

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ТГПУ)

Л. С. Демина, Н. В. Байгулова

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебно-методическое пособие

Томск 2018

ББК 74.664.6я73
Д 30

*Печатается по решению
Учебно-методического совета
Томского государственного
педагогического университета*

Д 30 Демина Л. С.

Социально-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья : учебно-методическое пособие / Л. С. Демина, Н. В. Байгулова. – Томск : Издательство ТГПУ, 2018. – 112 с.

Пособие выступает необходимым элементом учебно-методического комплекса по дисциплине «Социально-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья», а также может дополнять учебно-методические комплексы дисциплин «Технологии социально-педагогической деятельности» и «Методика и технологии работы социального педагога».

Пособие содержит материалы по учебно-методическому обеспечению занятий и самостоятельной работы студентов, включая планирование семинарских (практических) занятий, материалы для самостоятельного изучения, тестовые задания для самоконтроля, информационное обеспечение, рекомендации по организации профессиональных проб для студентов, вопросы для промежуточного контроля. Пособие предназначено для студентов и преподавателей педагогических вузов.

ББК 74.664.6я73

Рецензенты:

Мёдова Наталья Анатольевна,

кандидат педагогических наук, заведующий кафедрой дефектологии ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет».

Обянцева Ольга Владимировна,

кандидат педагогических наук, заместитель директора по научно-методической работе МАОУ «Зональненская средняя общеобразовательная школа» Томского района.

© Демина Л. С., 2018;
© Байгулова Н. В., 2018;
© ТГПУ, 2018.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
РАЗДЕЛ I.	
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ И САМОПРОВЕРКИ	6
Тема 1. Общие вопросы социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	6
1.1. Методика и технологии социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	6
1.2. Инфраструктура социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	11
Тема 2. Методика социально-педагогической работы с различными категориями детей с ограниченными возможностями здоровья.....	19
2.1. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха	19
2.2. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями зрения	28
2.3. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.....	37
2.4. Социально-педагогическая работа с детьми с задержкой психического развития.....	47
2.5. Социально-педагогическая работа с детьми с умственной отсталостью	58
2.6. Социально-педагогическая работа с детьми с расстройством аутистического спектра	67
РАЗДЕЛ II.	
ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	79
1. Планы семинарских занятий	79
2. Тематика рефератов (докладов, эссе).....	80
3. Нормативно-правовые основы социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	81
4. Рекомендуемая литература	82
5. Рекомендуемые интернет-источники	84
6. Рекомендуемые к просмотру видеоматериалы	85
7. Рекомендации по организации профессиональных проб.....	96
8. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	98
Приложения	100

ПРЕДИСЛОВИЕ

В подготовке будущих социальных педагогов большое значение имеет овладение профессиональными знаниями и умениями в области организации работы с различными категориями людей. Одним из специфических направлений их будущей профессиональной деятельности является социально-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Одноименная дисциплина относится к дисциплинам по выбору студента, изучается на четвертом году обучения. Ее освоение требует от студентов знания общепедагогических и психологических категорий и понятий, а ее изучению предшествует освоение таких учебных дисциплин как история педагогики и образования, общая и экспериментальная психология, теории обучения и воспитания, социальная психология, психология развития, социальная педагогика, технологии социально-педагогической деятельности, методика воспитательной работы, педагогическая психология и др. Знание данной учебной дисциплины потребуется для успешного дальнейшего освоения обучающимися практических курсов и прохождения производственной практики.

В содержание учебно-методического пособия вошли темы, посвященные общим вопросам социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (методика и технологии социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья; инфраструктура социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья), а также пристальное внимание авторы уделили описанию методики социально-педагогической работы с различными категориями детей с ограниченными возможностями здоровья (дети с нарушениями слуха, зрения, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, дети с умственной отсталостью, с расстройством аутистического спектра). Изучение указанных вопросов позволит сформировать у студентов способность организовать совместную и индивидуальную деятельность детей с разными типами нарушенного развития в соответствии с их возрастными, сенсорными и интеллектуальными особенностями, а также готовность применять рекомендованные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.

Содержание заданий для самостоятельной работы направлено на овладение обучающимся понятийно-терминологическим аппаратом; формирование умения анализировать педагогические явления, применять теорию к практическим приложениям; развитие профессиональных компетенций. Изучение студентами приведенного в данном пособии перечня рекомендуемых нормативно-правовых источников будет способствовать формированию готовности применять в профессиональной деятельности основные международные и отечественные документы о правах ребенка и правах инвалидов. Рекомендуемые к просмотру видеоматериалы, профессиональные пробы, а также материалы приложений помогут сформировать способность контролировать стабильность своего эмоционального состояния во взаимодействии с детьми, имеющими ОВЗ и их родителями.

Авторы выражают глубокую благодарность рецензентам, взявшим на себя труд по тщательному изучению пособия, и высказавшим ценные замечания: Мёдовой Наталии Анатольевне – кандидату педагогических наук, заведующий кафедрой дефектологии ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет» и Обоянцевой Ольге Владимировне – кандидату педагогических наук, заместителю директора по научно-методической работе МАОУ «Зональненская средняя общеобразовательная школа» Томского района. Мы будем признательны за замечания и рекомендации, которые помогут повысить эффективность подготовки будущих социальных педагогов к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

РАЗДЕЛ I. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ И САМОПРОВЕРКИ

Тема 1. Общие вопросы социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

1.1. Методика и технологии социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья¹

В настоящее время в России, в силу целого ряда причин, намечается тенденция к увеличению числа детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ). Категория таких детей крайне неоднородна, однако их общей основной особенностью является нарушение или задержка в развитии.

На сегодняшний день существует проблема обучения детей-инвалидов и лиц с ОВЗ, которые испытывают значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей развития, а также соматических заболеваний. Но, несмотря на это, такие дети могут учиться по специальным программам и со специально подготовленными педагогами. Зная особенности таких детей, педагогам будет легче разработать и внедрить в практику работы задачи их успешной социализации в доступные виды деятельности и социальные отношения, учитывая:

- характер инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психические, и общие заболевания);
- психофизиологические особенности (темперамент, характер психических процессов и др.);
- недостатки физического здоровья (соматическая ослабленность и пр.);
- ограниченные возможности детей-инвалидов, которые не позволяют участвовать в соответствующей их возрасту деятельности (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), что лишает их нормальной социализации. Как следствие, взрослые стремятся уберечь такого ребенка

¹ *Теоретические материалы для самостоятельного изучения по теме 1 составлены на основе пособия Методика и технология работы социального педагога : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М. В. Шакурова. – 4 изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2007. — 272 с.

от взаимодействия с социумом, что не способствует формированию и развитию личности ребенка;

- ограниченные возможности для общения (ограничение мобильности и независимости, условия воспитания: мир, ограниченный рамками семьи, обучение на дому, незнание педагогом особенностей ребенка, недостаточное общение со сверстниками, гиперопека).

Согласно постановлению Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями от 4 сентября 2012 г.) ребенок признается инвалидом в результате медико-социальной экспертизы (МСЭ), исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством труда и социального развития. После достижения 18 лет детям-инвалидам ВТЭК устанавливает какую-либо из трех групп инвалидности.

В случае признания человека инвалидом, МСЭ в месячный срок разрабатывает индивидуальную программу реабилитации или абилитации (далее ИПРА). В ней определяет комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, которые обязательны для исполнения соответствующими органами, а для инвалида имеют рекомендательный характер (он может отказаться от каких-либо конкретных мероприятий или в целом от индивидуальной программы реабилитации). По характеру финансирования она может быть платно-бесплатной. В случае, если инвалид сам заплатил за необходимую (указанную в ИПРА) услугу, то ее стоимость ему в дальнейшем будет компенсирована в пределах государственных тарифов.

Цель социально-педагогической работы с данной категорией детей – обеспечение им возможности вести образ жизни, соответствующий возрасту; максимальное приспособление таких детей к окружающей среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, приобретения знаний профессионального опыта, участия в общественно полезном труде; помощь родителям детей с ОВЗ.

Жизнь ребенка с ОВЗ протекает в условиях депривации. Социальная ситуация его развития отличается от образа жизни и воспитания здорового ребенка. Такой ребенок должен быть включен в сферу общения, игры со сверстниками, однако окружающие часто уклоняются от общения с инвалидами. Возникает ситуация рассогласованности между объективной необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация

углубляется за счет длительного пребывания больного ребенка в специальных стационарах, санаториях, интернатных учреждениях, где ограничен социальный опыт и круг общения включает только таких же детей. В подобной обстановке у детей-инвалидов задерживается развитие социальных и коммуникативных навыков, формируется недостаточно адекватное представление об окружающем мире.

Дальнейшая судьба таких детей в значительной степени зависит от позиции семьи. В зависимости от знаний, культуры, личностных особенностей родителей и ряда других факторов возникают различные типы реагирования, а соответственно и поведения их в связи с появлением в семье ребенка-инвалида. Это событие, как правило, сопровождается потрясением, приводит родителей в стресс, вызывает чувство растерянности и беспомощности, нередко служит причиной распада семьи. В такой ситуации особенно в первое время, важна поддержка социального педагога. Задача его заключается в изучении психологического климата семьи, ее межличностных отношений, в выявлении психологических ресурсов родителей и других родственников.

Известно, что в одних случаях в семье наблюдается недопонимание сложившейся ситуации и в связи с этим – пассивная позиция родителей. В других случаях – рациональное отношение родителей к появлению ребенка-инвалида (выполнение советов врача-реабилитолога и т.д.). В третьих случаях – гиперактивность родителей, поиск профессионалов, клиник, реабилитационных центров. Социальному педагогу предстоит направить усилия семьи более рациональному пути, проводить психологическую и организационную работу, пытаться примирить родителей в случае размолвки между ними, привести их к правильному пониманию своих тяжелых обязанностей. Ситуация в семье с появлением ребенка-инвалида усугубляется еще и в связи с экономическим фактором, возникает необходимость обеспечить платный уход, медицинские консультации, приобретение лекарств, дополнительное питание, реабилитационные средства и т. д. В семье с ребенком-инвалидом возникает и проблема его обучения (на дому, в интернате, в специализированных школах и т.п.).

Умение правильно оценить характерологические задатки ребенка-инвалида, особенности его реагирования на ограниченное состояние своих возможностей, на отношение к нему окружающих лежит в основе его социальной адаптации. Развитие невротического состояния, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма ребенка-инвалида во многом

зависит от педагогических, психологических и медицинских знаний родителей. Роль социального педагога – помочь родителям и этой сфере.

Дети-инвалиды обслуживаются учреждениями трех ведомств. Дети в возрасте до 4 лет, страдающие тяжелыми поражениями опорно-двигательного аппарата и с задержкой умственного развития, получают лечение и уход в специализированных домах ребенка Министерства здравоохранения РФ. Дети с не резко выраженными аномалиями в физическом и умственном развитии обучаются в специализированных школах (интернатах) Министерства образования РФ. Дети в возрасте от 4 до 18 лет с более глубокими психосоматическими нарушениями проживают в домах-интернатах системы социальной защиты населения.

Учреждения этих трех ведомств работают в тесном взаимодействии, осуществляется преемственность в их работе. Отбор детей в эти учреждения возложен на медико-педагогические комиссии, в состав которых входят врачи-психиатры, психологи, дефектологи, логопеды, представители учреждений социальной защиты населения. Процедура отбора включает осмотр ребенка, диагностику степени заболевания, оформление документации. Современный дом-интернат для детей-инвалидов предоставляет своим воспитанникам различные виды медицинской помощи (педиатрической, неврологической, психиатрической), педагогического воздействия и обучения. Детей с ОВЗ, находящихся в домах-интернатах, обучают и воспитывают по специально разработанным программам, включающим формирование навыков самообслуживания, бытовой ориентации, обучение чтению, письму и счету в дошкольном и школьном возрасте. С 12-летнего возраста осуществляется обучение трудовым навыкам, которые закрепляются в учебно-производственных мастерских. Установлено, что дети с задержкой психического развития к подростковому возрасту могут овладеть не только трудовыми, но и некоторыми профессиональными навыками: швеи, плотника, штукатур-маляра, санитарки-уборщицы, дворника, грузчика и др. Это позволяет им в дальнейшем при наличии определенных социально-бытовых условий адаптироваться в обществе. Дети с менее выраженной задержкой умственного развития проживают в семьях и обучаются в специальных школах, где они в течение получают школьные знания и трудовые (профессиональные) навыки.

Дети с поражением опорно-двигательного аппарата, которые не могут себя сами обслуживать и нуждаются в уходе, проживают в специальных домах-интернатах системы социальной защиты населения.

Детям с физическими ограничениями необходима медицинская реабилитация, психокоррекционная помощь, а она в домах-интернатах недостаточна. Обучение этой категории детей в домах-интернатах осуществляется по программе общеобразовательной школы, поэтому они могут проживать и в семьях и посещать обычную школу либо учреждение интернатного типа. Дети-инвалиды, не имеющие возможности посещать школу, должны обучаться на дому.

Серьезные затруднения испытывают родители ребенка-инвалида в связи с собственной правовой неграмотностью. Социальный педагог обязан информировать их об имеющихся правах и льготах, помогать в их обеспечении и защите.

Суммируя опыт социальных педагогов по работе с детьми-инвалидами, можно выделить такие направления их работы:

- взятие на учет ребенка-инвалида;
- организация, при наличии наследственной патологии (или подозрения на нее), медико-генетической консультации родителям;
- совместно с медицинскими работниками составление (уточнение разработанного МСЭ) плана социально-медицинской реабилитации (индивидуальной программы реабилитации или абилитации) ребенка-инвалида и организационная помощь при ее проведении в поликлинике, на дому, в специализированном стационаре, летнем оздоровительном лагере, санатории;
- поиск спонсоров при направлении ребенка-инвалида на лечение за рубеж;
- оказание помощи в приобретении необходимых корригирующих приспособлений, тренажеров, инвалидных колясок, лекарств;
- содействие в организации диспансеризации родителей, других детей при наличии у них отклонений в состоянии здоровья;
- помощь в организации оздоровления родителей совместно с детьми в санаториях, семейных пансионатах, домах отдыха;
- организация информационно-просветительских услуг родителям с привлечением специалистов необходимого профиля;
- организация контактов с образовательными учреждениями, содействие в предоставлении образовательных услуг;
- устранение конфликтных ситуаций между родителями и детьми, членами семьи;
- воспитание правильного отношения у родителей и других детей к ребенку-инвалиду как равноценному члену семьи;

- формирование в микрорайоне и образовательном учреждении здорового общественного мнения по отношению к инвалидам и их семьям;
- организация обществ семей, имеющих детей-инвалидов, активное участие в их деятельности;
- содействие в профориентации, профобучении, трудоустройстве и профадаптации детей-инвалидов;
- содействие в оказании материальной и бытовой помощи семье, имеющей ребенка-инвалида (от полного получения всех государственных пособий и льгот до привлечения услуг спонсоров и др.);
- «закрепление» детей-инвалидов за магазинами с обеспечением гарантированного набора основных продуктов питания, комплектов детской одежды и обуви, бытовой техники, мебели;
- содействие в оказании различного вида гуманитарной помощи;
- содействие в выделении денежных сумм и путевок в санатории и дома отдыха;
- содействие в открытии реабилитационных, досуговых, специализированных обучающих центров и пансионатов для детей инвалидов и членов их семей.

1.2. Инфраструктура социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Система специальных учреждений создана с тем, чтобы осуществлять обучение, воспитание и лечение детей и подростков с различными отклонениями психофизического здоровья. Данная система – основа института специального образования детей с ОВЗ.

Федеральный государственный образовательный стандарт обучающихся с ОВЗ (далее Стандарт) учитывает различный характер нарушений обучающихся: нарушения работы органов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройства аутистического спектра. Данные группы детей обучаются по адаптированным общеобразовательным программам, рекомендуемым под каждый вариант нарушений.

Вариант 1 предполагает, что обучающийся получает образование, находясь в среде здоровых сверстников и в те же календарные сроки обучения (*инклюзивное образование*).

Вариант 2 предполагает, что обучающийся получает образование в более пролонгированные календарные сроки, находясь в среде сверстни-

ков со сходными ограничениями здоровья (классы или школы для обучающихся с ОВЗ).

Вариант 3 предполагает, что обучающийся получает образование, которое по итоговым достижениям не соответствуют требованиям к итоговым достижениям здоровых сверстников на всех этапах обучения и к моменту завершения школьного образования. Данный вариант предполагает пролонгированные сроки обучения (неценовое образование в школе для детей с ОВЗ).

Вариант 4 предполагает, что обучающийся с тяжелыми множественными нарушениями в развитии в соответствии с уровнем развития интеллекта получает образование по адаптированным общеобразовательным программам, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников. Общеобразовательное учреждение разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР), учитывающую специфические образовательные потребности обучающегося (специальная индивидуальная программа развития в рамках общеобразовательной школы для детей с ОВЗ)

Для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи, задержкой психического развития Стандарт предполагает 2 варианта получения образования.

Вариант 1 предполагает, что обучающийся получает образование, находясь в среде сверстников с нормальным речевым и в те же сроки обучения (инклюзивное образование)

Вариант 2 предполагает, что обучающийся с тяжёлыми нарушениями речи получает образование, соответствующее по конечным достижениям с образованием сверстников, не имеющих нарушений речевого развития, но в более пролонгированные календарные сроки, находясь в среде сверстников с речевыми нарушениями и сходными образовательными потребностями или в условиях общего образовательного потока (в отдельных классах, школах).

Для обучения детей с интеллектуальными нарушениями утверждён специальный Федеральный государственный образовательный стандарт, в соответствии с которым предполагается 2 варианта получения образования.

Вариант 1 предполагает, что обучающийся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями

сверстников, не имеющих ограничений здоровья, в пролонгированные сроки (обучение в школе для детей с ОВЗ)

Вариант 2 предполагает, что обучающийся с умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой, тяжелыми и множественными нарушениями развития) получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников, не имеющих ограничений здоровья, в пролонгированные сроки (обучение в школе для детей с ОВЗ по индивидуальному плану и индивидуальной образовательной программе).

Рассмотрим инфраструктуру социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ на примере Томской области.

Так, в Томской области образование детей с ОВЗ и инвалидностью организовано как совместно с детьми, не имеющими нарушений развития, так и в отдельных классах, группах и в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам.

В школах области сохранены и функционируют специальные (коррекционные) классы. Сеть общеобразовательных организаций, реализующих инклюзивное образование, насчитывает 272 организации из 20 муниципальных образований Томской области. Количество детей, обучающихся инклюзивно, ежегодно увеличивается.

На территории Томской области действуют 7 организаций социального обслуживания, оказывающих услуги несовершеннолетним воспитанникам с ограниченными возможностями здоровья, в том числе:

- Три центра социальной помощи семье и детям (ОГБУ «Центр социальной помощи семье и детям «Огонек» г. Томск, ОГКУ «Центр социальной помощи семье и детям Колпашевского района», ОГКУ «Центр социальной помощи семье и детям г. Стрежевой»);
- Одно областное государственное казенное учреждение для детей с ограниченными возможностями здоровья «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, «Росток» (г. Томск);
- Два реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями (ОГКУ «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ЗАТО Северск», ОГКСУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Надежда»);

- Одно областное государственное казенное стационарное учреждение для умственно отсталых детей «Тунгусовский детский дом-интернат» (с. Тунгусово Молчановского района).

В указанных организациях воспитанники получают социально-реабилитационные услуги на основании Федерального Закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и постановления Правительства Российской Федерации от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей».

Общее образование воспитанники данных организаций получают в общеобразовательных учреждениях по месту проживания в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии.

Аналогичным образом устроена инфраструктура социально-педагогической деятельности с детьми с ОВЗ и в других регионах Российской Федерации.

Если же анализировать мировой опыт, то можно отметить, что в настоящее время динамично развивается *инклюзивный подход к образованию* и в образовательных организациях всех уровней создаются условия для включенного обучения детей с ОВЗ.

Уникальным феноменом современности можно назвать параолимпийское движение. Многие дети с ОВЗ сегодня имеют возможность заниматься физической культурой и даже профессиональным спортом. В связи с этим необходимо рассмотреть *параолимпийские игры как средство социальной реабилитации людей с ОВЗ*.

Параолимпийские игры – это международные спортивные соревнования для людей с ограниченными возможностями. Традиционно проводятся после главных Олимпийских игр, а начиная с 1988 года – на тех же спортивных объектах; в 2001 году эта практика закреплена соглашением между МОК и Международным параолимпийским комитетом (МПК). Летние Параолимпийские игры проводятся с 1960 года, а зимние Параолимпийские игры – с 1976 года.

Возникновение видов спорта, в которых могут участвовать инвалиды, связывают с именем английского нейрохирурга Людвиг Гуттмана который, преодолевая вековые стереотипы по отношению к людям с физическими недостатками, ввёл спорт в процесс реабилитации больных с повреждениями спинного мозга. Он на практике доказал, что спорт для людей с физическими

недостатками создаёт условия для успешной жизнедеятельности, восстанавливает психическое равновесие, позволяет вернуться к полноценной жизни независимо от физических недостатков, укрепляет физическую силу, необходимым для того, чтобы управляться с инвалидной коляской.

Название первоначально было связано с термином *paraplegia* паралич нижних конечностей, поскольку эти соревнования проводились среди людей с заболеваниями позвоночника, однако с началом участия в играх спортсменов и с другими заболеваниями было переосмыслено как «рядом, вне (греч. *παρά*) Олимпиады»; имеется в виду параллелизм и равноправие параолимпийских соревнований с олимпийскими.

Написание «параолимпийский» зафиксировано в академическом «Русском орфографическом словаре и других словарях Федеральным законом от 9 ноября 2009 г. № 253-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (принят Государственной Думой 21 октября 2009 года, одобрен Советом Федерации 30 октября 2009 года) установлено единообразное использование в законодательстве Российской Федерации слов «паралимпийский» и «сурдлимпийский», а также образованных на их основе словосочетаний: «Паралимпийский комитет России», «Паралимпийские игры» и др. В названном Федеральном законе написание указанных слов приведено в соответствии с правилами, установленными международными спортивными организациями. Отказ от термина «параолимпийский» связан с тем, что употребление слова «олимпийский» и его производных в маркетинговых и прочих коммерческих целях необходимо каждый раз согласовывать с МОК.

Поначалу термин «Параолимпийские игры» применялся неофициально. Игры 1960 года официально назывались «Девятыми Международными Сток-мандевильскими играми» и лишь в 1984 году им был присвоен статус первых Параолимпийских игр. Первыми играми, к которым официально применялся термин «Paralympics», были игры 1964 года. Тем не менее, в ряде игр вплоть до Игр 1980 года, использовался термин «Олимпийские игры для инвалидов», в 1984 г. – «Международные игры инвалидов». Окончательно термин «параолимпийский» был официально закреплён, начиная с Игр 1988 года. С 2005 года ввели систему, позволяющую участникам выступать не только с заболеванием, но и с глухотой.

В 1948 году врач Сток-Мандевильского реабилитационного госпиталя, Людвиг Гуттман, собрал британских ветеранов, вернувшихся после Второй Мировой Войны с поражением спинного мозга, для участия

в спортивных соревнованиях. Называемый «отцом спорта для людей с ограниченными физическими возможностями», Гуттман был решительным сторонником использования спорта для улучшения качества жизни инвалидов с поражением спинного мозга. Первые Игры, ставшие прототипом Паралимпийских игр, имели название Сток-Мандевилльские игры колясочников – 1948 г. и по времени проведения совпадали с Олимпийскими играми в Лондоне. Гуттман имел далеко идущую цель – создание Олимпийских игр для спортсменов с ограниченными физическими возможностями. Британские Сток-Мандевилльские игры проводились ежегодно, а в 1952 году, с приездом голландской команды спортсменов-колясочников для участия в соревнованиях, Игры получили статус международных и насчитывали 130 участников. IX Сток-Мандевилльские игры, которые были открыты не только для ветеранов войны, состоялись в 1960 году в Риме. Они считаются первыми официальными Паралимпийскими играми. В Риме соревновались 400 спортсменов на колясках из 23 стран. С этого времени началось бурное развитие параолимпийского движения в мире.

В 1976 году в Эрншёльдсвике (Швеция) состоялись первые зимние Параолимпийские игры, в которых впервые приняли участие не только колясочники, но и спортсмены с другими категориями инвалидности. В том же 1976 году летние Параолимпийские игры в Торонто вошли в историю, собрав 1600 участников из 40 стран, в числе которых были слепые и слабовидящие, параплегики, а также спортсмены с ампутированными конечностями, со спинномозговыми травмами и другими видами физических нарушений.

Соревнования, целью которых изначально было лечение и реабилитация инвалидов, стали спортивным событием высшего уровня, в связи с чем возникла необходимость создания управляющего органа. В 1982 году был создан Координационный совет международных спортивных организаций для инвалидов – ИСС. Семь лет спустя был создан Международный паралимпийский комитет – International Paralympic Committee (IPC) и координационный совет передал ему свои полномочия.

Другим поворотным событием в параолимпийском движении стали летние Параолимпийские игры – 1988 г., для проведения которых использовались те же объекты, на которых проходили олимпийские соревнования. Зимние Параолимпийские игры 1992 года проходили в том же городе, и на тех же аренах, что и Олимпийские соревнования. В 2001 году Международный олимпийский комитет и Международный параолимпийский комитет подписали соглашение, по которому Паралимпийские игры должны

проходить в тот же год, в той же стране и использовать те же объекты, что и Олимпийские игры. Это соглашение официально применяется, начиная с летних игр 2012 года. *Параолимпийские виды спорта*: летние виды спорта - академическая гребля, баскетбол на колясках (она же считается самой распространённой игрой для инвалидов), бочча, велосипедный спорт, выездка, голбол, гребля на байдарках, дзюдо, легкая атлетика, настольный теннис, паратриатлон, парусный спорт; плавание; пулевая стрельба; регби на колясках; сидячий волейбол; стрельба из лука; теннис на колясках; тяжёлая атлетика; фехтование на колясках; футбол 5x5; футбол 7x7; зимние виды спорта – горные лыжи (включает слалом, гигантский слалом, суперкомбинацию, скоростной спуск, пара-сноуборд); керлинг на колясках, лыжные гонки, биатлон, следж-хоккей.

Таким образом, можно заключить, что инфраструктура социально-педагогической деятельности с детьми с ОВЗ сегодня динамично развивается и обладает большими реабилитационными ресурсами. Отдельно следует отметить феномен параолимпийских игр, который выполняет функцию гиперкомпенсации для людей с ОВЗ, помогает сформировать инклюзивную культуру общества, служит мотивацией и средством профилактики социальной дезадаптации лиц с ОВЗ.

Вопросы для повторения

1. Какую роль выполняет социальный педагог в работе с детьми с ОВЗ?
2. Каковы особенности социально-педагогической работы с родителями ребенка с ОВЗ?
3. Охарактеризуйте инфраструктуру социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ.
4. Какие типы и виды организаций сегодня осуществляют работу с детьми с ОВЗ?
5. Каковы особенности инклюзивной образовательной среды? В чем сущность инклюзии?
6. Какую роль играют параолимпийские игры в работе с детьми с ОВЗ?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	Какая функция социального педагога включает в себя заботу о здоровье подопечных?	а) пропагандистская б) охранно-защитная в) образовательная
2	В результате использования какого стиля воспитания у детей чаще всего формируется крайний эгоцентризм и эгоизм?	а) жестко-авторитарное воспитание б) воспитание по типу «кумир семьи» (гиперопека) в) демонстративный стиль воспитания
3	Инвалидность может быть:	а) только приобретенной; б) только врожденной; в) приобретенной и врожденной.
4	Предупреждение инвалидности – это:	а) комплекс мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов или на предупреждение перехода дефекта в постоянно функциональное ограничение или инвалидность; б) коррекция имеющихся у человека дефектов развития; в) выявление факторов, влияющих на здоровье.
5	Какая модель инвалидности предполагает: «Только болезнь или увечье мешает человеку быть полноценным членом общества. Человека нужно только лечить. После излечения не будет болезни, не будет и причины ограничения жизнедеятельности»?	а) медицинская модель; б) модель независимой жизни; в) медико-социальная модель; г) политическая модель.
6	Определение степени утраты трудоспособности производится:	а) в процентах; б) в днях (во времени); в) нет единицы измерения.
7	Реабилитация инвалидов может быть:	а) медицинской; б) профессиональной; в) социальной; г) физической; д) все перечисленное.
8	Где были проведены первые параолимпийские игры в 1960?	а) Рим б) Афины в) Лондон
9	Сколько спортсменов принимало участие в первых параолимпийских играх?	а) 400 б) 300 в) 200
10	С именем какого английского хирурга связано возникновение видов спорта, в которых могут участвовать инвалиды?	а) Людвига Гуттмана б) Анри Треска в) Поля Брока

Ключ к тесту

1-б, 2-б, 3-в, 4-а, 5-а, 6-а, 7-д, 8-а, 9-а, 10-а.

Тема 2. Методика социально-педагогической работы с различными категориями детей с ограниченными возможностями здоровья²

2.1. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха

В процессе работы с детьми, имеющими нарушения слуха, основное внимание должно быть сосредоточено на раскрытии своеобразия ребенка, особенностей его развития. Для этого необходимо знание общетеоретических закономерностей ребенка с нарушением в развитии, чтобы руководствоваться ими в педагогической работе.

Своеобразие развития внимания, восприятия детей, имеющих нарушения слуха, заметно влияет на деятельность памяти. У них доминирует зрительное восприятие, поэтому весь процесс запоминания в основном строится на зрительных образах, в то время как у людей слышащих этот процесс слухо-зрительный и опирается на активную звуковую речь.

Речь выступает как средство взаимосвязи людей с окружающим миром. Здесь как прямое следствие вытекают нарушения в речевом развитии. Нарушение приводит к уменьшению получаемой информации, что сказывается на развитии всех познавательных процессов и тем самым влияет в первую очередь на процесс овладения всеми видами двигательных навыков.

Основная патология может вызвать цепочку последствий, которые, возникнув, становятся причинами новых нарушений и являются сопутствующими. Выявлено, что потеря слуха у детей сопровождается дисгармоничным физическим развитием в 62 % случаев, в 43,6 % – дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие и др.), в 80 % случаев – задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70 % глухих детей.

Существенным качественным отличием в действиях детей с нарушением слуха является то, что у них речь не участвует в процессе решения наглядных задач, отсутствует планирующая функция речи.

Нарушение слуха, прежде всего, сказывается на психике, своеобразии общения с людьми и окружающим предметным миром. Отсутствие внутренней речи и словесного опосредования ограничивают объем внешней информации и всегда сопровождаются замедленностью и снижением

² Теоретические материалы для самостоятельного изучения по теме 2 составлены на основе методического пособия «Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ» / под ред. М. С. Старовойтовой. – Москва : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2011. – 167 с.

восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения и всей познавательной деятельности в целом.

Нарушение слухового восприятия вызывают специфические изменения в снижении двигательной памяти, произвольного внимания. Врожденные или ранние нарушения функций слухового и вестибулярного анализаторов приводят к снижению чувства пространственной ориентировки глухих, что проявляется в ходьбе, беге, упражнениях с предметами.

Потеря или снижение слуха лишает ребенка важного источника информации и ограничивает тем самым процесс его интеллектуального развития. Однако эти недостатки в значительной мере могут быть компенсированы применением специальных методов и технических средств в обучении.

Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

1. *Неслышащие* – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: *неслышащие без речи* (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и *неслышащие, потерявшие слух*, когда речь практически была сформирована – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки.

2. *Слабослышащие* – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

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

Значительную часть знаний об окружающем мире нормально развивающийся ребенок получает через слуховые ощущения и восприятия. Неслышащий ребенок лишен такой возможности, или они у него крайне ограничены. Это затрудняет процесс познания и оказывает отрицательное влияние на формирование других ощущений и восприятий. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения.

Память неслышащих и слабослышащих детей отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих детей, меняются представления (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому у детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала. Специалисты отмечают, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития.

Специфические особенности воображения детей с недостатками или отсутствием слуха обусловлены замедленным формированием их речи и абстрактного мышления. Воссоздающее воображение играет особую роль в познавательной деятельности глухих и слабослышащих детей. Его развитие затрудняется ограниченными возможностями ребенка к усвоению социального опыта, бедностью запаса представлений об окружающем мире, неумением перестраивать имеющиеся представления в соответствии со словесным описанием. Исследование творческого воображения глухих и слабослышащих детей также показывает наличие ряда особенностей, связанных с недостаточным объемом информации об окружающем мире. Подчеркивая необходимость развития воображения глухих и слабослышащих детей, специалисты отмечают его важное влияние на процесс формирования личности в целом.

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

Умственное развитие нормально развивающегося ребенка опирается на речь. У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи (коммуникативной, обобщающей, контрольной, регулирующей) и составных частей языка (словарный запас, грамматический строй, фонетический состав). Поэтому дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих сверстников. На почве нарушений устной речи ребенка возникает расстройство

письменной речи, которое проявляется в форме различных *дисграфий* и *аграмматизмов*. При полной потере слуха речь ребенка формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – *мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ*.

В соответствии с общими закономерностями психического развития личность глухого и слабослышащего ребенка формируется в процессе общения со сверстниками и взрослыми в ходе усвоения социального опыта. Нарушение или полная потеря слуха приводят к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и не может не отразиться на формировании их личности. Слышащие дети значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, дети с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях. Трудности общения и своеобразия взаимоотношений с обычными детьми могут привести к формированию некоторых негативных черт личности, таких как агрессивность, замкнутость. Однако специалисты считают, что при своевременно оказанной коррекционной помощи отклонения в развитии личности детей с глубокими нарушениями слуха могут быть преодолены. Эта помощь заключается в преодолении *сенсорной и социальной депривации*, в развитии социальных контактов ребенка, во включении его в общественно-полезную деятельность.

Кондуктивные нарушения слуха могут возникнуть у любого человека при воспалении среднего уха (отит), образовании серных пробок и пр. Также эти нарушения возникают при деформации строения ушных раковин, заращении слуховых проходов и др. Чаще всего они носят временный характер и могут быть вылечены.

Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением слухового нерва и являются стойкими и необратимыми. Человеку с такими проблемами необходима поддерживающая терапия, *слухопротезирование* (подбор, настройка и использование индивидуальных слуховых аппаратов), а также длительная, систематическая психолого-педагогическая и социальная коррекция и реабилитация.

Причины нарушений слуха:

- *наследственные* (генная предрасположенность родителей);
- *инфекционные заболевания матери* (краснуха, грипп, герпес, токсоплазмоз, цитомегаловирус) и токсикозы во время беременности;

- *лечение* матери в период беременности или ребенка раннего возраста лекарственными препаратами, негативно влияющими на слуховой нерв (стрептомицин, канамицин, гентамицин и др.);
- *недоношенность* (роды ранее 32-й нед. беременности), родовая травма, асфиксия новорожденного;
- *вирусные и инфекционные заболевания* (менингит, энцефалит, скарлатина, тяжелые формы паротита, кори и гриппа);
- *острый и хронический отит*;
- *черепно-мозговые травмы* ребенка.

В ряде случаев причину нарушения слуха установить не удастся.

Существуют *два вида нарушения слуха: глухота* (глухие дети) - нарушение слуха, при котором невозможно восприятие речи; *тугоухость* (слабослышащие дети) - более легкая степень нарушения слуха, при котором восприятие речи затруднено. Эти нарушения являются стойкими и не поддаются лечению. Глухие дети реагируют на голос повышенной громкости у уха, но не различают ни слов, ни фраз. Для глухих детей использование *слухового аппарата* или *кохлеарного импланта* обязательно.

Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Устная речь у этих детей развивается в результате длительной систематической коррекционной работы.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха:

1-я степень – ребенку доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. Дети общаются при помощи устной речи.

2-я степень – ребенок воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые дети – также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. Необходимо обязательное использование слуховых аппаратов на уроке. Дети общаются при помощи устной речи, при этом она имеет специфические особенности.

3-я степень – дети воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот – не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего. Необходимо обязательное постоянное использование слуховых аппаратов для общения с окружающими

и успешного обучения. Развитие устной речи у этих детей возможно при условии специальной систематической коррекционной работы с сурдопедагогом и логопедом.

4-я степень – у детей восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят лицо говорящего и тема общения понятна. Показано обязательное слухопротезирование или кохлеарная имплантация. Устная речь развивается только в условиях систематической коррекционно-реабилитационной работы.

Существуют *три способа восприятия речи*: слухо-зрительный, слуховой, зрительный.

При любом снижении слуха ребенок начинает активнее пользоваться зрением. Для полноценного понимания речи говорящего дети с нарушением слуха должны видеть его лицо, губы и слышать его с помощью слухового аппарата. Это и есть основной способ восприятия устной речи детьми с нарушениями слуха – слухо-зрительный. При проведении занятий необходимо учитывать эту особенность детей.

Слуховой способ восприятия речи, при котором ребенок слушает, не глядя на собеседника, доступен только детям с незначительной степенью снижения слуха (*слабослышащие I степени*).

Зрительный способ восприятия речи чаще используют глухие дети, которые по артикуляции собеседника частично воспринимают и понимают речь. Однако зрительное восприятие глухими детьми речи собеседника затруднено, т.к. не все звуки можно «прочитать» по губам. Например, звуки М, П, Б ребенок «видит» одинаково и различить их может только при «подключении слуха»; звуки К, Г, Х не «видны» совсем - слова КОТ, ГОД, ХОД ребенок «видит» одинаково. Для того, чтобы понять сказанное, он должен научиться по едва улавливаемым видимым признакам угадывать произносимое собеседником и мысленно дополнять невидимые элементы речи.

Слабослышащие дети могут затрудняться в понимании речи по ряду причин:

- *особенности анатомического строения органов артикуляции* говорящего (узкие губы, особенности прикуса и др.);
- *специфика артикуляции говорящего* (нечеткая, быстрая артикуляция и др.);
- *маскировка губ* - усы, борода, яркая помада и др.;

- тембровая окраска голоса говорящего;
- место расположения говорящего по отношению к ребенку (спиной к источнику света, спиной или боком к ребенку);
- неполное «слышание» даже со слуховым аппаратом;
- пробелы в овладении языком;
- участие в разговоре двух или более собеседников;
- отсутствие или неисправность слухового аппарата.

Рекомендации для педагогов, работающих с детьми с нарушениями слуха

Для успешного обучения ребенка с нарушением слуха, в общеобразовательной организации необходимо учитывать психологическую и физиологическую готовность к обучению. Во-вторых, в образовательном учреждении необходимо создать безбарьерную среду для лиц с нарушением слуха («Бегущая строка» (на этажах), световая индикация начала и окончания урока, FM-системы для индивидуальной и групповой работы); в-третьих, процесс обучения должен сопровождаться специалистами (сурдопедагогом, логопедом, психологом). И, наконец, нельзя забывать о том, что необходимо обеспечить комплексное сопровождение всех участников образовательного процесса.

Общей проблемой для всех детей с нарушенным слухом является быстрый темп речи педагогов, практическая невозможность быстро воспринимать предлагаемый материал, одновременно слушать и выполнять какие-либо инструкции педагогов.

Делаете небольшие паузы (3–4 мин.) после объяснения какого-либо вопроса, чтобы ребенок мог понять воспринятое. Не бойтесь два-три раза повторить основные положения предлагаемого материала. Используйте иллюстративный материал.

Нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны непониманием инструкции, непривычной формулировкой вопроса, незнанием требований педагога. Следует обязательно проверить, как понято задание. Не верьте односложным ответам школьников «Да» и «Нет». Потребуйте раскрыть, что значит «Да», что скрывается за «Нет». Попросите повторить инструкцию полностью или фрагментарно. Задавая вопрос, обязательно требуйте его повторения вслух.

Во время Вашего монолога следите за тем, насколько ученик Вас понимает. Время от времени просите повторить Ваши слова. Всегда располагайтесь лицом к источнику света. Прежде чем начать говорить что-либо, надо привлечь к своему лицу зрительное внимание человека с

нарушенным слухом, дождаться или добиться, чтобы он на Вас посмотрел. Всегда сами смотрите в лицо ребенку с нарушенным слухом при разговоре с ним, не только во время Вашего высказывания, но и когда слушаете его.

Стройте фразу так, чтобы в ней был естественный порядок слов, чтобы начиналась фраза с заведомо воспринимаемых («видимых») слов, ответ на вопрос ребенка начинайте или с двух-трех слов, содержащихся в вопросе, или с повторения вслух вопроса. Во время говорения старайтесь не кивать головой, не жестикулировать, не прикрывать рот, не поворачиваться спиной к ученику. Ваша реакция на какую-либо ситуацию или реплику со стороны должна быть понятна или немедленно объяснена глухому человеку. Будьте к собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи.

Овладевайте способами оперативной помощи ему во время беседы: повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов; переставить слова во фразе; заменить то или иное слово без изменения смысла фразы; написать ключевое или непонимаемое слово; написать всю фразу.

Вопросы для повторения

1. Какие группы детей с недостатками слуха выделяют современные ученые?
2. Как нарушения слуха влияют на развитие ребенка?
3. Каковы возможные причины нарушения слуха?
4. Чем глухота отличается от тугоухости?
5. Назовите и дайте краткую характеристику разных степеней нарушения слуха у слабослышащих детей.
6. Назовите три способа восприятия речи.
7. По каким причинам слабослышащие дети могут затрудняться в восприятии речи?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	Назовите группы детей с недостатками слуха.	А) неслышащие Б) слабослышащие В) оба варианта верны
2	Подбор, настройка и использование индивидуальных слуховых аппаратов – это...	А) настройка слуха Б) слухопротезирование В) слухоизменение
3	Нарушение слуха, при котором невозможно восприятие речи – это...	А) Сенсорная депривация Б) Тугоухость В) Глухота

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
4	Более легкая степень нарушения слуха, при котором восприятие речи затруднено – это...	А) Сенсорная депривация Б) Тугоухость В) Глухота
5	Какой степени нарушения слуха у слабослышащих детей соответствует описание: «у детей восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат»	А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
6	Какой степени нарушения слуха у слабослышащих детей соответствует описание: «ребенку доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи»	А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
7	Какой степени нарушения слуха у слабослышащих детей соответствует описание: «ребенок воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые дети - также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке»	А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
8	Какой степени нарушения слуха у слабослышащих детей соответствует описание: «дети воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот - не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего»	А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
9	Укажите способы восприятия речи	А) слуховой Б) зрительный В) слухо-зрительный Г) все варианты верны
10	Назовите возможные причины нарушений слуха	А) наследственные; Б) инфекционные заболевания матери во время беременности; В) лечение матери в период беременности или ребенка раннего возраста лекарственными препаратами, негативно влияющими на слуховой нерв; Г) недоношенность (роды ранее 32-й нед. беременности), родовая травма, асфиксия новорожденного; Д) вирусные и инфекционные заболевания; Е) острый и хронический отит; Ж) черепно-мозговые травмы ребенка. З) верны все варианты

Ключ к тесту:

1-в; 2-б; 3-в; 4-б; 5-г; 6-а; 7-б; 8-в; 9-г; 10-з.

2.2. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями зрения

Зрение – самый мощный источник информации о внешнем мире. 85–90 % информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии ребенка. Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Принято различать пять основных зрительных функций: *центрального зрения; периферического зрения; бинокулярного зрения; светоощущения; цветоощущения.*

Зрение, при котором глаз различает две точки под углом зрения в одну минуту, принято считать нормальным, равным единице (1,0). Узнавание формы предмета у ребенка появляется раньше (5 месяцев), чем узнавание цвета.

Бинокулярное зрение – способность пространственного восприятия, объема и рельефа предметов, видение двумя глазами. Его развитие начинается на 3–4 месяце жизни ребенка, а формирование заканчивается к 7–13 годам. Совершенствуется оно в процессе накопления жизненного опыта. У слабовидящих детей бинокулярное восприятие чаще всего нарушено. Одним из признаков нарушения бинокулярного зрения является *косоглазие* – отклонение одного глаза от правильного симметричного положения, что осложняет осуществление зрительно-пространственного синтеза, вызывает замедленность темпов выполнения движений, нарушение координации и т. д. Нарушение бинокулярного зрения приводит к неустойчивости фиксации взора. Дети часто бывают не в состоянии воспринимать предметы и действия во взаимосвязи, испытывая сложности в слежении за движущимися предметами (мячом, воланом и др.), степени их удаленности. В связи с этим таким детям надо давать больше времени для рассматривания предметов и динамического восприятия, а также словесного описания тех предметов и действий, которые учащимся предстоит наблюдать самостоятельно. Важным средством развития бинокулярного зрения являются различные виды бытового труда и игровой деятельности: игра в мяч, кегли и др., моделирование и конструирование из бумаги (оригами), картона, занятия с мозаикой, плетение и т. п.

Периферическое зрение действует в сумерках, оно предназначено для восприятия окружающего фона и крупных объектов, служит для ориентировки в пространстве. Этот вид зрения обладает высокой чувствительностью к движущимся предметам. Состояние периферического зрения

характеризуется полем зрения. *Поле зрения* – это пространство, которое воспринимается одним глазом при его неподвижном положении.

Особенностями психического развития слепых и слабовидящих детей является слабость абстрактно-логического мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний. Характерен малый объем чувственного опыта, формальный словарный запас и недостаточно точная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения тормозят развитие двигательных навыков и умений, пространственной ориентировки и определяют малую моторную активность ребенка, общую его медлительность. Такие дети, часто пытаются «скрыть» или отрицать дефект, если о нем узнают окружающие. Они чувствуют себя скованно, неестественно и дискомфортно. Стесняются обращаться за помощью. Бывают ранимы и чувствительны к критике.

Благодаря цветовому зрению человек способен воспринимать и различать все многообразие цветов в окружающем мире. Появление реакции на различение цвета у маленьких детей происходит в определенном порядке. Быстрее всего ребенок начинает узнавать красный, желтый, зеленый цвета, а позднее – фиолетовый и синий.

Глаз человека способен различать разнообразные цвета и оттенки при смешивании трех основных цветов спектра: красного, зеленого и синего (или фиолетового). Выпадение или нарушение одного из компонентов называется *дихромазией*. Впервые это явление описал английский ученый-химик *Дальтон*, который сам страдал этим расстройством. Поэтому нарушения цветового зрения в некоторых случаях называют *дальтонизмом*. При нарушении восприимчивости красного цвета красные и оранжевые оттенки детям кажутся темно-серыми или даже черными. Желтый и красный сигнал светофора для них – один цвет.

У *слабовидящих* детей расстройства цветоразличения зависят от клинических форм слабовидения, их происхождения, локализации и течения.

У *незрячих* вместо зрения управление движениями рук заменяется мышечным чувством. Отмечен факт наличия как у нормальновидящих, так и у незрячих, слабовидящих кожно-оптической чувствительности («кожного зрения»), способности кожных покровов реагировать на световое и цветное воздействие. Различение цветовых оттенков происходит благодаря различным качествам цветоощущения. Цветовые тона делятся на:

- 1) «гладкие» и «скользкие» – голубой и желтый цвета;
- 2) «притягивающие» или «вязкие» – красный, зеленый, синий;

3) «шероховатые» или «тормозящие» движения рук – оранжевый и фиолетовый.

Самым «гладким» улавливается белый цвет, а «тормозящим» – черный.

Педагогам необходимо иметь сведения о цветоразличительных возможностях обучающихся. Это важно при демонстрации и использовании цветного спортивного инвентаря (мячи, обручи, скакалки, лыжи и пр.), наглядных пособий, рассматривании репродукций и т.д. При изготовлении наглядных пособий используются преимущественно красный, желтый, оранжевый и зеленый цвета.

Светоощущение – способность сетчатки воспринимать свет и различать его яркость. Различают световую и темновую адаптацию. Нормально видящие глаза обладают способностью приспосабливаться к разным условиям освещения. *Световая адаптация* – приспособление органа зрения к высокому уровню освещения. Световая чувствительность появляется у ребенка сразу же после рождения. Люди, у которых нарушена световая адаптация, в сумерках видят лучше, чем на свету. У некоторых детей с нарушением зрения отмечается светобоязнь. В этом случае дети пользуются темными очками. Такому ребенку следует предложить место для занятий в теневой части или стать спиной к солнцу (источнику света). Расстройство *темновой адаптации* приводит к потере ориентации в условиях пониженного освещения.

Слепота бывает врожденной и приобретенной. *Врожденная слепота* – нарушение развития некоторых отделов головного мозга, зрительных нервов, сетчатки глаза. *Приобретенная слепота* развивается после перенесенных глазных заболеваний: глаукомы, трахомы, кератита, поражения зрительного нерва, а также после травм глазного яблока, повреждений глазницы и черепно-мозговых травм.

Ребенок с нарушением зрения – термин, касающийся как незрячих, так и слабовидящих. Незрячих делят на *тотально слепых* ($Vis = 0$) и *детей с остаточным зрением* (Vis от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). Слабовидящие дети по состоянию зрительных функций разнообразны. Это обусловлено прежде всего клиническими формами и степенью их глазной патологии. *Слабовидящими* считают людей, имеющих остроту зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу).

Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, возможны появления навязчивых стереотипных движений: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью.

Этиология дефектов зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами – гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже – менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17 %.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта. При нарушениях зрения вторично страдает двигательная сфера. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

Исследования специалистов показывают, что задержка развития, вызванная нарушением зрения, при соответствующих условиях обучения и воспитания преодолевается. Однако этот процесс занимает длительное время, требует больших усилий и знания специфических отклонений и сохраненных возможностей детей.

Нарушение зрения оказывает негативное воздействие на развитие всех психических функций слепого и слабовидящего ребенка, психические процессы приобретают своеобразие как в процессе формирования, так и в результате их реализации в соответствующей деятельности. Однако это не означает, что они не могут достигать того же уровня развития, как у детей без нарушений зрительных функций. Например, произвольное и непроизвольное внимание ребенка с нарушением зрения формируется в деятельности, которая активизирует духовные потребности, интересы, волевые качества и определяет уровень развития и направленность внимания.

Серьезные нарушения зрения отражаются на сенсорной организации человека и его познавательной деятельности. Полная или частичная потеря зрения приводит к перестройке работы других анализаторных систем: у тотально слепых утраченные зрительные функции замещаются деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов, у частично зрячих доминирующим видом восприятия остается зрение.

Полная или частичная утрата функции зрения, ограничивая возможность чувственного отражения внешнего мира, отражается и на процессе развития мышления. У слепых и слабовидящих детей затруднены операции анализа и синтеза, отмечается недостаточная полнота сравнения. Наблюдаются нарушения классификации, обобщения, абстрагирования и конкретизации. Однако эти недостатки не делают мышление таких людей неотвратимо неполноценным. В условиях специального обучения в значительной мере устраняется основная причина замедленного развития мышления – пробелы в сфере чувственных, конкретных знаний, и это способствует коррекции отклонений в развитии мышления слепых и слабовидящих детей.

Неблагоприятные условия воспитания (чрезмерная опека или, наоборот, недостаток внимания) детей рассматриваемой категории приводят к возникновению у них таких личностных качеств, как эгоизм, установка на постоянную помощь, равнодушие к окружающим и др. Ограниченные контакты с окружающими влекут за собой замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир. Это затрудняет формирование деловых и личностных взаимоотношений с окружающими.

Органические расстройства зрительного анализатора, нарушая социальные отношения, изменяя статус ребенка со зрительной недостаточностью, провоцируют возникновение у него ряда специфических установок, опосредованно влияющих на психическое развитие ребенка со зрительной депривацией. Неудачи и трудности, с которыми ребенок сталкивается в обучении, в игре, в овладении двигательными навыками, пространственной ориентировке, вызывают сложные переживания и негативные реакции, проявляющиеся в неуверенности, пассивности, самоизоляции, неадекватном поведении и даже агрессивности. Многим детям с нарушением зрения присуще астеническое состояние, характеризующееся значительным снижением желания играть, нервным напряжением, повышенной утомляемостью. Нужно иметь в виду, что дети с депривацией зрения оказываются в стрессовых ситуациях чаще, чем их нормально видящие сверстники. Постоянно высокое эмоциональное напряжение, чувство дискомфорта могут

в отдельных случаях вызвать эмоциональные расстройства, нарушения баланса процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Чаще всего указанные своеобразия личности детей со зрительными дефектами обусловлены рядом причин: недостатком чувственного опыта, трудностями ориентировки в окружающем пространстве (боязнь нового), отсутствием соответствующих условий воспитания, ограничением в деятельности, отрицательными попытками наладить контакты со зрячими. На фоне этого у детей с нарушением зрения наблюдается неуверенность в своих возможностях, снижается интерес к результату труда, не формируются умения преодолевать трудности.

Таким образом, органический дефект, нарушая познавательную деятельность и ограничивая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности слепых и слабовидящих детей в целом. К личностным особенностям детей относятся изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения, сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного опыта, отсутствие или нарушение внешнего проявления внутренних состояний и, как следствие – недостаточность эмоциональной сферы.

*Рекомендации для педагогов по профилактике
и преодолению трудностей в обучении ребенка с нарушением зрения*

1. Ознакомиться с заключением врача-офтальмолога о состоянии зрения школьника, испытывающего трудности в обучении. 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 класса, 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.

4. В одежде педагогу рекомендуется использовать яркие цвета, которые лучше воспринимаются ребенком, имеющим зрительные нарушения.

5. 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. Школьному педагогу-психологу рекомендуются занятия с таким

ребенком, направленные на развитие навыков письма и черчения по трафарету, навыков штриховки, ориентировки в микропространстве (на листе бумаги), развитие зрительного восприятия, внимания, памяти.

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

7. Педагог должен говорить более медленно, ставить вопросы четко, кратко, конкретно, чтобы дети могли осознать их, вдуматься в содержание. Не следует торопить их с ответом, дать 1-2 мин. на обдумывание.

8. При проведении занятий с детьми, имеющими нарушение зрения, создаются условия для лучшего зрительного восприятия объекта, различения его цвета, формы, размещения на фоне других объектов, удаленности.

9. Материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту, должен соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор – меньше кочана капусты и т. п.

10. Размещать объекты на доске нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности.

11. При знакомстве с объектом рекомендуется снижать темп ведения занятия, так как детям с нарушением зрения требуется более длительное, чем нормально видящим Детям, время для зрительного восприятия, осмысления задачи, повторного рассматривания.

12. Следует чаще использовать указки для прослеживания объекта в полном объеме (обводят его контур, часть), использовать дополнительный материал: контур, силуэт, рисунок, мелкие картинки, игрушки, индивидуальные картинки для детей с низкой остротой зрения.

13. Поскольку у детей с нарушением зрения преобладает последовательный способ зрительного восприятия, то время на экспозицию предлагаемого материала увеличивается минимум в два раза (по сравнению с нормой).

14. При предъявлении материала, связанного с его осязательным обследованием, время также увеличивается в 2–3 раза по сравнению с выполнением задания на основе зрения.

15. Трудности координации движения, несогласованность движений руки и глаза при нарушениях зрения замедляют темп выполнения заданий, связанных с предметно-практической деятельностью, поэтому

при выполнении графических заданий должна оцениваться не точность, а правильность выполнения задания.

16. Нужно давать ребенку, имеющему зрительные нарушения, возможность подходить к классной доске и рассматривать представленный на ней материал.

Педагогу, родителям и окружающим ребенка людям следует знать, что диапазон остроты зрения незрячих детей колеблется от тотальной слепоты до форменного зрения. Дети с остаточным зрением вполне могут самостоятельно ориентироваться в малом пространстве, воспринимать предметы и действия зрительным или зрительно-слуховым способом, а тотально незрячие нуждаются в помощи со стороны взрослого. В таких случаях необходимо вовремя предупредить ребенка об опасности (препятствия, низкие ветки деревьев, яма и т. д.), лучшим предупреждением об опасности является слово.

Ребенку с нарушенным зрением нельзя давать понять, что он зависит от вас. Общение с ним на равных, но вместе с тем оказание ему необходимой практической помощи приведет к образованию системы связей речевой и практической деятельности. Проявления лишнего любопытства по поводу его зрения, а также сентиментального сочувствия может снизить интерес общения с вами.

Не следует акцентировать внимание на его физическом недостатке или на стереотипных (навязчивых) движениях, а при их наличии переключите внимание ученика на другую деятельность. Толерантность (терпимость) по отношению к детям с «особыми нуждами» является неременным качеством педагога.

Люди с нарушенным зрением задумываются над тем, как сохранить остаточное зрение. В настоящее время существует много берегающих технологий (Аветисов Э. С., Корбет М. Д., Демирчоглян Г. Г. и др.), позволяющих учитывать следующие аспекты: охрана остаточного зрения; особенности индивидуального развития ребенка; щадящий режим зрительной нагрузки; рациональное чередование физической нагрузки и отдыха, специальных упражнений для глаз в течение урока; использование специальных методов и приемов в обучении двигательным действиям; система требований, которые предъявляются к ребенку на данном этапе его жизни. Тренировка глаз всегда была и остается актуальной. Своевременная профилактика снижает потерю зрения.

Вопросы для повторения

1. Назовите пять основных зрительных функций.
2. Раскройте сущность понятий «косоглазие», «поле зрения», «дальтонизм».
3. Чем слабовидящий отличается от незрячего?
4. Как проявляется световая и темновая адаптация?
5. Может ли слепота быть врожденной или приобретенной?
6. На какие группы делят детей с нарушениями зрения?
7. Как нарушения зрения влияют на развитие ребенка?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	Какой зрительной функции соответствует описание: это способность пространственного восприятия, объема и рельефа предметов, видение двумя глазами?	А) центрального зрения Б) периферического зрения В) бинокулярного зрения Г) светоощущения Д) цветоощущения
2	Какой зрительной функции соответствует описание: оно предназначено для восприятия окружающего фона и крупных объектов, служит для ориентировки в пространстве?	А) центрального зрения Б) периферического зрения В) бинокулярного зрения Г) светоощущения Д) цветоощущения
3	Какой зрительной функции соответствует описание: человек способен воспринимать и различать все многообразие цветов в окружающем мире?	А) центрального зрения Б) периферического зрения В) бинокулярного зрения Г) светоощущения Д) цветоощущения
4	Какой зрительной функции соответствует описание: способность сетчатки воспринимать свет и различать его яркость?	А) центрального зрения Б) периферического зрения В) бинокулярного зрения Г) светоощущения Д) цветоощущения
5	Отклонение одного глаза от правильного симметричного положения – это...	А) косоглазие Б) поле зрения В) дихромазия Г) остаточное зрение
6	Впервые это явление описал англ. ученый Дальтон, который сам страдал этим расстройством, поэтому нарушения цветового зрения в некоторых случаях называют дальтонизмом.	А) косоглазие Б) поле зрения В) дихромазия Г) остаточное зрение
7	Это пространство, которое воспринимается одним глазом при его неподвижном положении	А) косоглазие Б) поле зрения В) дихромазия Г) остаточное зрение
8	Какой вид слепоты развивается после перенесенных глазных заболеваний, а также после травм глазного яблока, повреждений глазницы и черепно-мозговых травм?	А) врожденная Б) приобретенная В) остаточное зрение

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
9	Детей с нарушением зрения делят на:	А) незрячих и слабовидящих Б) слепых и слепоглухонемых В) глухих и слабослышащих
10	Незрячих делят на:	А) незрячих и слабовидящих Б) слепых и слепоглухонемых В) тотально слепых и детей с остаточным зрением

Ключ к тесту:

1-в; 2-б; 3-д; 4-з; 5-а; 6-в; 7-б; 8-б; 9-а; 10-в.

2.3. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

Разработать тактику помощи детям с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата возможно только на основе знаний о конкретном нарушении, имеющемся у ребенка, и понимании компенсаторных возможностей, на которые можно будет опираться при обучении и воспитании.

К категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) относятся:

I. Дети с заболеваниями нервной системы, а именно:

- с детскими церебральными параличами;
- с последствиями полиомиелита;
- с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.);

II. Дети с врожденными патологиями опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство)

III. Дети с приобретенными недоразвитиями или деформациями опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;

- полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют *различную степень выраженности*:

- при *тяжелой степени* дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Навыки самообслуживания у них не сформированы;

- при *средней степени* двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа);

- при *легкой степени* двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (далее ДЦП), 89 % детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это дети с ДЦП. Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике детей, страдающих церебральным параличом.

Детский церебральный паралич – это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Двигательные нарушения очень часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций других анализаторных систем. При этом все расстройства имеют разную степень выраженности, варьируясь от легких до грубейших нарушений, где могут наблюдаться различные их сочетания. Важно отметить, что ДЦП не является прогрессирующим заболе-

ванием. С возрастом и под действием лечения состояние детей, как правило, улучшается.

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания всех двигательных функций нарушены: наличие примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возрастного этапа. В норме врожденные рефлексы (рефлекс Моро, хватательный, рефлекс отталкивания и др.) угасают к 3 месяцам жизни, создавая благоприятную основу для развития произвольных движений. У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают на первом году жизни, а обычно усиливаются и в последующие годы остаются стойкими, что сказывается на сильной задержке в формировании произвольных двигательных актов; с большим трудом и опозданием формируются основные моторные функции – такие, как удержание головы в вертикальном положении; повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину; навыки сидения; ползания; прямохождение; ходьба; манипулятивная деятельность.

Следует отметить общие нарушения, которые составляют *структуру двигательного дефекта при ДЦП*:

– *нарушение мышечного тонуса* по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония);

– *наличие параличей и парезов* (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений;

– *наличие насильственных движений* (гиперкинезы и тремор);

– *нарушения равновесия и координации движений (атаксия)*. Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений;

– *содружественные движения (синкинезии)*. У детей с ДЦП часто наблюдаются патологические синкинезии, когда выполнение любого произвольного движения сопровождается непроизвольными движениями в других частях тела. В первую очередь вовлекаются наиболее пораженные

конечности, а также оральные синкинезии, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта;

– *наличие защитных рефлексов*. Непроизвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении;

– *нарушение ощущения движений (кинестезии)*. При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и ребёнку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения.

ДЦП – это не неспособность двигаться вообще, а неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения. В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида церебрального паралича: *тетрапарезия* (поражение всех четырех конечностей); *диплегия* (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); *гемиплегия* (поражение либо правой, либо левой половины тела); *монопарезия* (поражение одной конечности).

В настоящее время в нашей стране принята *классификация ДЦП К. А. Семеновой*. Данная классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания – двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют *пять форм* детского церебрального паралича: *спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма*.

Считается, что примерно 20–25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Задержка психического развития встречается приблизительно у 50 % детей с церебральным параличом, и олигофрения имеет место у 25 % детей с ДЦП. Но при всём этом нет прямой зависимости между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических процессов. Важную роль в психическом развитии играют условия адекватного воспитания и обучения. Главные особенности познавательной деятельности и всей личности

ребенка с ДЦП – это выраженная диспропорциональность, неравномерность, нарушение темпа развития и качественное своеобразие.

Важно заметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей, таких как:

- нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП;
- выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

Выделим специфические особенности развития познавательной сферы детей с церебральным параличом. Следует отметить нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Ребёнок застревает на отдельных элементах. Отмечаются трудности формирования произвольного внимания.

Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы - круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Отмечаются нарушения пространственного восприятия, у детей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке. Выражены нарушения схемы тела, с запозданием формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела, затруднена дифференциация правой и левой стороны тела, многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около).

Нарушение восприятия приводит к задержке психического развития и сказывается на овладении учебными предметами, поскольку именно оно составляет фундамент всей психической познавательной системы.

Основным условием развития предметной, игровой, трудовой, учебной и других видов деятельности у ребенка с ДЦП является проводимая с ним систематическая коррекционно-развивающая работа по формированию основных структурных компонентов каждого из видов деятельности.

Развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит также своеобразно, хотя по тем же законам, что и развитие личности

нормально развивающихся детей. Специфические особенности формирования эмоционально-волевой сферы детей с церебральным параличом могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). При этом степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой сферы.

По эмоционально-волевым проявлениям детей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы. В одном случае дети с пониженной возбудимостью, чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Эти дети эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом.

У более многочисленной группы детей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие дети отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории детей отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением. В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание ребенка и реакция на физический дефект.

Почти у всех детей с ДЦП проявляется личностная незрелость, которая выражается в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации

способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Обобщив вышеизложенное, можно отметить, что психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Поэтому перед специалистами, работающими с детьми данной категории, встает важная задача - оказание психолого-педагогической и социальной помощи в профилактике и коррекции этих нарушений.

*Рекомендации для педагогов, работающих с детьми
с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА)*

Педагогу важно знать и учитывать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни и обучения. Наше воздействие на ребенка, имеющего отклонения в развитии, должно способствовать достижению двух целей:

1. Ребенок должен чувствовать себя комфортно. Мы всегда должны учитывать состояние ребенка в конкретный момент времени. Важно помнить, что первая наша задача – создать базис, на основе которого ребенок сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность.

2. Границы возможностей ребенка должны расширяться. Важно стимулировать все способности ребёнка и добиваться его максимально возможной самостоятельной активности, даже если она недостаточна.

Первая глобальная задача специалистов состоит в разработке оптимального индивидуального плана обучения ребенка; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом соответствует потребностям ребенка на каждой стадии его школьной жизни. Несомненно, во внимание принимаются и местные условия, и расстояние до школы, и необходимость пользоваться транспортом, и оборудованные пандусами крыльцо и лестницы в школе и т.д. Еще одна крайне важная деталь – особенности самого ребенка. Темперамент и интеллектуальные способности значат не меньше, чем физические нарушения.

Важно отметить несколько практико-ориентированных рекомендаций для педагогов, которые они должны соблюдать при работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:

2.1. Так как у данной категории детей при сохранном интеллекте идёт «диссоциативное» развитие психики перед началом обучения необходимо изучить клинико-психолого-педагогический статус ребенка.

2.2. У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; педагог должен приближаться к ребёнку со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

2.3. Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).

2.4. На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.

2.5. В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.).

2.6. Для детей с усиленным слюнотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны учителя с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки контроля за слюнотечением.

2.7. Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

2.8. На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

2.9. Так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный, следует увеличить время, отведенное на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время.

2.10. Ребенку с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата необходима сопровождающая помощь дефектолога, специального психолога и логопеда.

2.11. По возможности в школе необходимо создать специальную коррекционную предметно-развивающую среду в соответствии с ведущими линиями развития ребенка.

Дифференцированный и индивидуальный подход, а также создание благоприятных условий обучения, учитывающих индивидуальные типологические и специфические особенности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, поможет ребенку лучше усваивать программу.

Вопросы для повторения

1. Назовите три группы детей, относящихся к категории детей с отклонениями в развитии опорно-двигательного аппарата.

2. Какую степень выраженности может иметь утрата двигательных функций?

3. Раскройте сущность понятия «детский церебральный паралич».

4. Охарактеризуйте структуру двигательного дефекта при ДЦП

5. Какие 4 вида ДЦП выделяют в зависимости от локализации нарушения?

6. Классификация форм ДЦП какого ученого принята и используется в настоящее время в России?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	К категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) относятся	А) Дети с заболеваниями нервной системы Б) Дети с врожденными патологиями опорно-двигательного аппарата В) Дети с приобретенными недоразвитиями или деформациями опорно-двигательного аппарата Г) все варианты верны
2	Определите степень выраженности утраты двигательных функций по описанию: дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, навыки самообслуживания у них не сформированы.	А) легкая Б) средняя В) тяжелая
3	Определите степень выраженности утраты двигательных функций по описанию: дети ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице;	А) легкая Б) средняя В) тяжелая

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
	навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.	
4	Определите степень выраженности утраты двигательных функций по описанию: овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.	А) легкая Б) средняя В) тяжелая
5	Группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Двигательные нарушения очень часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций других анализаторных систем - это	А) ДЦП (детский церебральный паралич) Б) ЗПР (задержка психического развития) В) СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивность)
6	Какие нарушения составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП?	А) нарушение мышечного тонуса Б) параличи и парезы В) насильственные движения Г) все варианты верны
7	Кем разработана, принятая в настоящее время в нашей стране классификация форм ДЦП?	А) А. В. Мудрик Б) М. Мид В) К. А. Семенова
8	Какие формы ДЦП выделяют согласно классификации К.А. Семеновой?	А) спастическая диплегия. Б) двойная гемиплегия, В) гемипаретическая форма Г) гиперкинетическая форма Д) атонически-астатическая форма Е) все перечисленные
9	ДЦП – это	А) неспособность двигаться вообще Б) неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения В) оба вариант верны
10	В зависимости от локализации нарушения выделяют следующие виды ДЦП	А) тетраплегия (поражение всех четырех конечностей); Б) диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); В) гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела); Г) моноплегия (поражение одной конечности) Д) все варианты верны

Ключ к тесту:

1-г; 2-в; 3-а; 4-б; 5-а; 6-г; 7-в; 8-е; 9-б; 10-д.

2.4. Социально-педагогическая работа с детьми с задержкой психического развития

Изучение проблемы школьной неуспешности проводилось еще с начала 60-х годов XX века, когда была выявлена группа детей, особенности в развитии которой, позволили выделить ее в особую категорию. Данная группа школьников получила название «дети с задержкой психического развития».

Под термином «*задержка развития*» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма.

По определению *В. В. Лебединского*, «речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны».

Огромный вклад в изучение детей с задержкой психического развития (далее – ЗПР) внесли *Т. А. Власова* и *М. С. Певзнер*, которые в 1966 г. описали ряд клинических вариантов задержки в развитии организма (инфантилизма), положенный в основу клинической систематики задержки психического развития:

- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевых функций.

На основе причинных (этиопатогенетических) факторов Лебединская *К. С.* совместно с группой ученых (*Бертынь Г. П.*, *Дунаева З. М.*, *Марковская И. Ф.*, *Певзнер М. С.*, *Райская М. М.* и др.) разработали *клиническую систематику задержки психического развития*: конституционального

происхождения; соматогенного происхождения; психогенного происхождения; церебрально-органического происхождения.

Задержка психического развития конституционального происхождения или так называемом гармоническом инфантилизме, при котором эмоционально-волевая сфера ребенка напоминает развитие ребенка более младшего возраста. Трудности, которые испытывают эти дети к моменту поступления в школу, связаны прежде всего с недостаточным развитием эмоционально-волевой сферы. При выполнении учебных заданий у детей наблюдается быстрая утомляемость и интеллектуальная пассивность. Они не приучены к систематической мыслительной деятельности, поэтому крайне поверхностно усваивают учебный материал. В то же время они очень активны в игровой деятельности, которая в какой-то мере компенсирует их неудачи в учебе.

Задержка психического развития соматогенного происхождения обусловлена соматической недостаточностью (длительными простудными заболеваниями, инфекционными болезнями, аллергическими реакциями, врожденными и приобретенными пороками развития). Специфической особенностью развития этого варианта задержки психического развития является нарушение интеллектуальной деятельности при первично сохранном интеллекте в результате длительной и стойкой астении. У детей данной категории наблюдается низкая работоспособность, плохая сосредоточенность при выполнении задания. В процессе учебы дети быстро истощаются, в результате чего у них нарушаются процессы внимания и памяти. В тех случаях, когда нарушение психической деятельности возникло на более ранних этапах жизни ребенка, задержка психического развития проявляется в ограниченности представлений об окружающей действительности, в бедности словарного запаса и некотором недоразвитии форм мышления, в частности словесно-логического.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания в семье. В результате патогенного воздействия может наблюдаться нарушение психического развития по типу психической неустойчивости. Данный тип развития наблюдается в условиях гипопеки – полного или частичного отсутствия правильного психолого-педагогического воздействия на формирующуюся личность ребенка. При этом отмечается снижение уровня развития познавательной деятельности и активности, что в сочетании с незрелостью эмоционально-волевой сферы в виде аффективности, импульсивности

и повышенной внушаемости приводят к нарушению обучения. Аномальное развитие личности по типу семьи обусловлено, наоборот, гиперопекой. Это приводит к неспособности выполнять самостоятельно даже посильную деятельность, отсутствию инициативности, ответственности. При выполнении задания эти дети всегда ориентированы на помощь взрослого.

Эмоционально-волевые нарушения представлены *органическим инфантилизмом* (Сухарева Г. Е. и др.), при котором отмечаются преобладание игровых интересов над учебными, внушаемость, а также отсутствие критики в свой адрес. Эмоционально-волевая сфера характеризуется отсутствием живости и яркости, а игровая деятельность – однообразием, отсутствием творчества и воображения. Клиницисты подчеркивают иной характер нарушения познавательной деятельности, чем у детей с умственной отсталостью.

Особенности мышления детей с задержкой психического развития показывают, что интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый главным образом отставанием в развитии отдельных компонентов мыслительной деятельности.

К их числу относятся преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим (так как наибольшие сложности у детей вызывает решение словесно-логических задач), склонность к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектуальных заданий, недостаточная целенаправленность психической деятельности, слабость логической памяти; недостаточный уровень сформированности операций обобщения; интеллектуальная деятельность отличается диспропорциональностью; решение логических задач практически-действенными способами также свидетельствует о том, что они не могут отвлечься от наглядной ситуации и действовать в плане образов и представлений.

Психологическая сущность процесса «обучаемости» – «зона ближайшего развития» рассматривается как выражение общей способности ребенка к учению, а в качестве ведущих критериев сформированности данной способности подчеркивается важность широты переноса, «которая достигается различными индивидами в процессе обучения». Большинство таких детей воспринимают помощь взрослого, способны к усвоению новых знаний и их применению на практике и, как следствие, к обучению по программе общеобразовательной школы.

Основной отличительной особенностью *развития памяти* является то, что этот процесс в большинстве случаев *непроизвольный*, так как запоминание и припоминание происходят независимо от воли и сознания. Имеющиеся нарушения памяти являются характерным признаком задержки психического развития и отличаются:

- преобладанием произвольных форм запоминания над непроизвольными;
- медленным нарастанием продуктивности запоминания;
- неумением применять рациональные приемы запоминания (например, план при запоминании текста, классификации и т.д.);
- снижением объема запоминания;
- нарушением порядка воспроизводимого цифрового и словесного материала, что объясняется недоразвитием функции самоконтроля;
- низкой избирательностью памяти.

Внимание детей с задержкой психического развития характеризуется рядом особенностей:

- снижением устойчивости внимания, повышенной отвлекаемостью, обуславливающими невозможность выполнения учебных заданий в полном объеме;
- снижением концентрации внимания, что выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости;
- снижением объема внимания, проявляющимся в том, что школьник удерживает значительно меньший объем информации, чем тот, который необходим для решения учебной задачи;
- снижением избирательности внимания, характеризующимся тем, что учащиеся испытывают трудности в постановке цели деятельности и условий ее реализации;
- снижением распределения внимания, заключающимся в невозможности выполнения нескольких действий одновременно.

У детей с задержкой психического развития можно выделить следующие специфические особенности *восприятия*:

- отсутствие умения целенаправленно и планомерно обследовать предметы;
- нарушение целостности (учащиеся воспринимают изучаемый объект фрагментарно, уделяют внимание второстепенным деталям, испытывают трудности при выделении главных признаков);

- замедление скорости восприятия и переработки учебной информации;

- затруднение узнавания знакомых предметов в непривычном ракурсе (изменение положения в пространстве, недостаточное освещение, предъявление нескольких объектов одновременно).

Мотивационная сфера обучающихся с задержкой психического развития оказывается несформированной: отмечается преобладание игровых мотивов поведения и обучения. У детей не появляется чувство ответственности в отношении учебных заданий, потребность подчиняться требованиям учителя.

При выполнении учебных задач у них отмечается ряд особенностей: они негативно реагируют на невозможность выполнения задачи и в то же время выражают заинтересованность в оценке своих действий и испытывают радость при похвале. Вместе с тем у ребенка не возникает желание найти ошибки, допущенные им при выполнении задачи, понять причину неудачи.

Стойкая неуспеваемость приводит к образованию определенной личностной позиции, характеризующейся снижением потребности в общении со сверстниками, несформированностью у ребенка отношения к учителю как ко взрослому, выполняющему особые социальные функции.

У обучающихся с задержкой психического развития к началу школьного обучения функции контроля и самоконтроля оказываются несформированными, что проявляется в:

- постоянной отвлекаемости на любые внешние раздражители;
- неумении сосредоточиться;
- невозможности завершить начатое действие до конца.

Основной отличительной особенностью, обнаруживаемой при выполнении заданий, является неравномерный темп работоспособности. Как правило, учащиеся могут активно работать в течение всего лишь 15-20 минут, впоследствии наступает истощение и утомление. В этих условиях деятельность приобретает импульсивный и необдуманный характер, отмечается увеличение количества ошибок и исправлений. В ответ на замечания учителя могут отмечаться аффективные реакции: вспышки гнева и агрессии, раздражительность, отказ от дальнейшего выполнения задания, нарушения поведения.

С другой стороны, дети становятся вялыми и пассивными: они могут спрятаться под стол и играть, стараются уединиться, они не нарушают

режима, но и не работают на занятии. Выраженные колебания работоспособности мешают полноценному усвоению учебных знаний: они фрагментарны, отрывочны, быстро забываются.

Достаточно высокий темп работоспособности наблюдается в спокойной обстановке при выполнении заданий, не требующих длительного умственного напряжения.

В отличие от умственно отсталых школьников у детей с ЗПР значительно выше обучаемость, они лучше используют помощь взрослого, способны усваивать принципы действий и осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

Основные черты детей с ЗПР: повышенная истощаемость и в результате нее низкая работоспособность; незрелость эмоций, воли, поведения; ограниченный запас общих сведений и представлений; бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности; игровая деятельность сформирована также не полностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций. У детей с ЗПР страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Им необходим более длительный период для приема и переработки информации.

Особо следует выделить детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы из-за длительного нахождения в условиях дефицита информации не только интеллектуальной, но и эмоциональной. Неблагоприятные условия воспитания (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т.д.) обуславливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте.

Нередко дети с ЗПР сами проявляют активность в поисках средств, облегчающих решение поставленных задач: несколько раз прочитывают задания, по ходу решения задачи рассуждают вслух, просят разрешения записать исходные данные, используют различные ими найденные вспомогательные средства (например, пишут каждое предложение диктуемого текста с новой строки).

Во внеклассной жизни они обычно активны, интересы их, как и у нормально развивающихся детей, разнообразны. Все дети с ЗПР любят разного рода экскурсии, посещение театров, кинотеатров и музеев, иногда это

их так захватывает, что они несколько дней находятся под впечатлением увиденного. Они также любят занятия физкультурой и спортивные игры, и, хотя у них обнаруживается явная двигательная неловкость, недостаточная координированность движений, неумение подчиняться заданному ритму, со временем, в процессе обучения, школьники достигают значительных успехов и в этом плане выгодно отличаются от умственно отсталых детей.

Обычно дети с ЗПР проявляют исполнительность и аккуратность при выполнении работ по уборке помещения и территории, по уходу за растениями и животными, но только в том случае, если эти работы не требуют от них длительного напряжения и разнообразны. Такие дети любят участвовать в самодеятельности, причем именно в этом случае весьма отчетливо проявляются их интересы и возможности.

Дети с ЗПР дорожат доверием взрослых, но это не избавляет их от срывов, часто происходящих помимо их воли и сознания, без достаточных на то оснований. Потом они с трудом приходят в себя и еще долго чувствуют неловкость, угнетенность.

Описанные особенности поведения детей с ЗПР при недостаточном знакомстве с ними (например, при одноразовой встрече) могут создать впечатление, что к ним вполне применимы все условия и требования обучения, предусмотренные для учеников общеобразовательной школы. Однако комплексное (клиническое и психолого-педагогическое) изучение учащихся данной категории показывает, что это далеко не так. Их психофизиологические особенности, своеобразие познавательной деятельности и поведения приводят к тому, что содержание и методы обучения, темп работы и требования общеобразовательной школы оказываются для них непосильными.

Осознавая свои затруднения в учебе, некоторые учащиеся пытаются самоутвердиться собственными путями: подчиняют себе более слабых физически товарищей, командуют ими, заставляют выполнять за себя неприятную работу (уборка в спальне, в классе), показывают свое «геройство», совершая рискованные поступки (прыгают с высоты, влезают по опасной лестнице и др.); могут сказать неправду, например, похвастаться какими-либо поступками, которые они не совершали. В то же время эти дети обычно чувствительны к несправедливым обвинениям, остро на них реагируют, с трудом успокаиваются. Неправильное поведение, проявляющееся у младших школьников в сравнительно безобидных поступках,

может перерасти в стойкие черты характера, если своевременно не принять соответствующих воспитательных мер.

Рекомендации для педагогов, работающих с детьми
с задержкой психического развития

Основной задачей в обучении рассматриваемой категории детей является создание условий для успешной учебной и внеклассной деятельности как средства коррекции их личности, формирования положительных устремлений и мотиваций поведения, обогащения новым положительным опытом отношений с окружающим миром.

К условиям, способствующим ломке отрицательных стереотипов поведения трудных в обучении и воспитании детей, Е. М. Мастюковой отнесены следующие:

- создание благоприятной обстановки, щадящего режима;
- обучающая, коррекционно-воспитательная направленность всей педагогической работы; использование приемов и методов обучения, адекватных возможностям учащихся, обеспечивающих успешность учебной деятельности;
- дифференциация требований и индивидуализация обучения, модификация учебной программы – сокращение ее объема за счет второстепенного материала и высвобождение времени на ликвидацию пробелов в знаниях и умениях учащихся;
- организация системы внеклассной, факультативной, кружковой работы, повышающей уровень развития учащихся, пробуждающей их интерес к знаниям;
- учет особенностей психического развития, причин трудностей поведения и обучения при организации обучения и коррекционной воспитательной работы с данной категорией детей.

В случаях, когда по своему психическому состоянию ученик не в силах работать на данном уроке, материал объясняют ему на индивидуальных занятиях.

Обязательным условием занятия является четкое обобщение каждого его этапа (проверка выполнения задания, объяснение нового, закрепление материала и т.д.).

Новый учебный материал также следует объяснять по частям. Вопросы должны быть сформулированы четко и ясно; необходимо уделять большое внимание работе по предупреждению ошибок: возникшие ошибки не просто исправлять, а обязательно разбирать совместно.

С целью адаптации объема и характера учебного материала к познавательным возможностям систему изучения того или иного раздела программы нужно значительно детализировать: учебный материал преподносить небольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий, такие как:

- дополнительные наводящие вопросы;
- наглядность – картинные планы, опорные, обобщающие схемы, «программированные карточки», графические модели, карточки-помощницы, которые составляются в соответствии с характером затруднений при усвоении учебного материала;
- приемы-предписания с указанием последовательности операций, необходимых для решения задач;
- помощь в выполнении определенных операций;
- образцы решения задач;
- поэтапная проверка задач, примеров, упражнений.

Для предупреждения быстрой утомляемости или снятия ее целесообразно переключать детей с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий. Интерес к занятиям и хороший эмоциональный настрой учащихся поддерживают использованием красочного дидактического материала, введением в занятия игровых моментов.

Исключительно важное значение имеют мягкий доброжелательный тон педагога, внимание к ребенку, поощрение его малейших успехов. Темп занятия должен соответствовать возможностям ученика.

Одним из важнейших направлений учебно-воспитательного процесса является формирование у воспитанников навыков самостоятельной работы, умения организовывать, планировать свою деятельность, осуществлять самоконтроль. Для самостоятельной работы необходима индивидуализация заданий. Психологи рекомендуют всем учителям разрабатывать дидактический материал различной степени трудности и с различным объемом помощи:

- задания воспроизводящего характера при наличии образцов, алгоритмов выполнения;
- задания тренировочного характера, аналогичные образцу;
- задания контрольного характера и т.д.

Работу следует организовывать таким образом, чтобы ребенок сознательно относился к выбору типа задания, т.е. создавать обстановку свободы выбора, помощи и взаимопомощи.

Необходимо учить детей с ЗПР проверять качество своей работы как по ходу ее выполнения, так и по конечному результату; одновременно нужно развивать потребность в самоконтроле, осознанное отношение к выполняемой работе, для чего на уроках следует отводить специальное время на самопроверку и взаимопроверку выполненного задания. Для коррекции внешней организации деятельности детей с ЗПР (особенно в первоначальный период обучения) необходима система четких требований к выполняемой работе.

Вопросы для повторения

1. Что понимается под термином «задержка развития»?
2. Когда в России начались исследования школьной неуспеваемости?
3. Назовите фамилии ученых, которые внесли наибольший вклад в исследование детей с задержкой психического развития.
4. Назовите основные клинические варианты задержки в развитии организма (инфантилизма).
5. Раскройте сущность понятия «инфантилизм».
6. Назовите три вида задержки психического развития у детей, описанных К. С. Лебединской совместно с группой ученых.
7. Чем отличается задержка психического развития от умственной отсталости?
8. Охарактеризуйте особенности развития познавательных процессов у детей с задержкой психического развития.

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	В какой период в России начались исследования школьной неуспешности?	А) 60-е г.г. XX века Б) 70-е г.г. XX века В) 80-е г.г. XX века
2	Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма - это	А) адаптационный период Б) опережение в развитии В) задержка в развитии
3	Кто из ученых давал следующее определение задержки психического развития: «речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности»	А) К. С. Лебединская Б) В. В. Лебединский В) Т. А. Власова Г) М. С. Певзнер

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
4	Кто из ученых в 1966 г. описал ряд клинических вариантов задержки в развитии организма (инфантилизма), положенный в основу клинической систематики задержки психического развития?	А) К. С. Лебединская Б) В. В. Лебединский В) Т. А. Власова Г) М. С. Певзнер
5	Как расшифровывается аббревиатура ЗПР?	А) задержка полного развития Б) задержка психического развития В) задержка перинатального развития
6	Какие виды ЗПР входят в клиническую систематику задержки психического развития, разработанную К.С. Лебединской?	А) конституционального происхождения; Б) соматогенного происхождения; В) психогенного происхождения; Г) церебрально-органического происхождения. Д) верны все варианты
7	Какой вид ЗПР по Лебединской представлен в описании: гармонический инфантилизм, при котором эмоционально-волевая сфера ребенка напоминает развитие ребенка более младшего возраста; трудности, которые испытывают эти дети к моменту поступления в школу, связаны с недостаточным развитием эмоционально-волевой сферы; при выполнении учебных заданий наблюдается быстрая утомляемость и интеллектуальная пассивность; не приучены к систематической мыслительной деятельности, поэтому крайне поверхностно усваивают учебный материал; очень активны в игровой деятельности, которая в какой-то мере компенсирует их неудачи в учебе.	А) конституционального происхождения; Б) соматогенного происхождения; В) психогенного происхождения; Г) церебрально-органического происхождения.
8	Какой вид ЗПР по Лебединской представлен в описании: ЗПР обусловлена соматической недостаточностью (длительными простудными заболеваниями, инфекционными болезнями, аллергическими реакциями, врожденными и приобретенными пороками развития).	А) конституционального происхождения; Б) соматогенного происхождения; В) психогенного происхождения; Г) церебрально-органического происхождения.
9	Какой вид ЗПР по Лебединской представлен в описании: связана с неблагоприятными условиями воспитания в семье – гипоопекой или гиперопекой.	А) конституционального происхождения; Б) соматогенного происхождения; В) психогенного происхождения; Г) церебрально-органического происхождения.
10	Какой вид ЗПР по Лебединской представлен в описании: преобладание игровых интересов над учебными, внушаемость, а также отсутствие критики в свой адрес; эмоционально-волевая	А) конституционального происхождения; Б) соматогенного

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
	сфера характеризуется отсутствием живости и яркости, а игровая деятельность – однообразием, отсутствием творчества и воображения.	происхождения; В) психогенного происхождения; Г) церебрально-органического происхождения.

Ключ к тесту:

1-а; 2-в; 3-б; 4-в, г; 5-б; 6-д; 7-а; 8-б; 9-в; 10-г.

2.5. Социально-педагогическая работа с детьми с умственной отсталостью

В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и пр. Однако ведущая роль в структуре общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательной деятельности. Типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость.

В Международной классификации болезней (МКБ) дается следующее определение умственной отсталости: «*Умственная отсталость* – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей». Как особая форма психического недоразвития умственная отсталость может возникнуть у ребенка вследствие различных причин. По этиологии их можно условно разделить на *две основные группы: эндогенную*, обусловленную как правило, генетическими факторами, и *экзогенную*, обусловленную внешними факторами (инфекции, отравления, травмы и пр.), - возникшие на различных этапах развития ребенка.

Психопатологическим стержнем психического недоразвития в данном случае является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений.

Однако для квалифицированной диагностики недостаточно ориентироваться только на признаки интеллектуального недоразвития, наблюдаемые у ребенка с рождения или несколько позже (до 2–3 лет). Классификация дизонтогенетических расстройств по рекомендациям Все-

мирной организации здравоохранения (ВОЗ) предусматривает *четыре основных направления (оси) диагностики*. *Первое направление* – это характеристика клинического синдрома. *Второе* – по определению интеллектуального уровня от легкой до глубокой отсталости. *Третье* – учитывает биологические факторы дизонтогенеза, т. е. этиологический диагноз. *Четвертое* – характеристика сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение семейных взаимоотношений, стиль семейного воспитания, социальная и психическая депривация и пр.).

Как отмечают клиницисты, общее психическое недоразвитие при умственной отсталости часто сочетается с неспецифическими нарушениями. Это могут быть нарушения черепно-мозговой иннервации, нарушение мышечного тонуса. В соматическом статусе у большинства детей, особенно с тяжелой формой умственной отсталости, нередко наблюдаются различные аномалии развития и дисплазии – деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, зубов, укорочение фаланг пальцев, заячья губа. При умственной отсталости, связанной с нарушениями эмбрионального развития, часто наблюдаются пороки развития внутренних органов: сердца, легких, мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, а в некоторых случаях, системные нарушения, например, костной системы, кожи и пр.

Степень слабоумия при психическом недоразвитии традиционно подразделяется по выраженности интеллектуального и личностного дефекта. По МКБ 10-го пересмотра ВОЗ выделяются следующие *степени умственной отсталости*:

F70 Легкая умственная отсталость.

Легкая умственная отсталость, которая характеризуется умеренной отсталостью, но способностью использовать речь в повседневных целях. Лица с легкой умственной отсталостью способны себя обслуживать (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря). Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, особенно при усвоении чтения и письма. Они способны к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. «В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяже-

лой степенью умственной отсталости». Уровень интеллекта у лиц, с легкой степенью умственной отсталости находится в диапазоне 50–69.

F71 Умеренная умственная отсталость.

У лиц этой категории, несмотря на замедленное развитие и понимание речи, отмечается задержка в ее развитии. Отстает и развитие моторики и навыков самообслуживания. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Некоторые из лиц с умеренной умственной отсталостью нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди, в общем, полностью мобильны и физически активны, большинство из них обнаруживают признаки социального развития. Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49. У одних лиц с умеренной умственной отсталостью наблюдается высокий уровень оценок по тестам на зрительно-пространственные функции и низкие оценки по речевым тестам, у других – наоборот. То есть одни пациенты могут принимать участие в простых беседах, а другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не используют речь, хотя и могут понимать простые инструкции.

F72 Тяжелая умственная отсталость.

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. У большинства больных наблюдаются двигательные нарушения или другие сопутствующие дефекты. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.

F73 Глубокая умственная отсталость.

У больных этой рубрики коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые примитивные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях, и нуждаются в постоянной

помощи и надзоре, они не могут принимать участие в домашних и практических делах.

F78 Другая умственная отсталость.

Эта категория должна использоваться только в тех случаях, когда оценка степени интеллектуального снижения посредством обычных процедур затруднена или невозможна из-за сопутствующих сенсорных или соматических нарушений, например, слепоты, глухонемоты и при тяжелых поведенческих расстройствах или соматической инвалидизации.

F 79 Неуточненная умственная отсталость.

Неуточненная умственная отсталость устанавливается в тех случаях, когда нет достаточной информации по отнесению больного к одной из вышеназванных категорий.

Многообразие форм проявлений умственной отсталости чрезвычайно велико. Возрастная динамика психического развития с психическим недоразвитием отличается крайней замедленностью развития высших психических функций.

Психическое недоразвитие при умственной отсталости носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, интеллектуальную, эмоциональную, личностную, что является определяющей характеристикой умственной отсталости. Тотальность недоразвития психики является определяющей характеристикой умственной отсталости. В структуре психического дефекта у детей с умственной отсталостью имеют место недостаточность в развитии эмоций, памяти и других психических функций, которые, как правило, проявляются меньше, чем недоразвитие мышления. Например, особенностью восприятия у детей с умственной отсталостью является недоразвитие анализа и синтеза воспринимаемых сигналов.

При психическом недоразвитии отмечаются своеобразные особенности развития внимания и памяти. Пассивное внимание у детей с психическим недоразвитием более сохранно, чем активное. Патогенное влияние на формирование активного внимания у детей с психическим недоразвитием оказывают: недостаточная познавательная активность; слабость ориентировочной реакции.

Это обусловлено неполноценностью коры головного мозга у детей с психическим недоразвитием. Слабость мыслительной деятельности, мешающая детям с психическим недоразвитием выделить существенное в запоминаемом материале, связать между собой отдельные его элементы

и отбросить случайные побочные ассоциации, резко снижает качество их памяти. Кроме того, при умственной отсталости отмечаются такие особенности памяти, как замедленный темп усвоения нового, непрочность сохранения и воспроизведения информации.

В многочисленных исследованиях психологов и дефектологов показано, что при относительной сохранности элементарных эмоций у детей с психическим недоразвитием наблюдается выраженное недоразвитие более сложных эмоциональных проявлений, формирование которых тесно связано с интеллектуальным развитием.

Типичной моделью психического недоразвития является *олигофрения*. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь – лобных и теменных отделов.

По этиологии ее можно разделить на две основные группы – эндогенную (генетическую) и экзогенную.

В настоящее время описано более 200 видов хромосомных aberrаций, обуславливающих олигофрению. Как известно, наиболее часто из них встречается болезнь Дауна (трисомия по 21-й паре хромосом), частота которой составляет 1:700 новорожденных. Среди аномалий половых хромосом: синдром Шерешевского-Тёрнера.

В специальной психологии проблема умственной отсталости рассматривается с медицинской точки зрения, подразумевающей, что умственная отсталость – это собирательное понятие, характеризующее состояние и особенности развития разнородных в клиническом отношении групп детей. Общим для них является наличие необратимого выраженного недоразвития познавательной деятельности, возникшего на основе раннего органического поражения центральной нервной системы. Наряду с интеллектуальным недоразвитием у умственно отсталых детей нередко отмечаются отклонения в эмоционально-волевой сфере и поведении, нарушенное психическое развитие может сочетаться с дефектами в физическом развитии.

Умственно отсталые дети – разнородная по своему составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно (в период развития эмбриона и плода), во время родов или после родов в период до трех лет, т.е. до становления речи. Поражение может быть результатом воспалительного заболевания (энцефалитов и менингоэнце-

фалитов), интоксикации (эндокринной, обменной и др.), ушибов головного мозга (родовых и бытовых травм), а также унаследованных генетических аномалий.

В ходе изучения таких детей установлено, что их развитие подчиняется основным закономерностям психического развития детей в норме. В то же время отмечается наличие специфических закономерностей развития психики, обусловленных органическим поражением головного мозга: замедленный темп развития, опережение физического развития, более позднее становление высших психических функций.

Своеобразие, атипичность психического развития умственно отсталых детей не исключает наличия у них определенных потенциальных возможностей. Для психологов и педагогов, работающих с детьми, имеющими нарушения интеллекта, важно правильное понимание проблемы умственной отсталости, так как ошибки могут привести к упрощенному, негативному подходу к воспитанию умственно отсталых детей, когда умственно отсталый ребенок рассматривается исключительно с отрицательной стороны, без учета компенсаторных возможностей и перспектив развития его личности.

Среди теорий, основанных на ошибочном представлении сущности умственной отсталости, наиболее известными являются такие, как теория «потолка» и концепция остановки в развитии, которые утверждают, что умственно отсталый ребенок может развиваться до определенного предела, который достигается в период полового созревания, а затем такой ребенок останавливается в развитии. Их склонность к антисоциальному поведению якобы заложена в самой природе умственной отсталости. Подобные теории полностью игнорировали роль коррекционно-развивающего обучения в развитии умственно отсталых детей.

У умственно отсталых детей в дошкольном возрасте наблюдается крайне низкий уровень сформированности готовности к школьному обучению, недоразвитие познавательных интересов. Среди важных условий формирования у таких школьников интереса к обучению специалисты называют опору на жизненный опыт ребенка, занимательные по форме задания и создание ситуаций успеха. Для успешного овладения умственно отсталыми детьми учебной деятельностью необходим индивидуальный подход, который осуществляется в коррекционно-образовательных учреждениях.

Трудовая деятельность имеет огромное значение в плане коррекции недостатков психики, свойственных умственно отсталым школьникам. Обучение труду и профессиональная подготовка учащихся специальной школы направлена на устранение нарушений познавательной деятельности, развитие личности и социальную адаптацию в целом.

Таким образом, особенности познавательной деятельности умственно отсталых детей приводят к недоразвитию личности и деятельности, которые особенно усугубляются под влиянием негативной социальной ситуации. В условиях же положительного отношения к ребенку, коррекционно-развивающего обучения в специальной школе появляются позитивные тенденции к компенсации дефекта.

Вопрос о различных возможностях развития умственно отсталых детей является очень важным. Одно из главных положений отечественной олигофренопсихологии – это утверждение о том, что дети-олигофрены способны развиваться. У таких детей возможно возникновение новых, более сложных психических образований.

На развитие ребенка оказывают влияние как биологические, так и социальные факторы. Ведущие развивающие факторы – это обучение и воспитание. Развитие отдельных психических функций проходит одни и те же этапы, как в норме, так и при аномалии. Становление мышления проходит поэтапно от наглядно-действенного к словесно-логическому. Отличие же этих этапов заключается во времени формирования новообразований и качестве психической функции. Для развития умственно отсталых детей характерно значительное замедление по сравнению с нормой.

Закономерностью психического развития детей со специальными потребностями является трудность их адаптации в социуме, затруднено взаимодействие с социальной средой. Они могут нести ответственность за свои поступки, овладевают профессиями, требующими средней квалификации (плотник, столяр, швея и т. д.), имеют право быть владельцами комнат, домов, квартир и т. д.

Специальные образовательные потребности этой категории детей проявляются в специально организованных условиях обучения, которые включают в себя особое содержание и методы обучения, технические средства, медицинское, социальное сопровождение. Образовательные потребности реализуются в специальных образовательных учреждениях, которые созданы для обучения лиц, имеющих специальные образовательные потребности.

В процессе коррекционного обучения и воспитания у умственно отсталых учащихся наблюдается положительная динамика в развитии всех сторон психики. В некоторых случаях возникают сомнения в их вменяемости, дееспособности и трудоспособности. Если возникают сомнения по этому поводу, юноша или девушка, окончившие вспомогательную школу, подлежат обследованию, проводимому психиатрами. Во время проведения психиатрической экспертизы решается вопрос о вменяемости, трудоспособности и дееспособности обследуемого. Прогноз для их жизни чаще всего благоприятный. Они доживают до 67–70 лет, как и люди с сохранным интеллектом. Прогноз для выздоровления – неблагоприятный, поскольку интеллектуальный дефект сохраняется на всю жизнь.

Рекомендации для педагогов, работающих с детьми
с интеллектуальной недостаточностью

Осуществление повторности при обучении на всех этапах и звеньях занятия. Максимальная опора на практическую деятельность и опыт ученика, с опорой на более развитые способности ребенка. Осуществление дифференцированного руководства учебной деятельностью, предусматривающего проектирование, направление и регулирование, а вместе с тем и исправление действий членением целостной деятельности на отдельные части, операции и др.

Важное коррекционное значение состоит в выявлении и учете нереализованных познавательных возможностей. Из-за неравномерной деятельности на уроке огромное значение для педагога имеет знание фаз работоспособности. У умственно отсталого ребенка слишком растянута фаза пониженной работоспособности, а фаза повышенной сильно сокращена. Фаза вторичного снижения работоспособности наступает преждевременно.

Наиболее доступно наблюдение натуральных предметов или явлений. При наблюдении восприятием умственно отсталых детей нужно управлять: сравнивать один объект с другим, знакомиться с ним, разбивать задачу наблюдения на части. Наблюдение используется для перевода познания с уровня представлений на уровень понятий.

Основной источник познания – деятельность. Практические методы как вид деятельности умственно отсталых детей используется на всех этапах обучения. Это заключается и в выполнении рисунков, схем, диаграмм, обведение контуров материков и т.д.

Вопросы для повторения

1. Что такое интеллектуальная недостаточность?

2. Как вы понимаете термин «умственная отсталость»?
3. Что такое олигофрения?
4. Что может быть причиной умственной отсталости?
5. Как диагностируют умственную отсталость?
6. Назовите степени умственной отсталости.
7. Дети с какими диагнозами могут входить в группу умственно отсталых?
8. Опишите особенности психического развития детей с умственной отсталостью.
9. Какова роль коррекционно-развивающего обучения в развитии умственно отсталых детей?
10. Способны ли к развитию дети с олигофренией?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	Это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей	А) умственная отсталость Б) задержка психического развития В) задержка речевого развития
2	Какие причины умственной отсталости выделяют?	А) эндогенные Б) экзогенные В) верны оба варианта
3	По МКБ 10-го пересмотра ВОЗ выделяются следующие степени умственной отсталости:	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость Ж) верны все варианты
4	О какой степени умственной отсталости идет речь: устанавливается в тех случаях, когда нет достаточной информации по отнесению больного к одной категории?	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
5	О какой степени умственной отсталости идет речь: устанавливается в случаях, когда оценка степени интеллектуального снижения посредством обычных процедур затруднена или невозможна из-за сопутствующих сенсорных или соматических нарушений	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
6	О какой степени умственной отсталости идет речь: уровень интеллекта у лиц, с данной степенью умственной отсталости находится в диапазоне 50-69	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
		Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
7	О какой степени умственной отсталости идет речь: коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
8	О какой степени умственной отсталости идет речь: коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49.	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
9	О какой степени умственной отсталости идет речь: коэффициент умственного развития ниже 20	А) Легкая умственная отсталость Б) Умеренная умственная отсталость В) Тяжелая умственная отсталость Г) Глубокая умственная отсталость Д) Другая умственная отсталость Е) Неуточненная умственная отсталость
10	Каков прогноз развития детей с умственной отсталостью?	А) развитие невозможно Б) развитие возможно вплоть до снятия диагноза В) развитие возможно, но без снятия диагноза

Ключ к тесту:

1-а; 2-в; 3-е; 4-е; 5-д; 6-а; 7-в; 8-б; 9-г; 10-в.

2.6. Социально-педагогическая работа с детьми с расстройством аутистического спектра

Аутизм, как диагноз, может быть поставлен ребенку лишь в среднем школьном возрасте. До этого момента у ребенка может быть диагностирован только ранний детский аутизм (далее РДА), который, как правило, проявляется в возрасте до 3 лет.

Крайне важно провести разделительную черту между понятиями «расстройство аутистического спектра» (далее РАС) и «ранний детский аутизм». Важно это потому, что отсутствие четкой дифференциации между РАС и РДА приводит к тому, что многим детям не удается оказать результативную помощь. Так как от правильной постановки диагноза зависит маршрут лечения и коррекции ребенка.

На первый взгляд симптоматика РАС очень напоминает тот ряд признаков, который присущ РДА. Но, как правило, РАС проявляется одной-

двумя, так называемыми, аутоподобными чертами – те же проблемы взаимодействия с окружающим миром, замкнутость, определенная социальная дезадаптация, нежелание играть со сверстниками, нежелание общаться со взрослыми, беспричинный страх, произвольные или непроизвольные крики, эмоциональная возбудимость. Это также может быть набор определенных стереотипных действий и повторяющихся движений. И, тем не менее, при всей внешней схожести симптомов, РАС и РДА – не одно и то же.

Попытки найти определение, что же такое на самом деле «расстройство аутистического спектра», скорее, сведутся к описанию все тех же внешних признаков, нежели к конкретной формулировке. РАС расплывчато определяют как общее расстройство развития. Это связано с тем, что РАС не является самостоятельным заболеванием как таковым. На самом деле это психолого-педагогическая классификация особенностей эмоциональной сферы ребенка. РАС всегда является последствием неврологического нарушения центральной нервной системы ребенка. Как самостоятельное проявление, без неврологической причины, РАС существовать не может.

По определению, *ранний детский аутизм (РДА)* – это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет и характеризуется аномальным функционированием во всех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительная интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности.

Аутизм проявляется в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональности и выразительности голо-

са для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Это состояние характеризуется также ограниченным, повторяющимся и стереотипным поведением, интересами и активностью и проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким, как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких, как украшения или меблировка дома).

Помимо названных выше специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как фобии (страхи), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения.

Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, поведения и интересов.

При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

Отдельные случаи аутистических состояний описывались давно. В работах советских авторов 20–30-х годов (Г. Е. Сухарева, 1925; Н. И. Озерский, 1938; М. С. Певзнер, 1941) содержатся не только клинические описания таких детей, но и рассматривается вопрос о нозологической и этиологической принадлежности этих состояний. После опубликования Л. Каннером (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко возрос. Он отмечал, что интеллектуальная недостаточность

не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушения целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, пресыщаемость.

О. С. Никольской (1985–1987) выделены четыре основные группы РДА. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма. У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II – ее отвержения, III – ее замещения и IV – сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

*Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны (*мутизм – отказ от речи*). Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания. Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.*

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (само-

раздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения – манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная связь с матерью, ежеминутное присутствие которой – непреложное условие их существования.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

Дети III группы с аутистическими замещениями окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог. Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются свертормозимостью. У них не менее глубок аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане – неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не

гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от нее.

Для всех детей с РДА характерна болезненная гиперстезия (повышенная чувствительность) к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок, как в скорлупу, «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей.

Наблюдаемая парадоксальность поведения ребенка в определенной мере обусловлена аффективной аутостимуляцией: на фоне постоянного ощущения сенсорного дискомфорта дети стремятся к получению определенных активирующих впечатлений (тяга к огню, воде, раскачиванию, прыжкам и т.д.). Можно предположить, что эта аффективная аутостимуляция носит компенсаторный характер и направлена не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций, имеющих наиболее слабую тоническую основу. Усиление эмоциональной положительной доминанты является настолько витально (жизненно) важным для ребенка, что он идет на нередко сопутствующие этому неприятные ощущения, пытаясь регулировать состояния сенсорного дискомфорта (раскачиваясь на скрипящих качелях, затыкает уши, на время закрывает глаза и т.д.). Отрицательная эмоциональная доминанта является причиной того, что эти дети и мир в целом воспринимают как набор отрицательных аффективных признаков. Это обуславливает состояния диффузной тревоги и многочисленных страхов.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые пред-

меты, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Выясняются и более сложные формы страхов: смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего в связи с ощущением своей несостоятельности. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

Наиболее же характерным является аутическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто – отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать, которые часто безуспешны. И в возрасте 8–10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т.д.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм (отказ от речи), в других – аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии (повторение слов, фраз) при ответах на вопросы. Характерно отсутствие употребления личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные

слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты.

При потенциально сохранном интеллекте, а иногда и рано выявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической) эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом от даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает нецеленаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, могут быть отнесены следующие: дефицит психической активности; тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы; нарушения сенсорики; нарушения двигательной сферы; нарушения речи.

В дошкольном возрасте наиболее яркой моделью деятельности, в которой проявляются особенности интеллектуального развития, является игровая. Исследования игрового поведения детей с РДА показали, что в отличие от здоровых детей, которые перед началом игры проводили активную ориентировку в игрушках, исследовали их функции, предпочитали игрушки специализированные, дающие возможность производить более сложные предметные действия, аутичные дети были малоактивны как в ориентировке среди игрушек, так и в их использовании. Они предпочитали неспециализированные игрушки (яркие кубики, бусы и т.д.), а из специализированных – наиболее простые, не предполагающие сложных предметных действий. Неспециализированные игрушки и в их спонтанной игре оказывались аффективно значимыми. Часто в качестве игрушек использовались бытовые предметы: водопроводные краны, бумажки, тряпочки и т.д. Обращало внимание тяготение к неоформленным материалам

(песку, воде), интерес к простым физическим эффектам, получаемым при действиях с предметами (скрип дверей, шум воды, шуршание бумаги, «зайчик» от зеркала и т.д.).

Сложным является вопрос о развитии у детей, страдающих аутизмом, самосознания. В тяжелых случаях страдает генетически наиболее ранний уровень самосознания – представление о своем физическом «я». В опытах Е. Е. Обуховой (1972) детям, стоящим перед зеркалом, предлагалось на себе показывать отдельные части тела (глаза, нос, ухо и т.д.). Здоровые дети к трем годам задание выполняли правильно. Дети с РДА отождествляли себя с изображением в зеркале, но при этом одни части тела показывали на себе, другие в зеркале. Наблюдалось рассогласование между отдельными сторонами физического «я»: формированием образа тела и локализацией его в пространстве.

Таким образом, патологические особенности психического развития выступают при аутизме не только в виде отдельных нарушений психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, дефектности регуляторных систем, но и как связанная с этими нарушениями и затруднениями социальной адаптации асинхрония развития в целом, искажение нормального взаимодействия формирующихся психических функций.

Рекомендации для педагогов, работающих с детьми с аутизмом (РДА)

Успех социальной адаптации аутичного ребенка связан с возможностью координации действий родителей, врача, психолога и педагога. Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка. Психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях – в особой роли партнера по обучению. В этой роли психолог демонстрирует ребенку наглядные формы правильного поведения. В случае интеллектуальных трудностей ребенка для поддержания его уверенности в себе психолог может выступить и в роли соученика, «не понимающего задания». В этих случаях ребенок охотно начинает объяснять психологу решение задачи, тем самым уясняя суть вопроса и себе. Происходит как эмоциональная, так и интеллектуальная активация ребенка. Психолог, в свою очередь, использует достижения педагога для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

Установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями является необходимым условием психолого-педагогической коррекции. Во-

первых, это психотерапия родителей, большей частью находящихся в хронически угнетенном настроении в связи с психической неполноценностью ребенка. Во-вторых, психолог, обсуждая трудности поведения ребенка, может подсказать родителям, как избежать конфликтов.

В связи с легкой возбудимостью ребенка, хаотичностью его деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий. Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где должно быть мягкое освещение, ковер на полу и не должно быть острых и тяжелых предметов. Необходима строгая организация режима в группе. Обязательным является идентичность обстановки занятий и постоянство состава группы, так как аутичные дети трудно приспособляются к новой обстановке и новым людям.

Большое значение имеет организация среды, в которой «включение» аутичного ребенка будет максимальным, создание положительного эмоционального контакта с учителем и учащимися, учет личностных особенностей ребенка, аутичному ребенку необходима помощь в организации себя во времени.

При работе место для занятий должно быть организовано так, чтобы ничто не отвлекало ребенка. Поэтому целесообразно, чтобы педагог и ребенок, садясь за учебный стол, оказывались лицом к стене, а не к комнате, заполненной игрушками и пособиями, и не к двери, которую кто-то может приоткрыть и этим помешать занятию. На самом столе должно находиться только то, что понадобится для выполнения одного задания для проведения одного конкретного занятия.

Дети с РДА должны получить помощь в осознании того, что они любят и не любят, к чему привыкли, что им хочется изменить, что такое хорошо и что такое плохо, чего от них ждут другие люди, где границы их возможностей. Все это они могут усвоить, только подробно проживая, сопереживая все возникающие жизненные ситуации вместе с близкими взрослыми – родителями, педагогами.

Вопросы для повторения

1. Раскройте сущность понятия «ранний детский аутизм».
2. Охарактеризуйте основные признаки раннего детского аутизма.
3. Какой уровень умственного развития может быть при аутизме?
4. Каковы особенности речевого развития при раннем детском аутизме?

5. Чем отличается развитие самосознания у детей с ранним детским аутизмом?

6. Назовите ученых, исследовавших проблему раннего детского аутизма.

7. Почему у детей с ранним детским аутизмом в младенческом возрасте часто подозревают глухоту или слепоту?

8. Дайте краткую характеристику четырех групп детей с ранним детским аутизмом по О.С. Никольской.

9. У детей какого пола, по статистическим данным, чаще встречается ранний детский аутизм?

Тест для контроля знаний по текущей теме

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
1	Это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет и характеризуется аномальным функционированием во всех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.	А) ранний детский аутизм Б) умственная отсталость В) задержка психического развития
2	У детей какого пола чаще встречается ранний детский аутизм?	А) мальчики Б) девочки В) независимо от пола
3	Какие уровни умственного развития могут быть при аутизме?	А) умственная отсталость Б) задержка психического развития В) любой уровень умственного развития
4	В какой период в России проводились первые исследования аутистических состояний?	А) 20-30-е г.г. XX в. Б) 40-50-е г.г. XX в. В) 60-70-е г.г. XX в.
5	После опубликования каким ученым (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко возрос?	А) Г. Е. Сухарева Б) Л. Каннер В) О. С. Никольская
6	Кто из ученых выделил четыре основных группы раннего детского аутизма?	А) Г. Е. Сухарева Б) Л. Каннер В) О. С. Никольская
7	Мутизм - это	А) подверженность мутациям Б) отказ от речи В) вид аутизма
8	О какой группе РДА по О. С. Никольской идет речь в описании: свертормозимость ребенка окружающей его средой.	А) I группа Б) II группа В) III группа Г) IV группа
9	О какой группе РДА по О. С. Никольской идет речь в описании: у детей отрешенность от внешней среды.	А) I группа Б) II группа В) III группа Г) IV группа
10	О какой группе РДА по О. С. Никольской идет речь в описании: у	А) I группа

№ п/п	Вопрос	Варианты ответа
	детей отвержение окружающей среды.	Б) II группа В) III группа Г) IV группа

Ключ к тесту:

1-а; 2-а; 3-в; 4-а; 5-б; 6-в; 7-б; 8-г; 9-а; 10-б.

РАЗДЕЛ II. ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Планы семинарских занятий

Тема 1. Понятие, виды и классификация инвалидности (ВОЗ).

Врачебно-трудовая экспертиза трудоспособности инвалидов. Группы инвалидности по ВТЭК. Понятие социальной защиты инвалидов. Понятие инвалидности и инвалида. Врожденная и приобретенная инвалидность. Категории инвалидов. Классификация инвалидности по Всемирной организации здравоохранения. Критерии и степени снижения работоспособности. Функции медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) Категории населения, принимаемые на освидетельствование на МСЭК. Группы инвалидности без срока переосвидетельствования на МСЭК. Группы инвалидности по МСЭК. Изменение причины инвалидности. Сроки переосвидетельствования на МСЭК. История изменения отношения общества к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Тема 2. Психолого-педагогические особенности детей-инвалидов и лиц с ОВЗ: с нарушениями слуха; с нарушениями зрения; с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; с задержкой психического развития; с интеллектуальной недостаточностью; с аутизмом.

Тема 3. Реабилитационные технологии.

Понятие реабилитации инвалидов, цели и задачи. Государственная служба реабилитации инвалидов. Социальные аспекты реабилитации инвалидов: социальное обслуживание инвалидов, обеспечение транспортными средствами, социально-бытовое обеспечение жильем и жилищно-бытовые льготы. Методика социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Тема 4. Общие положения социальной защиты инвалидов.

Медико-социальная реабилитация инвалидов как основа их социальной защиты: пенсия, пособия, медицинское обслуживание, протезирование, содержание в государственных учреждениях.

Тема 5. Правовые аспекты положения инвалидов.

Нормативные акты, регулирующие права инвалидов. Последовательная политика реабилитации инвалидов г. Страсбурга. Программа Канады о социальной защите инвалидов. Программа США в сфере социальной

защиты инвалидов. Законодательная ответственность государственных учреждений, работающих с инвалидами. Право инвалидов на создание общественных объединений. Льготы, предоставляемые общественным объединениям инвалидов. Социально-педагогическая защита прав детей с ОВЗ на образование, на получение квалифицированной медицинской помощи и др.

2. Тематика рефератов (докладов, эссе)

1. Роль социального педагога в создании безбарьерной среды.
2. Технологии сопровождения в работе социального педагога с детьми с ОВЗ.
3. Социально-педагогическая работа по защите прав детей с ОВЗ.
4. Подготовка педагогов к работе с детьми с ОВЗ.
5. Саморегуляция психического состояния педагога при работе с детьми с ОВЗ.
6. Коррекционная педагогика как область педагогического знания.
7. Олигофренопедагогика как отрасль знания.
8. Песочная терапия в коррекционной работе с детьми с ОВЗ.
9. Игровые технологии в работе с детьми с ОВЗ.
10. Анималотерапия в работе с детьми с ОВЗ.
11. Социально-педагогическое сопровождение родителей, имеющих детей с ОВЗ.
12. Социально-педагогические особенности семей с детьми с ОВЗ.
13. Медицинская и социальная модели инвалидности.
14. Независимый образ жизни инвалидов.
15. Влияние экономических, политических и других факторов на возникновение и развитие инвалидности.
16. Положительные и отрицательные стороны инклюзивного образования.
17. Особенности российского законодательства в отношении лиц с ОВЗ.
18. Проблемы неполных семей с детьми с ОВЗ.
19. Особенности международного законодательства в отношении лиц с ОВЗ.
20. Отношение общества к детям с ОВЗ в разные исторические периоды.

3. Нормативно-правовые основы социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

В своей работе с детьми с ОВЗ социальный педагог может руководствоваться положениями, содержащимися в следующих нормативно-правовых актах (перечень приведен из опыта работы социальных педагогов города Томска):

1. Трудовой Кодекс РФ [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения : 11.03.2018).

2. Жилищный кодекс РФ [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51057/ (дата обращения : 11.03.2018).

3. Закон РФ «О государственных пенсиях» [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34419/ (дата обращения : 11.03.2018).

4. Закон РФ от 24.11.95 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп. 2018 г.) [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения : 11.03.2018).

5. Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изм. и доп. от 4 сентября 2012 г.) [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/ (дата обращения : 11.03.2018).

6. Постановление правительства РФ от 25 марта 1993 № 245 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» [электронный ресурс]. – URL : <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=225292#04675000683102375> (дата обращения : 11.03.2018).

7. Постановление правительства РФ от 7 декабря 1996 № 1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа к информации и объектам социальной инфраструктуры» [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12627/ (дата обращения : 11.03.2018).

8. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/ (дата обращения : 11.03.2018).

9. Указ президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 02.10.1992 № 1156 [электронный ресурс]. – URL : <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=332106#029687624696448256> (дата обращения : 11.03.2018).

10. Указ Президента РФ от 02.10.92 г. N 1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» [электронный ресурс]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_13819/ (дата обращения : 11.03.2018).

11. Закон Томской области № 135-ОЗ «О социальном обслуживании населения в Томской области» [электронный ресурс]. – URL : <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docrefstortf&oid=174017339&rvrefs=1> (дата обращения : 11.03.2018).

12. Закон Томской области № 253-ОЗ «О социальной поддержке граждан, имеющих несовершеннолетних детей» [электронный ресурс]. – URL : <http://base.garant.ru/7828156/> (дата обращения : 11.03.2018).

Данный перечень не является исчерпывающим и может корректироваться и дополняться в зависимости от особенностей региональной социальной политики и специфики организации, в которой работает социальный педагог.

4. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Блинков, Ю. А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями (Серия «Учебники, учебные пособия») / Ю. А. Блинков. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002. – 320 с.
2. Зайцев, Д. В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России / Д. В. Зайцев. – Саратов : Научная книга, 2003. – 255 с.
3. Кюнк, Н. Декларация независимости инвалидов / Н. Кюнк // Социальная работа №1. – 2002. – С. 46.

4. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен, пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. – Москва : Теревинф, 2004. – 240 с.
5. Романов, П. В. Политика инвалидности : социальное гражданство инвалидов в современной России / П. В. Романов. – Саратов : Научная книга, 2006. – 258 с.
6. Специальная педагогика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др.; под ред. Н. М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – Москва : Академия, 2001. – 400 с.

Дополнительная литература:

1. Байгулова, Н. В. Педагогические результаты реализации проекта по развитию связной речи с помощью мнемотехники / Н. В. Байгулова, О. В. Чепурная // Мир науки, культуры, образования. – 2016. – № 3 (58). – С. 11–14.
2. Байгулова, Н. В. Тьютор как специалист по педагогическому сопровождению детей, имеющих ограниченные возможности здоровья / Н. В. Байгулова // Проблемы современного педагогического образования. Серия : Педагогика и психология. – Научный журнал. – Ялта : РИО ГПА, 2016. – Вып. 53. – Ч. 5. – С. 38–44.
3. Байгулова, Н. В. Реализация принципов социально-педагогической поддержки людей с особыми возможностями здоровья и образовательными потребностями / Н. В. Байгулова // Вестник Северо-осетинского государственного университета им. К. Л. Хетагурова, 2016. – № 2. – С. 89–94.
4. Байгулова, Н. В. Реализация приема визуализации «облачко» на уроках математики в начальной школе для детей с ОВЗ / Н. В. Байгулова, М. В. Масленникова // Проблемы современного педагогического образования. Серия : Педагогика и психология. – Научный журнал : – Ялта : РИО ГПА, 2018. – Вып. 59. – Ч. 2. – С. 210–214.
5. Завражин, С. А. Адаптация детей с ограниченными возможностями : учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений / С. А. Завражин. – Москва : Академический Проект : Трикста, 2005. – 400 с.

6. Зозуля, Т. В. Комплексная реабилитация инвалидов : учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина и др.; под ред. Т. В. Зозули. – Москва : Академия, 2005. – 304 с.
7. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов : учебное пособие / под ред. С. М. Безух и С. С. Лебедевой. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 112 с.
8. Сборник нормативных правовых документов в области паралимпийского спорта / автор-составитель А. В. Царик; под общей редакцией П. А. Рожкова; Паралимпийский комитет России. – Москва : Советский спорт, 2011. – 1040 с.
9. Смирнова, Е. Семья нетипичного ребенка / Е. Смирнова. – Саратов : Саратовский государственный технический университет, 1996. – 192 с.
10. Типовая учебно-тренировочная программа подготовки спортсменов-паралимпийцев в горнолыжном спорте / авт.-сост. Н. А. Сладкова, С. В. Полекаренко, Р. А. Толмачев; Паралимпийский комитет России. – Москва : Советский спорт, 2011. – 85 с.
11. Трофимова, Н. М. Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 304 с.
12. Функциональная классификация в паралимпийском спорте / автор-составитель Н. А. Сладкова; Паралимпийский комитет России. – Москва : Советский спорт, 2011. – 160 с.
13. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие для вузов по специальности «Социальная работа» / Е. И. Холостова. – Москва : Изд-во Дашков и К°, 2003. – 338 с.
14. Ярская-Смирнова, Е. Р. Инклюзивное образование детей-инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – №5. – 2003. – С. 100–106.
15. Ярская-Смирнова, Е. Р. Проблема доступности высшего образования для инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2005. – № 10. – С. 48–56.

5. Рекомендуемые интернет-источники

1. Первый российский интернет-портал для инвалидов [электронный ресурс]. – URL : <http://disability.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).
2. Сайт РООИ «Перспектива» [электронный ресурс]. – URL : <http://perspektiva-inva.ru> (дата обращения : 11.03.2018).

3. Журнал дефектология [электронный ресурс]. – (режим доступа – свободный), URL : <http://www.defectology.ru> (дата обращения : 11.03.2018).
4. Консультант Плюс – законодательство Российской Федерации [электронный ресурс]. – URL : <http://www.consultant.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).
5. Федеральный образовательный портал [электронный ресурс]. – URL : <http://www.ecsoman.edu.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).
6. Сайт Независимого института социальной политики [электронный ресурс]. – URL : <http://www.socpol.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).
7. Сайт Журнала исследований социальной политики [электронный ресурс]. – URL : <http://www.jsps.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).
8. Сайт Департамента социальной защиты населения Томской области [электронный ресурс]. – URL : <http://socialwork/tomsk.gov.ru/> (дата обращения : 11.03.2018).

6. Рекомендуемые к просмотру видеоматериалы³

1. «Джони, история жизни» / *Joni's Story*.

Год выхода: 1980.

Жанр: Художественный, биографический.

Режиссер: James F. Collier.

Описание сюжета: Картина снята по одноимённой книге Джони Эрексен. Писательница сыграла в фильме саму себя. Беда произошла с ней еще в детском лагере – она купалась в речке и повредила шейные и спинные позвонки, теперь она на всю жизнь прикована к коляске. Первое время Джони приходится очень тяжело, ведь ей необходимо принять тот факт, что всю жизнь она проведет в инвалидном кресле. Ей удается найти в себе силы и она становится талантливым художником. Помимо этого, она ведет волонтерскую работу и помогает окружающим её людям. Фильм о стойкости, смелости, силе, мужестве и борьбе простой женщины.

2. «Габь, правдивая история» / *Gaby, A True Story*.

Год выпуска: 1987.

Страна: США, Мексика.

Жанр: Драма.

³ Описание рекомендуемых к просмотру видеоматериалов взято с сайта Кинопоиск. URL: <https://www.kinopoisk.ru/>

Продолжительность: 110 мин.

Описание сюжета: Габи Бриммер в Мексике родилась с церебральным параличом. Ее родители – богатые переселенцы из Европы. Еще у Габи есть верная служанка, которая посвятила ей всю свою жизнь, и преданная подруга. И Габи ценит все эти подарки, которые дала ей судьба. Несмотря на тяжелейший диагноз, она пытается жить достойно и со смыслом. Она с отличием заканчивает школу и университет. Затем она отдается любви со всеми ее взлетами и падениями.

3. «Приходи как есть» / *Hasta la Vista.*

Год выпуска: 2011.

Страна: Бельгия.

Жанр: Драма, Комедия.

Продолжительность: 110 мин.

Описание сюжета: Три парня, как и большинство молодых людей, обожают красивую жизнь, переполнены мечтами и желаниями. Одно огромное отличие: один из них слеп, другой может передвигаться только при помощи коляски, а третий вообще парализован. Несмотря на эти, кажется, непреодолимые обстоятельства им тоже хочется приключений и человеческого тепла. В поисках этого они отправляются в Испанию. Фильм заявлен как комедия, но это путешествие скорее будет драмой. Можно смеяться сквозь слезы, можно плакать сквозь смех. Режиссер рассказывает нам об одиночестве и о том, на что способны люди, чтобы его, одиночество, преодолеть. Чаще всего эту картину сравнивают с такими нашумевшими фильмами, как «1+1» и «...А в душе я танцую»

4. «Окно во двор» / *Rear Window.*

Год выпуска: 1954.

Страна: США.

Жанр: Триллер.

Продолжительность: 112 мин.

Экранизация рассказа Корнелла Вулрича «Окно во двор».

Описание сюжета: Джефф – профессиональный фотограф, на протяжении всего фильма он прикован к инвалидному креслу и все свои дни проводит у окна – от нечего делать он наблюдает за жизнью соседей. Однажды Джефф приходит к выводу, что в одной из квартир напротив совершено убийство. Ему, конечно же, никто не верит, только убийца догадался о своем промахе....

5. «Желаю удачи» / *Good Luck*.

Страна: США.

Жанр: комедия, драма.

Год выпуска: 1996.

Продолжительность: 01:31:19.

Описание сюжета: Оул – знаменитый игрок в американский футбол, потерявший из-за травмы способность видеть. Окружающие отвернулись от него. В довершение неприятностей он попадает в тюрьму. Там судьба сводит его с афроамериканцем по имени Лемли – мечтателем, прикованным к коляске. Лемли помогает Оулу свыкнуться с внезапными изменениями в жизни. Колясочник вытаскивает слепого из тюрьмы и двое калек отправляются, ни много – ни мало, на соревнования по рафтингу: они сплавятся по горной реке на катамаране. Посмотрев эту картину, начинаешь понимать, что в жизни достижимо абсолютно ВСЕ: только надо иметь мечту, найти единомышленников и несмотря ни на что идти к своей цели.

6. «1+1» / *Intouchables*.

Жанр: драма, комедия, биография.

Страна: Франция.

Режиссеры: Оливье Накаш, Эрик Толедано.

Длительность: 112 мин.

Описание сюжета: Главный герой прикован к инвалидному креслу, пережил смерть собственной жены и не имеет родных детей. У него есть все основания, чтобы отчаяться, но его отменная сила воли и желание жить не позволяют. Однако он не готов начать новую жизнь, в чем ему и помог его новый друг и по совместительству сиделка Дрисс. Именно он и вдохновляет его на безумства и все те поступки, на которые сам главный герой никогда бы не решился. Щедрая доля хорошего юмора в удачной концентрации с глубокой смысловой нагрузкой и парой трогательных моментов и, конечно же, шикарные актеры. Все это делает фильм неповторимым. Это хороший фильм о том, что никогда в своей жизни нельзя отчаиваться в каких бы ситуациях вы не находились, о том, что никогда не стоит останавливаться на пол пути в попытках добиться своей любви и о настоящей крепкой дружбе. Фильм был основан на реальной истории бизнесмена и аристократа Филиппа Поццо ди Борго, которого парализовало после несчастного случая в 2003 году.

7. *Адам / Adam.*

Жанр: драма, мелодрама.

Страна: США.

Режиссер: Макс Майер.

Длительность: 95 мин.

Описание сюжета: Адам – человек, страдающий синдромом Аспергера, одной из форм аутизма; общению с людьми он предпочитает исследование любимого им космоса, несмотря на это Адам страстно желает найти родную душу, которая всегда могла бы понять или выслушать. Ситуация в корне меняется, когда его новой соседкой становится Бет... Это вполне мягкая история о человеке с синдромом Аспергера, который со скрипом пытается втиснуть себя в рамки этого мира после смерти отца, служившего для Адама связующей нитью между бескрайними просторами вселенной и нашим, не таким бескрайним, миром. Порой нам сложно мирится с какими-то трудностями и мы считаем, что наши проблемы – это просто конец света. Этот фильм доказывает то, что мы заблуждаемся. Адам – ничем не приметный молодой человек, но за милой внешностью и доброй улыбкой скрывается ужасная вещь, с которой невозможно справиться. И это не преувеличение. Его жизнь – лабиринт, в котором нет выхода и никогда не будет. Он потерял родных и предоставлен только себе. И вот когда он впервые доверился человеку, его в итоге бросили. Возможно, его судьбой было одиночество. Но если подумать, кто из нас сможет справиться с этой безнадежной пустотой, в которой прожил свою жизнь Адам Рэйли? Очень сложный и эмоционально непростой фильм оставляет большой след в памяти. И, хоть немного, но мир становится проще.

8. *Мать Дэвида / David's Mother.*

Жанр: драма.

Страна: США.

Режиссер: Робер Аллан Акерман.

Длительность: 90 мин.

Описание сюжета. Она пожертвовала прекрасной жизнью, чтобы быть прекрасной матерью. Фильм «David's Mother» экранизация пьесы Боба Рэндла. Дэвид – больной с детства, практически с самого рождения, мальчик. Мать Дэвида никуда ребенка не отпускала, как только обнаружили признаки его заболевания. И он не ходил в школу. Не ходил гулять со своими ровесниками. Не ходил по магазинам. Повсюду только вместе с мамой. Тяжело складывались семейные отношения. Она не смогла удер-

жать мужа, который ушел к другой женщине, но на самом деле готов был уйти куда угодно, лишь бы не видеть страдания собственного отпрыска. Мать Дэвида не смогла удержать в доме и родную дочь. И из всех родственников она продолжала общаться только лишь с сестрой, а та упорно пыталась наладить личную жизнь матери Дэвида. Вот так однажды состоялось знакомство, не очень заметно, но все-таки стареющей женщины с вдовцом, владельцем магазина обоев, который также не сильно жаждал ставить крест на своих взаимоотношениях с женщинами. Он страшно любил свою скончавшуюся супругу, однако это не помешало ему понять, что, если хочешь понравиться женщине, то сумей найти общий язык с ее детьми. И он не стал относиться к Дэвиду как к безнадежно больному ребенку...

9. «Умереть молодым» / *Dying Young*.

Жанр: драма, мелодрама.

Страна: США.

Режиссер: Джоэл Шумахер.

Длительность: 111 мин.

Описание сюжета: О'Нил бросает ее приятель, и она решает кардинально изменить свою жизнь. Хилари устраивается сиделкой к гениальному, но умирающему от лейкемии человеку. Теперь ее жизнь наполнена совершенно новыми эмоциями. Постепенно взаимная симпатия перерастает в пламенную страсть и глубокое чувство, но эта любовь обречена, ибо неизлечимая болезнь набирает силу... Но Хилари принимает решение бороться за жизнь больного до конца и верит, что ее можно победить. Фильм «Умереть молодым» настоящий, действительно поражает замечательной игрой актеров, сюжетом, впечатление производит сильное, да и остаётся оно надолго. Оказывается, не так уж много надо человеку, чтобы жить – кто-то ещё, кто любит его, но в то же время, получается, что много, ведь этот кто-то, по сути, огромное богатство. Герою очень повезло, что в сиделки ему попала именно такая девушка, другую он бы не полюбил.

10. «Эта жизнь для тебя» / *Die Zeit, die man Leben nennt*.

Жанр: драма.

Страны: Австрия, Германия.

Режиссер: Шэрон фон Витерсхайм.

Длительность: 90 мин.

Описание сюжета: Молодой пианист Лука, лауреат международного конкурса, в день своего триумфа попадает под машину и остается навсегда

прикованным к инвалидному креслу. Находясь в реабилитационной клинике, он знакомится с Родериком, своим сверстником. У Редерика тот же недуг и очень серьезные проблемы с сердцем. Заразившись жизнелюбием своего друга Лука возвращается к занятиям музыкой, а Родерик проводит последние дни не в клинике, а в доме, который специально для друзей выстроили родители Луки... Поражает современная культура Германии. У них получают такие произведения искусства, в которых удивительным образом в одной ленте могут гармонично сочетаться трагедия и радость, боль и любовь, смерть и счастье. Такие фильмы как «Эта жизнь для тебя», помогают укреплять веру в себя, ставить цели и добиваться их, даже когда судьба устраивает нам препятствия, порой в очень большом количестве! Идея этой картины заставляет задуматься над смыслом жизни, над тем, насколько, порой, бывают, ничтожны наши проблемы, в сравнении с тем, через что приходится пройти другим людям.

11. «Я – Сэм» / *Am Sam*.

Жанр: драма.

Страна: США.

Режиссер: Джесси Нельсон.

Длительность: 132 мин.

Описание сюжета: Фильм «Я – Сэм» драма, рассказывающая об умственно отсталом отце, борющемся за сохранение прав родителя. После того, как Сэма Доусона (Шон Пенн), страдающего аутизмом, его подруга оставляет с ребенком на руках, ему приходится в одиночку растить маленькую Люси (Дакота Фаннинг), названную в честь любимой песни «Битлз». Однако по достижении семилетнего возраста девочка начинает превосходить своего отца по интеллектуальным способностям. Поэтому чиновники решают, что Сэм больше не может осуществлять опеку над ребенком, и хотят отдать Люси другим родителям. Чтобы отстоять свои родительские права, Сэм обращается к известному адвокату Рите Уильямс (Мишель Пфайффер), которая также испытывает сильные проблемы в семейной жизни. В фильме приняли участие три человека с ограниченными возможностями, играя самих себя: Эндри Стэнли, Джо Розенберг и Брайан Бьялик. Они являются членами организации, именуемой L.A. GOAL (Лос-Анджелесская ЦЕЛЬ), которая работает с задерживающимися в развитии людьми.

12. «Человек дождя» / *Rain Man*.

Жанр: драма.

Страна: США.

Режиссер: Барри Левинсон.

Длительность: 133 мин.

Описание сюжета: Трогательная история об эгоистичном преуспевающем молодом человеке Чарли Бэббите (Том Круз), который неожиданно узнает, что его умерший отец-миллионер оставил наследство не ему, а его больному аутизмом брату Рэймонду (Дастин Хоффман), живущему в лечебнице для душевнобольных, о существовании которого Чарли и не догадывался. Самоуверенный и возмущенный Чарли решает увезти Рэймонда из лечебницы и не возвращать его, пока половина наследства не будет ему отдана. Реймонд обладает феноменальной памятью и способен производить в уме сложнейшие арифметические расчеты. Но одновременно с этим по умственному развитию Реймонд почти ребенок и живет в своем внутреннем мире, опирающемся на строгое расписание и привычки. Во время путешествия по стране Чарли и Рэймонд сближаются. Выясняется, что родители поместили Рэймонда в лечебницу много лет назад, после того как он облил Чарли кипятком. Сначала Рэймонд очень раздражает Чарли своим специфическим поведением и привычками, потом Чарли находит применение необычным способностям Рэймонда, и благодаря ему выпутывается из сложной финансовой ситуации. В конце путешествия между братьями неожиданно устанавливается искренняя дружба и привязанность. Однако после беседы с психиатрами Чарли соглашается на возвращение Рэймонда в клинику, где тому было бы спокойнее и безопаснее, и где Чарли мог бы навещать брата.

13. «Форест Гамп» / *Forrest Gump*.

Жанр: драма, мелодрама.

Страна: США.

Режиссер: Роберт Земекис.

Длительность: 142 мин.

Описание сюжета: Форрест Гамп (англ. Forrest Gump; Том Хэнкс) сидит на скамейке на площади в городе Саванна, штат Джорджия. Людям, которые время от времени садятся к нему на скамейку, он рассказывает историю своей жизни. Фильм «Форрест Гамп» очень глубокий, полон психологизма и невероятных эпизодов из реальной жизни. Поражает самоотверженность мамы Гампа, которой уделено в фильме немного внимания, но

по нескольким моментам можно сделать определенные выводы. Ее линия воспитания весьма достойна примера для современных мамочек, готовых, увы, во времена кризиса отдать своего ребенка в детский дом или отдавших его на воспитание чужим людям. Действие этого фильма, не имеющего аналогов по драматизму, происходит в южном штате Алабама. Патриархальный уклад, устои... Нелегко их преодолеть, знаете ли. Но Форресту это, кажется, удалось. Изгоев, страдающих от физических недостатков, в обществе хватает, но многие впадают в депрессию и не выходят из нее годами, живут без великой мечты и бесцельно, увы, тратят свои драгоценные минуты жизни. На самом деле – богат ты или беден, слаб или силен, – ценна каждая минута, приносящая свои плоды позднее.

14. «Внутри себя я танцую» / *Inside I'm Dancing*.

Жанр: драма, комедия, мелодрама.

Страны: Великобритания, Ирландия, Франция.

Режиссер: Дэмиен О'Доннелл.

Длительность: 98 мин.

Описание сюжета: Молодой парень Майкл, ему уже 24 года, но он ничего не видел в жизни, кроме клиники для инвалидов, куда он попал еще в детстве из-за перенесенного церебрального паралича. Его речи очень трудно понять, он не может передвигаться без коляски, но он личность, добрая и стремящаяся помочь нуждающемуся. Он умеет понимать, возможно, потому что сам Майкл нуждается в понимании и помощи. И вот его равномерную жизнь нарушает новый пациент клиники, Рори, который полностью прикован к инвалидной коляске из-за мышечной атрофии. Все что он может, это двигать двумя пальцами и говорить. Но, видя этого человека, искренне удивляешься его оптимизму, жизнелюбию и активности. Он яркая личность, индивидуальность, он бунтарь. Майкл и Рори абсолютно противоположные характеры, но их тянет друг к другу как плюс к минусу. Рори вносит в жизнь Майкла новую свежую струю жизни, а Майкл дает Рори духовное питание. Они не ждут жалости, да они нуждаются в понимании, но не в жалости, они хотят быть как все, жить как все. Майкл, увидев Рори, спросил: «Как там вне этих стен? Что там?», на что Рори ответил: «Вне этих стен не это». Их общее желание выйти из этой клиники. Иногда складывается впечатление, что мы их заключили в тюрьму. Рори гиперактивная личность, его страстное желание напиться и попасть в кутузку, влезть в потасовку, руководствуется желанием жить как все, почувствовать полноценную жизнь, взять от жизни больше.

15. «Босиком по мостовой» / *Barfuss*.

Жанр: драма, мелодрама, комедия.

Страна: Германия.

Режиссер: Тиль Швайгер.

Длительность: 110 мин.

Описание сюжета: Фильм рассказывает о прекрасной истории встречи двух миров. Обычный парень Ник, берет от жизни все, но в какой-то момент, находясь в поисках работы, его отправляют в больницу для душевнобольных на должность уборщика. Не уследив за одним из пациентов, его увольняют, но ранее он спасает милую девушку от самоубийства. С этого момента у них начинается общая история. Девушка, Лайла, не может прийти в себя после смерти матери, которая всю жизнь держала ее взаперти и у нее начинается приступы паники, когда к ней кто-то прикасается. Лайла убежала из больницы, и пошла вслед за Ником. На его попытки отправить девушку обратно, она сказала, что не сможет так больше жить и повеситься. Ник решает взять девушку с собой на свадьбу брата. По дороге они вместе переживают захватывающее путешествие и их миры, абсолютно разные, цепляются общими гранями и приходят к гармонии. Лайла наивна и её жизнь лишена всяких предрассудков, она открыта для всего нового хоть и принимает это с опаской. Девушка смело встречает опасности этого мира, так как доверчива. Лайла не скрывает своих чувств, мыслей, она думает необычно, не так как все «нормальные» люди, хотя позже сам Ник сделает вывод, что нормального в ней больше, чем в окружающих его людях, которые живут желаниями и, утратив совесть, потеряли все человеческое.

16. «Страна глухих».

Год выхода: 1998.

Страна: Россия, Франция.

Жанр: мелодрама.

Продолжительность: 01:54:18.

Режиссер: Валерий Тодоровский.

Описание сюжета: Криминальная мелодрама по мотивам повести Ренаты Литвиновой «Обладать и принадлежать». Рита, вынуждена скрываться: ее друг Алеша исчез, проиграв в рулетку чужие деньги – несколько тысяч долларов. Беглянку спасает и прячет у себя глухонемая танцовщица ночного клуба Яя, только что уволенная с работы. Она живет единственной мечтой – накопить денег и уехать подальше от этого страшного мира в

сказочную «страну глухих», где живут только глухие люди, и поэтому царит добро и справедливость. Тем временем Рита попадает в реальную страну глухих – сложный подпольный мир мафии глухонемых. Легко освоив язык знаков, девушка быстро приспосабливается к законам этого общества. Босс глухонемых по прозвищу Свинья решает использовать Риту как свои «уши».

17. «Каждый 88».

Год выхода: 2015.

Страна: Россия.

Продолжительность: 00:25:58.

Жанр: короткометражка, мелодрама, комедия.

Режиссер: Дарья Лебедева.

Сюжет фильма: Молодой советский солдат погибает на поле боя. Он хотел жить, но попал в другой мир, о котором не писали ни в одной книге. Все, чем он жил, все его ценности и воспоминания в прошлом. Ему остается только ждать билет в новую жизнь и надеяться, что он будет счастливым.

18. «Лед».

Дата выхода: 2018 г.

Жанр: мелодрама, драма.

Страна: Россия.

Режиссер: Олег Трофим.

Длительность: 113 мин.

Описание сюжета: С раннего детства мама приучала Надю к фигурному катанию. Попытка устроить девочку к знаменитому тренеру Ирине Сергеевне удалась не сразу. Случайная встреча с Ириной Сергеевной дала новый шанс отобраться в спортивный интернат. Здесь царили по-настоящему спартанские условия. Изначально тренер взяла Надю не из жалости и не из-за таланта, а по причине невероятного трудолюбия еще толком ничего не умеющей фигуристки. Все последующие годы прошли в работе на износ. На каждом смотре и на каждом прокате Лапшина показывала лучшие результаты. На взрослом уровне стало ясно: партнер явно не тянет. На местном чемпионате фигуристы занимают третье место. Если молодой человек считает такой поворот успехом, то девушка подавлена. Все ошибки совершает не она, и это видно судьям, и зрителям. Ирина Сергеевна договаривается о просмотре протеже в столице. Как раз сейчас чемпион Леонов ищет новую партнершу. Претенденток на вакантное место

много, Леонову же достаточно одного проката с Надей, чтобы сделать правильные выводы. Герои становятся партнерами и на льду, и в личной жизни. У Лапшиной все складывается, словно в сказке. В одно мгновение счастье рушится: падение на выступлении делает Надю инвалидом...

19. «Тайна Брайля».

Жанр: триллер, детектив, история.

Страны: Франция, Бельгия.

Режиссер: Оливье Гиньяр.

Год выхода: 2008.

Описание сюжета. Молодой девушке Авроре выпадает уникальный шанс найти «матрицу» – шрифт для слепых, созданный Луи Брайлем. Когда-то давно сам Брайль отдал матрицу на хранение предку Авроры, и теперь девушка считает своим долгом её отыскать. Ради этого она отказывается от операции по частичному возвращению зрения: только слепой может разгадать тайну матрицы.

20. «Класс коррекции»

Жанр: драма

Страна: Россия

Режиссер: Иван И. Твердовский

Длительность: 85 мин.

Описание сюжета. После многолетнего домашнего обучения девочка-колясочница Лена Чехова переводится в среднюю общеобразовательную школу, в класс коррекционного обучения, объединивший в себе детей с различными отклонениями. Там она не только встречает свою первую любовь, но и впервые в своей жизни сталкивается с жестокостью окружающего мира.

Вопросы для обсуждения фильмов после просмотра:

1. Какой назидательный смысл имеет данный фильм? (Чему он учит?)
2. Какой вид инвалидности (заболевание) показан в фильме? Дайте краткую характеристику этого заболевания.
3. Какие социально-педагогические проблемы показаны в данном фильме? Предложите свои варианты решения этих проблем.

7. Рекомендации по организации профессиональных проб

Профессиональная проба – педагогическая технология, в основе которой лежит алгоритм создания ситуации, максимально-приближенной к условиям реальной профессиональной деятельности социального педагога.

Пробы по данной дисциплине могут проводиться в учебных аудиториях педагогического ВУЗа, а также на базе организаций, которые в перспективе могут стать местом работы выпускников ВУЗа и / или партнерами в реализации содержания их будущей профессиональной деятельности.

Так, например, в городе Томске базами для профессиональных проб будущих социальных педагогов по направлению деятельности с детьми с ОВЗ могут выступать перечисленные ниже учреждения, осуществляющие комплексное сопровождение детей с ОВЗ (обучение, развитие, коррекция и реабилитация).

1. Группы комбинированной направленности в муниципальных детских садах:

1. МАДОУ детский сад № 1, ул. Киевская, 26 а, т. 26-45-60 (для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата).
2. МАДОУ детский сад № 54, Басандайский 2-ой пер., д. 8, т. 41-09-34 (для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, для детей с тяжелыми нарушениями речи).
3. МАДОУ детский сад № 6, ул. Транспортная, 5, т. 65-00-09 (для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата).
4. МАДОУ детский сад № 22, ул. Елизаровых, 37 т.54-28-41 (для детей с тяжелыми нарушениями речи).
5. МБДОУ детский сад № 30, ул. Любы Шевцовой, 3/1, т. 67-49-29 (для детей с задержкой психического развития).
6. МАДОУ детский сад № 13, ул. Мюнниха, 15, т.:62-82-81 (для детей с нарушением слуха).
7. МАДОУ детский сад № 15, ул. Партизанская, 23\1, т. 65-70-22, (для детей с расстройствами аутистического спектра).
8. МАДОУ детский сад № 53, ул. Ивановского, 21, т. 63-35-50, (для детей с нарушением интеллекта).
9. МАДОУ детский сад № 99, ул. Лебедева, 115, т. 45-42-35(для детей с нарушением зрения).

2. Общеобразовательные школы и классы для детей с ОВЗ:

- МБОУ НОШ №59 для детей с тяжелыми нарушениями речи, ул. Елизаровых, 47, т. 54-02-46

3. Общеобразовательные учреждения для детей с интеллектуальными нарушениями:

1. МБОУ ООШ № 39, ул. Салтыкова-Щедрина, 35, т. 24-31-96.
2. МБОУ ООШ № 45, Иркутский тракт, д. 140/1, т. 64-40-99.
3. МБОУ ООШИ № 22, ул. Сибирская 81 г, т. 44-25-11.

4. Общеобразовательные классы для детей с тяжелыми нарушениями речи:

1. МАОУ СОШ № 15, ул. Челюскинцев, 20а, т. 44-02-17.
2. МАОУ СОШ № 42, ул. Елизаровых, 47, т. 54-07-79.
3. МАОУ СОШ № 43, ул. Новосибирская, 38, т.675390.
4. МАОУ СОШ № 67, ул. Иркутский тракт, 51/3, т. 75-18-22.
5. МАОУ лицей № 7, ул. Интернационалистов,12, т. 72-58-34.
6. МАОУ СОШ № 12, пер. Юрточный, 8, т. 53-32-24.
7. МАОУ СОШ № 25, ул. Сергея Лазо, 14/2, т. 68-16-22.
8. МОУ лицей №7, ул. Интернационалистов,12, т. 72-58-34.

5. Общеобразовательные классы для детей с задержкой психического развития:

1. МОУ СОШ № 12, пер. Юрточный, 8, т. 53-32-24.
2. МАОУ СОШ № 28, пр. Ленина, 245, т. 40-31-30.
3. МАОУ СОШ № 38, ул. Ив. Черных, 123/1, т. 67-76-90.

Кроме того, отдельные формы профессиональных проб могут быть реализованы на базе: кафедры социальной педагогики Томского государственного педагогического университета; кафедры дефектологии Томского государственного педагогического университета; отдела по работе с инвалидами Областной библиотеки им. Пушкина; общественных организаций, защищающие права инвалидов; учреждений дополнительного образования детей (МАОУ ДО Центр «Планирование карьеры», МАОУ ДО ДЮЦ «Звездочка», МАОУ ДО центр творческого развития и гуманитарного образования «Томский Хобби-центр») и др.

Рекомендуемые формы проведения профессиональных проб следующие: просмотр видеофильмов с последующим обсуждением, знакомство с условиями и содержанием профессиональной деятельности, встречи со специалистами, работающими с детьми с ОВЗ, разработка тематических проектов, ситуационные игры, семинары-практикумы, экскурсии в организации, практики, стажировки, волонтерская деятельность и др.

8. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Сущность понятий «реабилитация», «абилитация», «коррекция» в контексте социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ.
2. Концепция ФГОС ОВЗ.
3. Инфраструктура социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ.
4. Основные направления социально-педагогической деятельности с детьми с ОВЗ.
5. Роль социального педагога в создании безбарьерной среды.
6. Технологии сопровождения в работе социального педагога с детьми с ОВЗ.
7. Реабилитация детей с ОВЗ в различных типах образовательных учреждений.
8. Защита прав детей с ОВЗ.
9. Олигофренопедагогика как отрасль знания.
10. Психолого-педагогическая диагностика детей с ОВЗ.
11. Игровые методы работы с детьми с ОВЗ.
12. Отношение общества к детям с ОВЗ в разные исторические периоды.
13. Инклюзивное образование.
14. Особенности российского законодательства в отношении лиц с ОВЗ.
15. Работа социального педагога с выпускниками учреждений для детей с ОВЗ.
16. Диагностико-прогностическая работа с детьми с ОВЗ.
17. Социально-педагогическая реабилитация детей с ОВЗ.
18. Коррекционная работа с детьми с ОВЗ.
19. Профилактическая работа с детьми с ОВЗ.
20. Культурно-просветительская работа с детьми с ОВЗ.
21. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка с ОВЗ.
22. Принципы построения программ социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ.
23. Технологии посреднической деятельности в социально-педагогической работе с семьей ребенка с ОВЗ.
24. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха.
25. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями зрения.
26. Социально-педагогическая работа с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

27. Социально-педагогическая работа с детьми с задержкой психического развития.
28. Социально-педагогическая работа с детьми с умственной отсталостью.
29. Социально-педагогическая работа с детьми с расстройством аутистического спектра.
30. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.
31. Видеометод в социально-педагогической работе с детьми с ОВЗ.
32. Паралимпийские игры как средство социальной реабилитации людей с ОВЗ.

Приложение 1

Приложение № 3
к приказу Министерства труда и социальной
защиты Российской Федерации
от 31 июля 2015 г. № 528н
(в ред. Приказа Минтруда России
от 27.01.2016 № 26н)

Форма

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной
экспертизы)

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида *⁴, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы

ИПРА ребенка-инвалида № _____ к протоколу
проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от “ ____ ” _____ 20 ____ г.

1. Дата разработки ИПРА ребенка-инвалида: _____

Общие данные о ребенке-инвалиде

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

3. Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

4. Возраст (число полных лет (для ребенка в возрасте до 1 года число полных месяцев): _

5. Пол:

5.1. <input type="checkbox"/> мужской	5.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

6. Гражданство:

6.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	6.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	6.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела ребенка-инвалида, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть):

7.1. государство: _____

7.2. почтовый индекс: _____

7.3. субъект Российской Федерации: _____

* Далее – ИПРА инвалида.

⁴ Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс.

7.4. район: _____

7.5. населенный пункт (7.5.1. городское поселение 7.5.2. сельское поселение): _____

7.6. улица: _____

7.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

7.8. квартира: _

8. Лицо без определенного места жительства

9. Наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение ребенка-инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации

10. Место постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):

10.1. государство: _____

10.2. почтовый индекс: _____

10.3. субъект Российской Федерации: _____

10.4. район: _____

10.5. населенный пункт: _____

10.6. улица: _____

10.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

10.8. квартира: _

11. Лицо без постоянной регистрации

12. Контактная информация:

12.1. контактные телефоны: _____

12.2. адрес электронной почты: _____

13. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

14. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

15. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида (нужное подчеркнуть):

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

15.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

15.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

16. Показания к проведению реабилитационных или абилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	
способности к передвижению:	
способности к ориентации:	
способности к общению:	
способности к обучению:	
способности к трудовой деятельности:	
способности к контролю за своим поведением:	

17. ИПРА ребенка-инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до:

(после предлога “до” указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись “бессрочно”)

18. Дата выдачи ИПРА ребенка-инвалида “ ___ ” _____ 20__ г.

Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации
Медицинская реабилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Реконструктивная хирургия		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Протезирование и ортезирование		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг)		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично); достижение компенсации утраченных либо формирование отсутствующих функций (полностью, частично) (нужное подчеркнуть)

Мероприятия психолого-педагогической реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Психологическая помощь, оказываемая в образовательной организации		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования *:		

Прогнозируемый результат: создание необходимых условий по организации обучения; осуществление профессиональной ориентации; оказание психологической помощи (нужное подчеркнуть)

Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации
Профессиональная ориентация, осуществляемая в органе службы занятости		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Содействие в трудоустройстве		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования:

Рекомендации по трудоустройству	
Доступные виды труда	Трудовые действия (функции), выполнение которых затруднено
Рекомендуемые условия труда **	
Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства ребенка-инвалида с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности и производственной адаптации	

Прогнозируемый результат: осуществление профессиональной ориентации; создание необходимых условий по организации обучения; получение профессии (специальности), в том числе новой; повышение квалификации; повышение уровня профессионального образования; подбор подходящего рабочего места; оснащение (оборудование) специального рабочего места для трудоустройства ребенка-инвалида с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; создание необходимых условий для трудовой деятельности ребенка-инвалида; достижение производственной адаптации (нужное подчеркнуть).

* Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ “Об образовании в Российской Федерации” (Собрание законодательства, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, 4257, 4263; 2015, № 1, ст. 42, 53, 72; № 14, ст. 2008; № 18, ст. 2625; № 27, ст. 3951, 3989).

** Вносится запись о сокращенной продолжительности рабочего времени, индивидуальной норме выработки, дополнительных перерывах в работе, противопоказанных производственных факторах и условиях труда, а также о примерных условиях, в которых возможно осуществление ребенком-инвалидом трудовой деятельности, согласно заключению федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы.

Мероприятия социальной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации
Социально-средовая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Рекомендации по оборудованию специальными средствами и приспособлениями жилого помещения,

занимаемого ребенком-инвалидом

Прогнозируемый результат: достижение или формирование способности к самообслуживанию (полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное); формирование навыков бытовой деятельности (полное, частичное); восстановление или формирование социально-средового статуса (полное, частичное) (нужное подчеркнуть)

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Технические средства реабилитации * и услуги по реабилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета

Перечень ТСР и услуг по реабилитации	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР

Заключение о наличии или отсутствии необходимости сопровождения ребенка-инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно:

--

ТСР, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств ребенка-инвалида либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Перечень ТСР	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР

* Далее – ТСР.

Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала

Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала

Виды помощи, оказываемые ребенку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению

1. Помощь ребенку-инвалиду, передвигающемуся в кресле-коляске, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски

Нуждается

Не нуждается

2. Сопровождение ребенка-инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

Нуждается

Не нуждается

3. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в которых предоставляются услуги, собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение в соответствии с законодательством Российской Федерации

Нуждается

Не нуждается

4. Предоставление ребенку-инвалиду по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика

Нуждается

Не нуждается

5. Оказание необходимой помощи ребенку-инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий

Нуждается

Не нуждается

6. Иная необходимая ребенку-инвалиду помощь в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг наравне с другими лицами (вписать): _____

Примечания: 1. Исполнителем заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) по направлению реабилитации или абилитации указываются региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности: в сфере социальной защиты населения; сфере охраны здоровья; сфере образования; в области содействия занятости населения; в области физической культуры и спорта; фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида (его законного или уполномоченного представителя).

2. Сроки исполнения заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) должны соответствовать сроку, на который разработана ИПРА ребенка-инвалида.

3. В случае вынесения заключения о ненуждаемости ребенка-инвалида в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий срок исполнения и исполнитель данного заключения не указываются.

С содержанием ИПРА ребенка-инвалида согласен

(подпись ребенка-инвалида или его законного (уполномоченного) представителя) (нужное подчеркнуть)

(фамилия, инициалы)

Руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) медико-социальной экспертизы (уполномоченный заместитель руководителя главного бюро (Федерального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

Заключение о выполнении ИПРА ребенка-инвалида

Оценка результатов реализации ИПРА ребенка-инвалида:

1. Оценка результатов медицинской реабилитации или абилитации:

восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная); сформированы отсутствующие функции (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

2. Оценка результатов психолого-педагогической реабилитации или абилитации:

созданы необходимые условия по организации обучения; осуществлена профессиональная ориентация в образовательной организации, оказана психологическая помощь (нужное подчеркнуть)

3. Оценка результатов профессиональной реабилитации или абилитации

осуществлена профессиональная ориентация в органах службы занятости населения; созданы необходимые условия по организации обучения; получена профессия (специальность), в том числе новая; повышена квалификация; повышен уровень профессионального образования; подобрано подходящее рабочее место; специальное рабочее место для трудоустройства ребенка-инвалида оснащено (оборудовано) с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; созданы необходимые условия для трудовой деятельности ребенка-инвалида; достигнута производственная адаптация; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

4. Оценка результатов социальной реабилитации или абилитации:

достигнута или сформирована способность к самообслуживанию (полная, частичная); восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности (полностью, частично); восстановлен (сформирован) социально-средовой статус (полностью, частично) (нужное подчеркнуть)

5. Заключение о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни:

(заполняется в отношении детей-инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющихся сиротами или оставшихся без попечения родителей, по достижении ими возраста 18 лет)

6. Особые отметки о реализации ИПРА ребенка-инвалида:

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения: “ ____ ” _____ 20__ г.

Руководитель бюро (главного бюро,
Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(уполномоченный заместитель ру-
ководителя главного бюро (Феде-
рального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

Приложение 2

Рекомендации педагогов-психологов для родителей (законных представителей), воспитывающих детей с ОВЗ⁵

1. Принимайте ребенка таким, каков он есть.
2. Дарите ребенку любовь и внимание, но не забывайте о других членах семьи, которые нуждаются в вашем внимании.
3. Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя «жертвой», отказываясь от своей личной жизни.
4. Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Решайте все дела вместе с ним.
5. Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений.
6. Следите за своей внешностью и поведением. Ребенок должен гордиться вами.
7. Не бойтесь отказать ребенку в чем-либо, если считаете его требования чрезмерными.
8. Чаще разговаривайте с ребенком. Помните, что ни телевизор, ни компьютер не заменят любящих родителей.
9. Не ограничивайте ребенка в общении со сверстниками.
10. Не отказывайтесь от встреч с друзьями, приглашайте их в гости.
11. Общайтесь с семьями, где есть дети с ОВЗ. Передавайте свой опыт и взаимообогащайтесь.
12. Не изводите себя упреками. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты!
13. Помните, что когда-нибудь ребенок повзрослеет и ему придется жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите с ребенком о ней.

⁵ Информация взята с официального портала Муниципального образования «ГОРОД ТОМСК» <http://www.admin.tomsk.ru>

Учебное издание

Людмила Сергеевна Демина

Наталья Васильевна Байгулова

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебно-методическое пособие

Технический редактор: С. Н. Чуков

Ответственный за выпуск: Л. В. Домбраускайте

Подписано в печать: 28.05.2018

Сдано в печать: 24.07.2018

Тираж: 100 экз.

Формат: 60x84^{1/16}

Заказ: 1394/У

Бумага: офсетная

Печать: трафаретная

Усл.-печ. л.: 5,5

Уч.-изд. л.: 6,5

Гарнитура: Times NR

Издательство Томского государственного педагогического университета

634041, Томск, пр. Комсомольский, 75.

Отпечатано в типографии Издательства ТГПУ,

г. Томск, ул. Герцена, 49. тел. (3822) 31-14-84

e-mail: tipograf@tspu.edu.ru