно воспользоваться настольным театром¹³. Если нет настольного театра, сказку можно рассказать с помощью картинок.

В то время как здоровые дети достаточно быстро создают образ персонажа, уподобляются ему, дети с аутизмом испытывают существенные трудности, и поэтому наглядное воспроизведение сказки, помогает ребенку в дальнейшем быстрее войти в роль персонажа сказки. Ребенок выбирает роль,

¹² Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие. М., 2003.

¹³ Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2006.

и взрослый совместно с ребенком обыгрывает сюжет. Можно использовать в процессе игры не весь сюжет, а только некоторые эпизоды. В процессе игры взрослый наблюдает за действиями ребенка, следит за его эмоциональным состоянием, спонтанными высказываниями¹⁴.

Воспроизведение (имитация) чувств и эмоциональных состояний

Имитация детьми различных эмоциональных состояний имеет психопрофилактический характер. Во-первых, активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвращать перерастание некоторых эмоций в патологию. Во-вторых, благодаря работе мышц лица и тела обеспечивается активная разрядка эмоций. Это особенно важно потому, что в силу своих возрастных особенностей дети часто не осознают своих «психических заноз». В-третьих, у детей при произвольном воспроизведении выразительных движений происходит оживление соответствующих эмоций и могут возникать яркие воспоминания о неотреагированных ранее переживаниях, что имеет значение для нахождения первопричины нервного напряжения у некоторых детей.

В разработке Чистяковой М.И. предлагается следующая схема занятия по психогимнастике¹⁵.

I фаза. Мимические и пантомимические этюды.

Цель: выразительное изображение отдельных эмоциональных состояний, связанных с переживанием телесного и психического удовольствия и недовольства; выработка моделей выражения основных эмоций (радость, удивление, интерес, гнев и др.) и некоторых социально окрашенных чувств (гордость, застенчивость, уверенность и др.). Дети знакомятся с элементами выразительных движений: мимикой, жестом, позой, той или иной походкой.

II фаза. Этюды и игры на выражение отдельных черт характера и эмоций.

Цель: выразительное изображение чувств, порождаемых социальной средой (жадность, доброта, честность и т. п.), их моральная оценка; формирование моделей поведения персонажей с теми или иными чертами характера; закрепление и расширение уже полученных детьми ранее сведений, относящихся к их социальной компетентности. При изображении эмоций внимание детей привлекается ко всем компонентам выразительных движений одновременно.

III фаза. Этюды и игры, имеющие психотерапевтическую направленность на определенного ребенка или на группу в целом. Используются мимические и пантомимические способности детей для предельно естественного воплощения в заданный образ.

¹⁴ Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб., 2007.

¹⁵ Чистякова М.И. Психогимнастика. / Под ред. Буянова М.И. 2-е изд. М., 1995.

Цель: коррекция настроения и отдельных черт характера ребенка, тренинг моделированных стандартных ситуаций.

IV фаза. Психомышечная тренировка.

Цель: снятие психоэмоционального напряжения, внушение желательного настроения, поведения и черт характера.

При проигрывании различных этюдов и игр на занятиях психогимнастикой ставятся как воспитательные, так и психотерапевтические цели. Участие в одном и том же этюде и в одной и той же роли имеет для разных детей разную цель. Для одних это воспитание чувств, расширение социальной компетентности, развитие творческого воображения (ближе к воспитанию), а для других это и отреагирование эмоций, и возможность выразить себя в безопасной игровой ситуации, и успокоение, и тренинг желательного общения (ближе к психотерапии). Так, например, обучение аутичного ребенка выразительным движениям и умению их «читать», а также попытка воспитания у него потребности в эмоциональном общении – это, безусловно, психотерапевтическая цель. Полезно обучать выразительным движениям и аутичных детей, и детей с замедленным темпом развития, особенно в тех случаях, когда у них на первый план выступает задержка развития эмоциональной сферы. Тренировка имитации эмоций и узнавания их по выразительным движениям необходима даже психически здоровым детям, так как все дети обладают разной способностью различать эмоционально-выразительные средства бессловесного общения. Несмотря на то, что психогимнастика как метод практикуется специалистами, родители также могут использовать ее элементы в развивающей игре с ребенком.

Применение мимических этюдов из курса психогимнастики помогает детям с ОВЗ легче выражать свои чувства и лучше понимать чувства других, что способствует лучшему общению со сверстниками в условиях инклюзивного образования.

Обучение приемам саморегуляции (навыки релаксации, психодинамической медитации)

Ребенку крайне трудно, практически невозможно управлять напряженными мышцами. Чрезмерное напряжение всегда ищет разрядки и часто разряжается не самым красивым и гармоничным способом. Но можно научить прислушиваться к ощущениям в теле, к появляющейся напряженности. Приучая мышцы тела расслабляться, успокаиваться, мы помогаем организму ребенка восстанавливать эмоциональное и психическое равновесие. Расслабление позволяет устранить беспокойство, возбуждение, скованность, расслабление восстанавливает силы и здоровье, увеличивает запас энергии, пробуждает творческий потенциал. Дети, в отличие от взрослых, легко воспринимают все новое и необычное. Они быстрее обучаются простому умению расслабляться.

Расслабляясь, возбужденные, беспокойные, нервные постепенно становятся более уравновешенными, внимательными и терпеливыми. Дети

заторможенные, скованные, вялые и робкие приобретают уверенность, бодрость, свободу в выражении своих чувств и мыслей. Научившись расслаблению, каждый ребенок получает то, в чем ранее испытывал недостаток. В процессе расслабления организм наилучшим способом перераспределяет энергию и пытается привести тело к равновесию и гармонии.

Техника *релаксации* основана на стандартном методе глубокой мышечной релаксации Якобсона, при котором группы мышц сначала напрягаются, а затем расслабляются. В технике предусмотрена сознательная концентрация внимания на ощущении напряжения и расслабления в мышцах. (Приложение 2).

Психодинамические медитации – это вид медитаций, связанный с движениями, перевоплощениями, с развитием различного вида чувствительности и получением позитивного двигательного опыта, а также направленный на общую энергетизацию тела. Для занятий по психодинамической медитации необходима подвижная музыка. Подобные упражнения хорошо «разряжают» детей, дают возможность снять эмоциональное, интеллектуальное и телесное напряжение. Для гиперактивных детей – это способ разрядки, для застенчивых и замкнутых детей – способ почувствовать себя более свободным. (Приложение 3)

Возраст: подростковый

Содействие в вербализации собственных чувств и эмоциональных переживаний

Как показывает опыт психокоррекционной работы с подростками-инвалидами, для многих из них характерны отсутствие опыта вербального выражения собственных переживаний и недостаточно развитый эмоциональный словарь. Не раскрывая своих чувств, подросток теряет глубину общения, искренность, ясность. Поэтому желательно побуждать подростка говорить о своих эмоциональных переживаниях. Предлагаем приемы, направленные на умение открыто обозначать и описывать свои чувства.

1. Называние собственных чувств («Мне грустно», «Я боюсь», «Я злюсь», «Мне стало весело», «Я почему-то обеспокоен»). Большинство людей, к сожалению, избегают слов, с помощью которых можно описать свое эмоциональное состояние и пользуются прямыми и однозначными определениями своих переживаний. Но если подросток будет совершенствоваться в назывании, то через некоторое время его словарь переживаний пополнится следующими терминами.

Печаль, грусть, тоска, уныние, огорчение, отчаяние, апатия, подавленность, безразличие, страдание, угнетение, вялость, безысходность, безнадежность.

Страх, тревога, ужас, беспокойство, испуг, боязнь, опасение, озабоченность, неуверенность, волнение, смущение, робость, осторожность, сомнение, удивление, недоумение, растерянность.

Гнев, ярость, возмущение, злость, раздражение, враждебность, досада, отвращение, обида, недовольство, презрение, негодование.

Радость, ликование, восторг, воодушевление, увлеченность, азарт, уверенность, окрыленность, превосходство, нетерпение, гордость.

2. Обозначение возможных действий, к которым побуждают переживаемые чувства («Мне хотелось обнять его и расцеловать», «Готов был провалиться сквозь землю»). Требуется смелость и доверие для того, чтобы открыто высказать свои фантазии и желания. Тем не менее у данного упражнения богатые возможности информирования окружающих о своих чувствах, хотя в обыденной жизни люди чаще избегают произносить вслух обозначение действий, так как не знают реакции партнера и боятся его непонимания.

3. Употребление сравнений и метафор («Чувствую себя так, словно в грязи вывалялся», «Вышел после приема, как на крыльях»). Для того чтобы успешно пользоваться сравнениями, необходимо читать скрытую в них информацию, представлять себе, как будет чувствовать себя человек, попавший в метафорически описанную ситуацию.

4. Описание своего физического состояния («Когда я его увидел, у меня земля из-под ног ушла», «Когда я это сказал, у меня комок подступил к горлу», «У меня голова разболелась от этого»). В процессе общения участвуют не только губы, язык, глаза и уши, но и весь организм.

Обучение функциям самоконтроля

Подростковый возраст является одним из критических возрастов, во время которого возникает наибольшая вероятность психогенного беспокойства. Для уменьшения эмоциональной напряженности у подростков можно применять метод *аутогенной тренировки* – самовнушения в состоянии релаксации. Аутогенная тренировка также способствует подготовке к пребыванию в стрессовой ситуации (например, экзамены), повышает скорость адаптации. Она удачно объединила положительные стороны ряда методов психической саморегуляции. В механизмах аутогенной тренировки участвует образование нужных условных рефлексов. Большое значение для нее имеет самоубеждение, самовоспитание, что делает ее интеллектуальным и волевым процессом, открывающим пути к рациональной перестройке личности подростка. Поэтому главная роль в аутогенной тренировке отводится словесным формулам.

Приведем вариант использования аутогенной тренировки.

Проведение упражнения: «Сядьте удобнее, положите руки на колени, прислонитесь спиной к спинке стула. Закройте глаза. Перенеситесь мысленно туда, где вам будет хорошо. Возможно, это привычное для вас место, где вы любите бывать и отдыхать. Возможно, это место вашей мечты. Побудьте

там, где вам хорошо, две-три минуты». Повторение простых утверждений позволяет справиться с эмоциональными переживаниями («сейчас я чувствую себя лучше», «я могу полностью расслабиться, а потом быстро собраться», «я справлюсь с напряжением в любой момент, когда пожелаю»). Можно придумывать свои собственные формулировки. Необходимо делать их краткими и позитивными. На первых занятиях отвлечься от посторонних мыслей подростку довольно трудно, но постепенно, с приобретением навыков фиксации внимания на внушаемых ощущениях, настроиться на тренировку ему не представит затруднений.

Детям и подросткам с ДЦП и аутизмом с недостаточно сформированной аффективной регуляцией поведения предложенные приемы и методы помогут адаптироваться в условиях инклюзивного обучения.

II. Тревожность, страхи как состояния аффективной дезадаптации

Тревожность выступает дезадаптивным моментом, препятствующим развитию эмоционально-волевой, познавательной сферы и становлению эмоционально-личностных образований. Тревога — эмоциональное состояние, характеризующееся чувством «угрожающей неизвестности» или опасности, для которого свойственны сильный негативный аффект, мышечная напряженность и беспокойство, вегетативные дисфункции и «избегающее поведение». Проявления тревоги выражаются в следующих основных сферах реакций:

– *физические признаки*: учащенный пульс и дыхание, сердцебиение, потливость, мышечное напряжение, сухость во рту, головокружение, дрожание в руках и в коленях, чувство слабости, прилив крови к лицу, напряжение в животе, расстройство желудка и кишечника;

– *когнитивные признаки*: мысли о собственной слабости и несостоятельности, мысли о том, что напугает или о том, что будешь выглядеть глупо, смешно; мысли о заражении инфекцией, о загрязнении, мысли об сверхъестественных существах, чудовищах или об устрашающих ситуациях;

– *эмоциональные признаки*: чрезмерное беспокойство и напряжение с ожиданием несчастья, беды, катастрофы; страх перед объектами или ситуациями, которые не представляют реальной опасности. Объектами страхов могут являться, например, животные, насекомые, уколы, внезапные звуки, темнота или страх стать объектом внимания, проверки;

– *поведенческие признаки*: беспокойные движения, реакции избегания, обгрызание ногтей, дрожь в голосе, избегание зрительного контакта, подергивание конечностей.

Во многих случаях тревога является адаптивной эмоцией, которая подготавливает ребенка к тому, чтобы справиться с потенциально опасными ситуациями. Именно поэтому в определенном возрастном периоде (дошкольный возраст) и в определенных ситуациях переживание тревоги является нормальным явлением и в последующем «изживается». Необходимо

отметить, что тревожность имеет выраженную возрастную специфику, обнаруживающуюся в ее источниках, содержании, формах проявления компенсации и защиты. Для каждого возрастного периода существуют определенные области, объекты действительности, которые вызывают повышенную тревогу большинства детей. Однако у одних детей реагирование тревогой носит временный характер, а у других — выступает как стойкое тревожное расстройство и должно стать объектом психокоррекционного вмешательства. Наибольшей склонностью к тревоге отличаются дети и подростки с ДЦП в связи с недостаточной оценкой своих возможностей и переживании страха при передвижении.

Психопрофилактика должна быть ориентирована прежде всего на оптимизацию тех областей, с которыми связаны «возрастные пики» тревожности для каждого периода, при психокоррекции, помимо этого, — на «зоны уязвимости», характерные для конкретного ребенка или подростка. Значимым элементом является выработка индивидуальных эффективных моделей поведения в значимых, в том числе оценочных, для ребенка ситуациях.

А.М. Прихожан разработаны и апробированы психопрофилактические программы, ориентированные на работу с детьми разных возрастов¹⁶. *Программа для обучающихся 1-го класса.* Программа направлена на развитие у детей правильного отношения к результатам своей деятельности, умению оценить ее независимо от педагога, формированию навыков самоконтроля. А именно, психопрофилактическая работа с обучающимся включает: а) формирование у детей критериев и навыков самоконтроля, самостоятельной оценки собственной работы; б) обучение пониманию способам собственной деятельности; в) становление правильного отношения к успехам как к результатам собственных возможностей и усилий; развитие адекватного отношения к неудачам, позволяющего не бояться ошибок; г) формирование умения не смешивать оценку результатов конкретной работы с отношением педагога к себе; д) развитие у ребенка коммуникативных навыков общения со взрослыми и сверстниками, а также игровых навыков.

Программа для обучающихся 5-го класса по основным направлениям во многом совпадает с описанной выше. Составной частью этой программы является помощь детям в адаптации к новым условиям: переходу к системе обучения несколькими учителями: правильному пониманию детьми причин различий в подходах и требованиях людей.

Программа для подростков по развитию уверенности в себе и способности к самопознанию. Программа состоит из специально подобранной системы упражнений и групповых дискуссий, ориентированных: а) на укрепление у подростка чувства собственного достоинства и развитие достаточно благоприятного представления о собственной значимости; б) на обеспечение его вербальными и

¹⁶ Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М., 2000.

невербальными формами выражения уверенности в себе; в) на обучение способам и приемам преодоления трудностей и решения внешних и внутренних проблем, преодоления неуверенности, страха, повышенного волнения в разных ситуациях; г) на формирование средств и форм самопознания.

Программы для школьников 13-14 и 15-17 лет по обучению конструктивному поведению в трудных ситуациях. Программы содержат три блока: а) общий, направленный на укрепление понимания значимости, ценности и возможности развития уверенности в себе; б) функциональный, направленный у старших подростков в основном на обучение приемам развития операциональных возможностей — внимания, актуализации необходимой информации, способов рациональной работы; а для учащихся 15-17 лет – умение ставить и достигать цели при пошаговой самооценке результатов, умение преодолевать внутренние запреты и сопротивление; в) регуляторный, содержащий обучение приемам регуляции и овладения своим поведением.

Обозначенные автором задачи помогут родителям детей с ОВЗ составить представление о значимых для каждого возраста ситуациях и возможных направлениях поддержки ребенку в условиях инклюзивного обучения.

Б.И. Кочубей и Е.В. Новикова¹⁷ считают, что тревожность развивается вследствие наличия у ребенка внутреннего конфликта, который может быть вызван:

1. Противоречивыми требованиями, предъявляемыми родителями, либо родителями и школой. Например, родители не пускают ребенка в школу из-за плохого самочувствия, а учитель ставит «двойку» в журнал и отчитывает его за пропуск урока в присутствии других детей.

2. Неадекватными требованиями (чаще всего завышенными). Например, родители неоднократно повторяют ребенку, что он непременно должен быть отличником, не могут и не хотят смириться с тем, что сын или дочь получает в школе не только «пятерки» и не является лучшим учеником класса.

3. Негативными требованиями, которые унижают ребенка, ставят его в зависимое положение. Например, учитель говорят ребенку: «Если ты расскажешь, кто плохо себя вел в мое отсутствие, я не сообщу маме, что ты подрался».

Как профилактическая, так и коррекционная работа, связанная с тревожностью, включает три основных направления:

- Повышение самооценки.
- Обучение ребенка умению управлять собой в конкретных, наиболее волнующих его ситуациях.
- Снятие мышечного напряжения.

¹⁷ Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Эмоциональная устойчивость школьника. М., 1988.

Повышение самооценки

Конечно же, повысить самооценку ребенка за короткое время невозможно. Необходимо ежедневно проводить целенаправленную работу. Родителям следует обращаться к ребенку по имени, хвалить его даже за незначительные успехи. Однако похвала должна быть искренней, потому что дети остро реагируют на фальшь. Причем ребенок обязательно должен знать, за что его похвалили. В условиях инклюзивного обучения желательно, чтобы тревожные дети чаще участвовали в таких групповых играх, как «Комплименты», «Я дарю тебе...», которые помогут им узнать много приятного о себе от окружающих, взглянуть на себя «глазами других детей».

Обучение детей умению управлять своим поведением

Как правило, тревожные дети не сообщают о своих проблемах открыто, а иногда даже скрывают их. Поэтому если ребенок заявляет взрослым, что он ничего не боится, это не означает, что его слова соответствуют действительности. Скорее всего, это и есть проявление тревожности, в которой ребенок не может или не хочет признаться. Совместное со взрослым сочинение сказок и историй научит ребенка выражать словами свою тревогу и страх. И даже если он приписывает их не себе, а вымышленному герою, это поможет снять эмоциональный груз внутреннего переживания и в какой-то мере успокоит ребенка. Приоритетная роль в подобного рода психологической коррекции принадлежит квалифицированному психологу или психотерапевту. Усилия направляются на то, чтобы снять у ребенка психическое напряжение, уменьшить тревожность, чувство страха; ослабить чувство вины, которое свойственно детям, испытывающим неуспешность; помочь «вынести вовне» переживания, которые являются источником психоэмоционального напряжения.

Обучать ребенка управлять собой в конкретных, наиболее волнующих его ситуациях можно и родителям в повседневной жизни. Важное место занимает подготовка ребенка к новым ситуациям, снижение неопределенности ситуации через предварительное ознакомление его с содержанием и условиями этих ситуаций, обсуждение возможных трудностей, обучение конструктивным способам поведения в них. Целесообразно проводить предварительное «проигрывание» наиболее значимых ситуаций (например, визит к врачу, ответ на экзамене). Прием отработки конкретного навыка с удовольствием применяют и сами дети. Например, они играют в школу, многократно повторяя ситуацию, которая их волнует.

Снятие мышечного напряжения

Важным моментом в работе по профилактике и преодолению тревожности является снятие внутренних зажимов, обретение ребенком и подростком двигательной свободы, пластики движений. Желательно при взаимодействии с тревожными детьми использовать игры на телесный контакт. Очень полезны упражнения на релаксацию, техники глубокого

дыхания, массаж и просто растирание тела. Возможно и расслабление через образы – так называемые *визуализации* – зрительные представления. (Приложение 4).

Некоторые авторы считают, что тревога и страх неразделимы – они имманентно связаны друг с другом. Первые реакции ребенка на тревогу недифференцированы, а страхи – это более позднее образование, возникающее в результате того, что ребенок научается объективировать и особым образом относиться к тем элементам окружающей среды, которые могут ввергнуть его в «катастрофическое состояние». Что касается общих отношений между страхом и тревогой, то наиболее распространенное мнение таково, что базисная тревога необходима для дальнейшего развития реакций страха¹⁸.

Наиболее негативное влияние страхов на адаптацию к школе характерно для детей с аутизмом. Аутичный ребенок вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, жестко отстаивает соблюдение привычных способов удовлетворения потребностей и начинает бояться самой возможности изменения жизненной среды. С другой стороны он стремится жить в уже освоенных им стереотипных коридорах, потому что не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Любая новизна вызывает панику, потому что неминуемо ведет к дезадаптации. В итоге вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты от него, что может представлять значительную трудность для аутиста при инклюзивном обучении.

Однако страх не может быть оценен однозначно как отрицательный симптом. Если он препятствует адаптации ребенка к окружению, порождает неадекватное поведение, является тормозом в развитии – это патологический способ реагирования, требующий коррекции. Если же проявления страха возникают у ребенка, не имевшего до этого «чувства края», не реагировавшего на боль, на уход матери, – это, несомненно, является прогностически благоприятным признаком развития, свидетельствующим о большей возможности осознания ребенком происходящего вокруг, большей его включенности в окружающее. Так же, как и остальные поведенческие проблемы, страхи и тревога у аутичных детей проявляются с различной интенсивностью – от еле уловимых тенденций до преобладающего компонента в состоянии ребенка.

Мы не всегда способны определить конкретную причину страха, но всегда можем понять, что ребенок встревожен или испуган. Поэтому необходимо, с одной стороны, соблюдать условия, максимально обеспечивающие снижение уровня генерализованной тревоги и профилактику возникновения новых страхов, с другой – осторожно работать с нейтрализацией уже нажитых в большом количестве страхов. Механизм

¹⁸ Астапов В.М. Тревожность у детей. М., 2001.

преодоления страха следует начинать осваивать на менее значимых, хотя и достаточно напряженных для ребенка ситуациях; наиболее острые его страхи и переживания поначалу затрагивать нельзя¹⁹.

У некоторых из аутичных детей реакция страха крайне дезорганизует поведение, затрудняет возможность контакта с ними, ограничивает их взаимодействие с окружающим миром. Такие случаи требуют специальной психологической коррекции. В условиях инклюзивного обучения психолог в первую очередь должен рассказать учителю о повышенной ранимости, чувствительности детей с аутизмом. В силу своей гиперчувствительности дети могут чувствовать настроение другого человека. Ребенок с аутизмом может бояться выходить на перемену, где он пугается шума, криков, беготни детей. Учитель может оставлять ребенка на время перемены в классе или отводить его в кабинет к психологу, кроме того, можно приглашать родителей, для того чтобы в этот период времени с ним общались они.

Чтобы научить ребенка с аутизмом правильно оценивать поведение и намерения других людей, необходима специальная коррекционная работа в форме направленных бесед, игровой терапии, групповых занятий. Следует подчеркнуть, что работа психолога с близким социальным окружением аутичного ребенка должна проводиться постоянно, и, возможно, даже с большей интенсивностью, чем с самим аутичным ребенком. Работа психолога с аутичным ребенком на начальных этапах его обучения в школе должна проходить индивидуально. В процессе индивидуальных бесед психолог может рассказать ребенку о его одноклассниках, в корректной и доступной ребенку форме описать достоинства каждого из них, выяснить, кому из одноклассников ребенок отдает предпочтение. На следующем этапе занятий необходимо объяснить аутичному ребенку реакции и поступки одноклассников, в процессе игровой психокоррекции проигрывать неизбежные обиды и конфликты. В дальнейшем на занятиях с психологом можно пригласить самих одноклассников и в процессе группового взаимодействия проигрывать различные ситуации. Однако следует помнить, что на начальных этапах в условиях инклюзивного обучения отношение к аутичному ребенку определяется прежде всего позицией учителя, его позитивным настроем, правильным пониманием проблем ребенка²⁰.

III. Зависимость от матери

В условиях инклюзивного обучения одна из важнейших задач родителей, воспитывающих детей с ОВЗ – мотивировать ребенка к умению управлять своей жизнью.

¹⁹ Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.

²⁰ Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб., 2007.

Ограниченные возможности здоровья ребенка часто заставляют родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что затрудняет его психосоциальную адаптацию. В семьях, где реализуется стиль семейного воспитания по типу гиперопеки, общение с ребенком становится схематичным: на все случаи жизни даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Таким образом, нивелируется стремление к самостоятельности.

Гиперопека формирует у детей состояние «выученной беспомощности» и чувство низкой самооценки. «Выученная беспомощность» в общих чертах сводится к тому, что ребенок-инвалид, который в условиях гиперопеки часто сталкивается с ограничениями собственного контроля в различных жизненных ситуациях, перестает стараться влиять на результат своих усилий не только в этих конкретных ситуациях, но также и в тех новых ситуациях, в которых он может обходиться без посторонней помощи. У детей с ОВЗ, воспитываемых по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка-инвалида редуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями или педагогами. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка беспомощным в непривычной среде обитания, в которой нет родительского или педагогического контроля. Осознание своей навязанной (родителями и педагогами) ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии.

Понятие «самоэффективность» означает уверенность человека в своей способности мобилизовать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его представлениями о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеки эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных ситуаций, в которых оказывается ребенок-

инвалид (в реальных ситуациях проблемы за него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности:

- достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);

- косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);

- словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо – родитель или педагог – убедительно говорят, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);

- эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).

Дети-инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля. Локус контроля – это представление ребенка с ОВЗ о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с ребенком последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже стремится самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов необходимо использовать значимые для ребенка подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели.

Препятствия, помехи – нормальные явления жизни, конструктивное значение которых состоит в том, что они вызывают активность субъекта, направленную на их преодоление, что имеет чрезвычайное значение для успешного процесса социализации личности. Способы поведения в трудных ситуациях начинают складываться в детском возрасте, в ходе активного освоения ребенком окружающей действительности. Решающая роль в этом процессе принадлежит индивидуальному опыту ребенка по преодолению трудностей, а также особенностям его личности, темперамента. В силу этих причин, имеющих различные индивидуальные сочетания, приобретаемые детьми способы поведения в трудных ситуациях могут обладать разной конструктивностью. Сущность конструктивных способов поведения состоит в том, что они позволяют овладеть трудной ситуацией, т.е. преодолеть

существующее препятствие, и являются действиями активными, сознательными, целенаправленными.

Дети нуждаются и в отрицательном опыте (конечно, при условии, что их жизни и здоровью ничего не угрожает). Для психологического роста и развития им необходимо накапливать опыт преодоления собственных неудач. Нужно позволить им встречаться с последствиями своих действий или бездействий – это помогает взростеть. Делая за ребенка уроки из боязни, что он получит плохую оценку, мы лишаем его возможности узнать реакцию мира на его поступки.

Нередко связь «особого» ребенка с матерью приобретает симбиотический характер. Продолжению симбиотических отношений способствует и речь мамы, в которой нет или очень мало местоимений «ты», «он», «она» по отношению к ребенку и его действиям. Вместо них постоянно звучит «мы», которое бессознательно закрепляет и продолжает симбиотические отношения. Если у мамы растет сын, то использование местоимения «мы» вместо «ты», «он» или имени может даже способствовать нарушению половой идентичности, а иногда вызвать агрессивность и аффективные вспышки как способы сопротивления симбиотическим отношениям. В случаях, когда мать постоянно подменяет действия ребенка, происходит остановка его развития, растет страх беспомощности и зависимость от посторонней помощи, и в такой обстановке ребенок теряет самостоятельность. Все это приводит в конечном итоге к социальной пассивности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своему состоянию и возможностям.

Как показывают наблюдения М.К. Бардышевской и В.В. Лебединского, в условиях госпитализации, т.е. отрыва от привычной «помогающей» среды, дети даже с тяжелыми вариантами раннего детского аутизма быстро овладевают навыками опрятности, самообслуживания и коммуникативными навыками (подражание, соревнование за объект и территорию, за внимание взрослого). Разрыв симбиотической связи с матерью стимулирует собственную активность ребенка, который вынужден бороться с другими детьми за определенный статус в группе²¹.

Насколько применимо понятие самостоятельность к детям с ОВЗ? Обычно самостоятельность понимают примерно так: «это умение человека лично, без посторонней помощи управлять и распоряжаться своей жизнью»; «это умение самому принимать решения и нести ответственность за их последствия»; и тому подобное. Но все эти определения практически не применимы к детям с ОВЗ, хотя и у них мы можем наблюдать некоторые навыки самостоятельности.

²¹ Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие. М., 2003

Специалисты обозначают критерии самостоятельности следующим образом: а) умение действовать по собственной инициативе, замечать необходимость своего участия в тех или иных обстоятельствах; б) умение выполнять привычные дела без обращения за помощью и вне контроля взрослого; в) умение осознанно действовать в ситуации заданных требований и условий деятельности; г) умение осознанно действовать в новых условиях (поставить цель, учесть условия, осуществлять элементарное планирование, получить результат); д) умение осуществлять элементарный самоконтроль и самооценку результатов деятельности; е) умение переносить известные способы действий в новые условия. Данные критерии помогут родителям оценить возможности ребенка и дадут ориентир к расширению его самостоятельности.

Дезадаптивные особенности детей с ОВЗ и возможности их коррекции

<i>Особенности детей с ОВЗ</i>	<i>Влияние на обучение и общение</i>	<i>Возможности коррекции</i>
<p>Низкий уровень сформированности аффективной регуляции</p>	<p>Невозможность целенаправленно и планомерно организовать учебную деятельность.</p> <p>Неадекватность эмоциональных и поведенческих реакций при взаимодействии.</p> <p>Возникновение проблем и конфликтов в ситуациях общения.</p> <p>Снижение критики, недостаточный контроль за протеканием сознательных процессов.</p>	<p>Обучение приемам концентрации внимания. Формирование способности к преодолению трудностей и неудач.</p> <p>Развитие навыков распознавания чувств и эмоций. Коррекция и моделирование эмоционального поведения в игре.</p> <p>Обучение ребенка словесному выражению собственных эмоций. Расширение репертуара адекватного выражения чувств и эмоций.</p> <p>Развитие навыков идентификации собственных эмоциональных состояний.</p>
<p>Тревожность, страхи как состояния аффективной дезадаптации</p>	<p>Трудности организации внимания в процессе учебных занятий.</p> <p>Отказ от преодоления трудностей в учебной деятельности.</p>	<p>Обучение техникам и приемам саморегуляции. Дозированные нагрузки.</p> <p>Выработка собственных критериев успешности. Снижение</p>

	<p>Дезорганизация поведения.</p> <p>Ограничение взаимодействия с окружающим миром.</p>	<p>эмоционального дискомфорта в ситуациях неуспеха.</p> <p>Обучение приемам снятия эмоционального напряжения.</p> <p>Развитие позитивной самооценки.</p> <p>Отработка навыка уверенного поведения в ситуациях, вызывающих тревогу и страх.</p>
<p>Зависимость от матери</p>	<p>Редуцирование мотива преодоления трудностей.</p> <p>Трудности формирования собственной позиции, принятия решений.</p> <p>Социальная пассивность.</p>	<p>Формирование опыта преодоления препятствий.</p> <p>Расширение самостоятельности, передача ответственности ребенку</p>

Сценарий релаксации

«Найди любую точку и постарайся на ней сосредоточить свой взгляд. Медленно начинай закрывать глаза.

Кисти и руки.

Начни с правой кисти. Сильно сожми ее. Почувствуй напряжение в кисти и руке при сжатии. Теперь расслабь руку. (Повторить 5 раз). То же повторить для левой руки. Ощути, насколько лучше они чувствуют себя расслабленными.

Руки и плечи.

Вытяни руки вперед. Подними их над головой. Заведи их назад. Почувствуй напряжение в плечах. Сильнее вытяни руки. Теперь дай рукам упасть вдоль тела. (Повторить 3 – 4 раза). Ощути, как они чувствуют себя расслабленными.

Плечи и шея.

Подними плечи к ушам и втяни голову в плечи. Напряги их, расслабь и почувствуй тепло. (Повторить 3 – 4 раза).

Рот.

Сильно сожми зубы. Напряги мышцы шеи, чтобы зубы сжались посильнее. Теперь расслабься. (Повторить 2 – 3 раза).

Лицо и нос.

Наморщи нос. Как можно больше морщинок. Сильно-сильно. Расслабь нос. (Повторить 3 – 4 раза). Ощути, какое лицо милое, гладкое, расслабленное.

Живот.

Напряги мышцы живота. Живот напряжен. Не двигайся. Держи живот. Теперь расслабься. Живот становится мягким. (Повторить 3 – 4 раза). Почувствуй себя удобно, расслабленно.

Ноги и стопы.

Упрись подошвами в пол. Можешь помочь себе всей тяжестью ног. Упирайся, разведи подошвы в стороны. Теперь расслабь ноги. (Повторить 3 – 4 раза). Приятно, никакого напряжения.

Все тело.

Расслабься как можно больше. Почувствуй расслабление каждой мышцы. Почувствуй, насколько ты спокоен. Встряхни руки. Теперь ноги. Покрути головой. Теперь медленно открой глаза».

Психодинамическая медитация

1-я группа приемов связана с перевоплощением

«Представь себе, что ты находишься в сказочном лесу. В этом лесу живет много разных животных. Изобрази зайца, волка, лису и т.п. А теперь мы превращаемся в сказочных птиц и летим, свободно машем крыльями. У нас сильные и крепкие крылья. Птицы летят свободно и легко».

Время перевоплощения 8-12 минут. Перевоплощение в животных развивает воображение ребенка. Кроме того, такое упражнение можно использовать и как зарядку, т.к. изображая животных, дети тренируют различные группы мышц.

Упражнение «Превращение в камень». Ребенок может бегать, изображать животных, собирать воображаемые цветы, т.е. активно двигаться. По сигналу взрослого ребенок замирает, превращаясь в камень.

Упражнение развивает у ребенка умение быстро переключаться с активной деятельности на пассивную. Такой прием может «нормировать» гиперактивного ребенка. Упражнение развивает произвольное внимание и способность регулировать процессы возбуждения и торможения.

2-я группа приемов связана с погружением в различные стихии

Земля. «Мы в сказочном лесу. Мы идем по земле. Земля бывает разная. Она бывает сухая и мокрая, горячая и холодная. На земле бывают и трава, и песок, и шишки. В волшебном лесу все постоянно меняется. Вот сейчас мы идем по зеленой мягкой травке, она приятно ласкает нам ноги. А теперь вдруг у нас под ногами песок, он становится все горячее и горячее. Он просто обжигает ноги. Ой! Но вдруг выпал снег. И мы идем по мягкому пушистому, но холодному снегу. И снова все изменилось в лесу. Теперь мы идем по осеннему лесу, у нас под ногами шуршат осенние листья. И вот мы вышли к лесному болоту. И теперь мы идем по болоту. Наши ноги засасывает, мы их с трудом передвигаем, вытягиваем из тины. Но вот мы вышли из болота и побежали по теплым лужам А сейчас мы идем снова по лесной дорожке. У нас под ногами иголочки, шишки, сучки. Они щекочут и покалывают наши ноги».

Вода. «Мы вышли к сказочному озеру. И в сказке, и в жизни вода бывает разная. Бывает она и теплая и холодная, прозрачная и мутная... . Сейчас вдруг пошел дождь. Это сказочный дождь, он дает силу и смывает усталость. А теперь мы с разбегу бросаемся в озеро. Ныржаем под воду. Брызгаемся. А сейчас мы выходим из озера и подходим к роднику. И умываемся чистой водой из родника. Но вот озеро превращается в волшебную бурную реку. И мы переплываем через нее».

Далее можно придумать другие образы, связанные с водой.

Воздух. «Сказочный воздух наполнен разными запахами. Принюхайтесь – чем пахнет в волшебном лесу? Сказочный воздух бывает разным. Сейчас он теплый... даже горячий. А вдруг подул холодный, колющий ветер, и нам стало холодно. Снова выглянуло солнышко, и мы загораем, а легкий ветерок обдувает нас. Теперь мы сами превращаемся в ветер. Он кружится над волшебным лесом. Мы превращаемся в сильный ветер, настоящий ураган... Вдруг ураган стихает, и мы превращаемся в легкий, теплый, нежный ветерок».

Огонь. «В сказочной стране живет и огонь. И тоже может быть разным. Сейчас мы с вами превращаемся в маленькие уголечки. Огонек на них маленький-маленький. Но вот подул ветер – и из уголечков раздувается огонь. Сначала он небольшой, а потом он становится все больше и больше. И вот мы становимся большим красивым пламенем».

Для этого упражнения полезно иметь прозрачную ткань розового или красного цвета. Когда происходит превращение в пламя, можно накинуть на ребенка ткань, для того чтобы он изображал язычки пламени.

**Примеры упражнений с использованием зрительных образов
(визуализации) для мышечной релаксации.**

Упражнение «Птица, расправляющая крылья»

Представь, что ты – птица, крылья которой крепко сжаты. Соедини лопатки, напряги спину так сильно, как только можешь. Ты ощущаешь напряжение. А теперь медленно, не торопясь, освобождай свои мышцы. Твои крылья расправляются, становятся сильными и легкими, невесомыми. Ты ощущаешь расслабление.

(Повторять упражнение 5–7 раз).

Упражнение «Раздувающийся шар»

Представь, что у тебя в руках туго надутый шар. Ощути его упругую поверхность. Шар продолжает раздуваться, ты с трудом удерживаешь его, потому что он рвется ввысь. Твои пальцы напряжены. Ты из последних сил удерживаешь его. Представь, что этот шар – твоя проблема. Отпусти его – пусть летит. Положи руки на колени. Закрой глаза и сделай глубокий вдох и длинный выдох. И еще раз вдох и выдох.

Литература

1. Астапов В.М. Тревожность у детей. М., 2001.
2. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие. М., 2003.
3. Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Эмоциональная устойчивость школьника. М., 1988.
4. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2006.
5. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб., 2007.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.
7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М., 2000.
8. Худенко Е.Д., Шоркина Т.Д., Каданцева Г.А. Развивающие игры и упражнения для развития эмоциональной регуляции поведения у «особого ребенка» (пособие для родителей) М., 2009.
9. Чистякова М.И. Психогимнастика. / Под ред. Буянова М.И. 2-е изд. М., 1995.

Заключение

Авторы-составители серии пособий не ставили своей целью научить специалистов образовательных учреждений работать с «особыми» детьми и не пытаются каким-то образом регулировать работу школ и дошкольных образовательных учреждений при реализации инклюзивного образования. Кроме того, при написании пособий по возможности учитывался реальный потенциал образовательных учреждений, которые в процессе внедрения инклюзии могут в некоторой степени расширить рамки работы с детьми, имеющими ОВЗ, но не располагают условиями для коренного изменения этой работы.

Поэтому в качестве основной цели выступало создание пособий, которые могли бы выполнить роль своего рода справочника по основным и сопутствующим аспектам инклюзивного образования. Авторами было проанализировано большое количество литературных источников, в том числе и труднодоступных для обычного читателя. Применительно к условиям инклюзивного образования был проинтерпретирован материал, касающийся медицинского статуса, психологических особенностей, резервных возможностей детей, имеющих различные ограничения здоровья. Этот материал, с точки зрения авторов-составителей, может быть полезен как педагогам образовательных учреждений, так и родителям детей с ОВЗ. Нельзя забывать, что при инклюзивном обучении его участниками становятся не только «особые» дети и их родители, но и обычные обучающиеся, если членом их классного коллектива является ребенок с ОВЗ, а также их родители. Поэтому особое значение при внедрении инклюзивного образования имеет развитие толерантного отношения к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья как у окружающих их детей, так и у взрослых. Практические пособия могут представлять интерес для читателей и в этом отношении.

В изданиях уделено специальное внимание работе учителя в классе, где учатся дети с разными, в том числе и ограниченными, возможностями здоровья. Авторы-составители отдают себе отчет в том, что выполнить все имеющиеся рекомендации и предлагаемые условия обучения детей с ОВЗ невозможно. Соответствующие разделы текста представляют собой идеальную картину, которая может наблюдаться лишь при наличии соответствующих финансовых вложений. При написании данных фрагментов предполагалось, что педагоги смогут из всего перечня предлагаемых мер выбрать то, что доступно им в условиях данного образовательного учреждения и что наиболее соответствует имеющимся у них профессиональным компетенциям.

Нет сомнения, что в процессе реализации инклюзивного образования у участников этого процесса появится опыт, который при условии его обобщения может лечь в основу расширения, корректировки и модификации

данных пособий. Авторы будут благодарны всем читателям, которые выскажут свои отзывы и пожелания, а также поделятся опытом работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, с их родителями, обычными детьми и родителями в условиях инклюзии.