

**Государственное автономное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Смоленский областной институт развития образования»**

**ПАМЯТКА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ ОПЕКИ И
ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ
ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ**

**Смоленск
2023**

УДК 376
ББК Ч466.4; Ч424.715
П 15

Составитель:

Жарикова Л.В., доцент кафедры педагогики и психологии ГАУ ДПО СОИРО

П 15 Памятка для специалистов органов опеки и попечительства по работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья – Смоленск: ГАУ ДПО СОИРО, 2023 – 48 с.

Данная памятка разработана с учетом результатов мониторинга оценки механизмов управления качеством образования в субъектах РФ (п. 2.3 система организации воспитания) и в соответствии с Приказом Департамента Смоленской области по образованию и науке от 08.08.2022 № 659-ОД «Об утверждении плана организации профессионального развития специалистов органов опеки и попечительства в Смоленской области на 2022–2024 годы».

В данной памятке изложены классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей. А также приведены краткие характеристики видов отклонений в развитии и поведении детей и способы взаимодействия с детьми, имеющими те или иные отклонения.

Данная памятка ориентирована на специалистов органов опеки и попечительства, занимающихся семейным устройством и сопровождением замещающих семей.

Печатается в авторской редакции.

Рекомендовано к использованию специалистами органов опеки и попечительства Смоленской области «Памятка для специалистов органов опеки и попечительства по работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья»

УДК 376
ББК Ч466.4; Ч424.715

© ГАУ ДПО СОИРО, 2023

Оглавление

Введение	4
1. Дети с особыми образовательными потребностями	5
1.1. Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей.....	5
1.2. Особые образовательные потребности детей с нарушениями зрения	9
1.3. Особые образовательные потребности детей с нарушениями слуха	12
1.4. Особые образовательные потребности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	14
1.5. Характеристика особых образовательных потребностей детей с задержкой психического развития (ЗПР).....	18
1.6. Характеристика особых образовательных потребностей детей с умственной отсталостью	21
1.7. Характеристика особых образовательных потребностей детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)	23
1.8. Особые образовательные потребности детей с аутистическими расстройствами	25
2. Особенности взаимодействия специалиста с детьми с ограниченными возможностями здоровья	28
2.1. Специфика деятельности специалиста, работающего с детьми с ОВЗ.....	28
2.2. Рекомендации по межличностному взаимодействию с детьми с ОВЗ	30
3. Особенности взаимодействия специалиста с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ.....	38
Литература.....	45

Введение

Как общаться с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), знает не каждый. Для этого приходится изучать специальную литературу. Специалистам органов опеки и попечительства по долгу службы приходится общаться с различными категориями детей, в том числе и с детьми с ОВЗ, при этом не навредив им.

Важным элементом деятельности человека является общение. С помощью общения человек способен обмениваться опытом, устанавливать контакт с другими людьми, передавать реальные или вымышленные сведения об окружающей действительности. Для детей с ограниченными возможностями здоровья процесс общения протекает сложнее, так как существуют языковые, слуховые, двигательные и другие барьеры для овладения социальным взаимодействием.

Данная памятка ориентирована на специалистов органов опеки и попечительства, занимающихся семейным устройством и сопровождением замещающих семей, и может быть использована при установлении и поддержании эффективных контактов с детьми, имеющими особенности здоровья и поведения. Также знание особенностей детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, поможет специалистам органов опеки оказать своевременную консультативную помощь и поддержку родителям таких детей.

1. Дети с особыми образовательными потребностями

1.1. Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей

Международные стандарты в области прав человека базируются на идее полного участия всех людей в жизни общества на основе равенства и без дискриминации [United Nations, 1993].

У детей с ограниченными возможностями здоровья имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонениям в общем развитии. *В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваются полностью, другие – лишь коррегироваться, а некоторые – компенсироваться.* Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта. Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка.

В настоящее время в специальной психологии и коррекционной педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В. Лебединский, В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов). На мой взгляд, большой интерес представляют исследования В.В. Лебединского, который рассматривает проблемы психического дизонтогенеза. Термином «дизонтогенез» обозначают различные формы нарушений онтогенеза, т.е. развития индивида в отличие от развития вида (филогенез).

Характер дизонтогенеза зависит от определенных психологических параметров:

– особенностей функциональной локализации нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два основных вида дефекта – частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторских систем) и общий (нарушения регуляторных корковых и подкорковых систем);

– времени поражения. Чем раньше произошло поражение, тем больше вероятность психического недоразвития;

– взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Первичные нарушения вытекают из биологического характера дефекта (нарушение слуха, зрения при поражении анализаторов; органическое поражение мозга и т.д.). Вторичные нарушения возникают опосредованно в процессе аномального развития;

– межфункциональных взаимодействий. К ним относятся механизмы изоляции, патологической фиксации, временные и стойкие регрессии, которые играют большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Перечисленные психологические параметры по-разному проявляются при различных видах дизонтогенеза. В.В. Лебединский представил следующие варианты дизонтогенеза:

– *Дизонтогенез по типу общего стойкого недоразвития.* Для этого варианта типично раннее время поражения, когда наблюдается выраженная незрелость мозговых систем. Типичный пример стойкого недоразвития олигофрения.

– *Задержанное развитие.* Характеризуется оно замедленным темпом формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Варианты задержанного развития: конституционный, соматогенный, психогенный, церебральный (церебрально-органический).

– *Поврежденное развитие.* В этиологии поврежденного развития наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС, но патологическое воздействие на мозг идет на более поздних этапах онтогенеза (после 2–3 лет). Характерная модель поврежденного развития – органическая деменция.

– *Дефицитарное развитие.* Этот вид связан с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторских систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата).

– *Искаженное развитие.* В данном случае наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Характерным примером является ранний детский аутизм. Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, в «уходе» в свой внутренний мир.

– *Дисгармоничное развитие.* При этом варианте наблюдается врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоционально-волевой сфере.

Характерная модель дисгармоничного развития – психопатия и патологическое формирование личности.

Наиболее рабочей классификацией в практической деятельности специалистов является классификация Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина.

К I группе относятся дети с нарушениями слуха и зрения.

Всех детей с недостатками слуха делят на две группы:

– глухие (неслышащие) дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Среди неслышащих детей различают:

– неслышащих без речи (ранооглохших);

– неслышащих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших);

– слабослышащие (тугоухие) дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора.

Всех детей со стойкими дефектами зрения делят на две группы:

– слепые (незрячие) дети – с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением;

– слабовидящие дети – с остротой зрения на лучше видящем глазу от 0,05–0,4 (с применением очков).

Ко 2 группе относятся умственно отсталые дети и дети с ЗПР.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Умственная отсталость выражается в 2-х формах: *олигофрении и деменции*.

Олигофрения проявляется на более ранних этапах онтогенез (до 1,5–2 лет).

Деменция (распад психики) на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5–2 лет).

Выделяют 3 степени интеллектуального недоразвития: идиотия (самая тяжелая степень); имбецильность; дебильность.

Задержка психического развития (ЗПР) относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и занимает промежуточное место между нормой и патологией. Дети с задержкой психического развития не имеют таких тяжелых отклонений в развитии, как умственная отсталость, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы. Основные трудности, которые они испытывают, связаны, прежде всего, с социальной (в том числе школьной) адаптацией и обучением. Объяснением этому служит замедление темпов созревания психики. Нужно также отметить, что у каждого отдельно взятого ребенка ЗПР может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления.

Наиболее ярким признаком ЗПР исследователи называют незрелость эмоционально-волевой сферы; иначе говоря, такому ребенку очень сложно сделать над собой волевое усилие, заставить себя выполнить что-либо. А отсюда неизбежно появляются нарушения внимания: его неустойчивость, сниженная концентрация, повышенная отвлекаемость. Нарушения внимания могут сопровождаться повышенной двигательной и речевой активностью. Такой комплекс отклонений (нарушение внимания + повышенная двигательная

и речевая активность), неосложненный никакими другими проявлениями, в настоящее время обозначают термином «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

Задержку психического развития принято делить на четыре группы. Каждый из этих типов обусловлен определенными причинами, имеет свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности.

Первый тип – ЗПР конституционального происхождения. Для этого типа характерна ярко выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы, которая находится как бы на более ранней ступени развития. Здесь речь идет о так называемом психическом инфантилизме. Нужно понимать, что психический инфантилизм – это не болезнь, а скорее некоторый комплекс заостренных черт характера и особенностей поведения, который, однако, может существенно отразиться на деятельности ребенка, в первую очередь – учебной, его адаптационных способностях к новой ситуации.

Ко второй группе – соматогенного происхождения – относятся ослабленные, часто болеющие дети. В результате длительной болезни, хронических инфекций, аллергий, врожденных пороков развития может сформироваться задержка психического развития. Это объясняется тем, что на протяжении долгой болезни, на фоне общей слабости организма психическое состояние ребенка тоже страдает, а, следовательно, он не может полноценно развиваться. Низкая познавательная активность, повышенная утомляемость, притупление внимания все это создает благоприятную ситуацию для замедления темпов развития психики.

Следующая группа – это *ЗПР психогенного происхождения.* Основная роль отводится социальной ситуации развития ребенка. Причиной этого типа ЗПР становятся неблагоприятные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость.

Четвертый и последний тип ЗПР – *церебрально-органического происхождения.* Он встречается чаще остальных, и прогноз дальнейшего развития для детей с этим типом ЗПР по сравнению с предыдущими тремя, как правило, наименее благоприятен. Как следует из названия, основой для выделения этой группы ЗПР являются органические нарушения, а именно – недостаточность нервной системы, причинами которой могут стать: патология беременности (токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, резус-конфликт

и др.), недоношенность, асфиксия, родовая травма, нейроинфекции. При этой форме ЗПР имеет место так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), под которой понимается комплекс легких нарушений развития, проявляющих себя, в зависимости от конкретного случая, весьма разнообразно в различных областях психической деятельности.

К 3 группе относятся дети с тяжелым нарушением речи – ТНР (логонаты). Все виды речевых нарушений можно разделить на две большие группы:

- нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия);
- нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия).

К 4 группе относятся дети с нарушениями опорно-двигательной системы. Основной контингент этой категории – дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). ДЦП – заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на 1-м году жизни ребенка.

К 5 группе относятся дети с комбинированным дефектом (дети со смешанным (сложным) дефектом):

- умственно отсталые неслышащие или слабослышащие;
- умственно отсталые слабовидящие или незрячие;
- слепоглухонемые и т. п.

К 6 группе относятся дети с искаженным развитием – психопатией (стойкий дисгармонический склад психики), с патологией влечений.

1.2. Особые образовательные потребности детей с нарушениями зрения

Среди лиц с нарушениями зрения выделяются категория слепых и категория слабовидящих.

К категории слепых (незрячих) относятся:

– *тотально слепые* или дети с абсолютной слепотой (полностью отсутствуют зрительные ощущения, что детерминирует неспособность отличить свет от тьмы, ориентироваться во времени суток);

– *дети со светоощущением* (имеют место только зрительные ощущения, что, с одной стороны, обуславливает наличие способности воспринимать свет, с другой, – не позволяет данной группе учащихся воспринимать величину, форму, цвет объекта, степень его удаленности);

– *дети с остаточным зрением* или с практической слепотой (острота зрения от 0,04 до 0,005 на лучше видящий глаз в условиях оптической коррекции, что позволяет данной группе лиц воспринимать свет, цвет, контуры, силуэты предметов и объектов, степень их удаленности);

– дети с прогрессирующими заболеваниями с сужением поля зрения (до 10–15°) с остротой зрения до 0,08.

В категорию *слабовидящих* входят дети, у которых на фоне органических поражений зрительной системы или анатомического несовершенства органа зрения острота зрения находится в пределах от 0,05 до 0,4 на лучшем или единственном глазу в условиях оптической коррекции. У данной категории людей нарушение остроты зрения часто сочетается с нарушениями периферического зрения (сужение поля зрения до 35) или (и) цветоощущения.

В качестве основной характеристики зрительных возможностей слабовидящих выступает, с одной стороны, сочетание нескольких глазных заболеваний, с другой – возникновение на фоне первичной зрительной патологии различных осложнений (амблиопия, нистагм, косоглазие, отслойка сетчатки, смещение хрусталика, повышение внутриглазного давления и др.).

По данным ВОЗ в настоящее время в мире насчитывается около 42 млн. слепых и более 110 млн. слабовидящих. В последние годы имеет место мировая тенденция увеличения численности слепых и слабовидящих, причем каждый четвертый из них потерял зрение в детском возрасте.

С точки зрения тифлопедагогики слепота и слабовидение представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности.

Условия зрительной депривации обуславливают возникновение у слепых и слабовидящих специфических особенностей деятельности, что вызывает трудности в овладении практическими навыками, в выполнении практических действий, в ориентировке в малом и большом пространстве.

Для детей, лишенных зрения, осязание является одним из сохранных видов восприятия, с помощью которого компенсируется недостаток информации, обусловленный отсутствием или значительным снижением зрения. Осязание – это взаимодействие кожной чувствительности с двигательным анализатором, на определенном этапе развития ребенка дающий возможность создания целостного образа предмета окружающей действительности.

Вместе с тем, у слепых и слабовидящих возникают специфические особенности общения (вербализм, формализм, отсутствие эмоциональности и выразительности речи, преобладание монологической речи и др.), психофизического развития (отставание в развитии, нарушение и своеобразие развития двигательной активности; нарушение осанки, походки, положения тела при ходьбе и др.). Кроме того, у лиц с нарушениями зрения имеет место своеобразие эмоционально-волевой сферы (М.И. Земцова, А.И. Зотов,

А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева и др.). Между нарушениями двигательной активности и своеобразием эмоционально-волевой сферы исследователями отмечена определенная взаимосвязь: дети, перенесшие заболевания центральной нервной системы, нередко имеют нарушения в поведении и работоспособности. Часто у них отмечается раздражительность, плаксивость, склонность к аффектам. Нарушение работоспособности может выражаться в неустойчивости внимания, снижении выполнения объема задания, появлении ошибок, небрежности. При активизации волевых усилий, стимулировании интереса к выполнению задания эти проявления возможно преодолеть.

В последние годы в категорию детей с нарушениями зрения, нуждающихся в специальном сопровождении, наряду со слепыми и слабовидящими, включены дети, имеющие: амблиопию (стойкое снижение остроты зрения без видимой анатомической причины); миопию, гиперметропию, астигматизм (снижение преломляющей оптической системы глаза); косоглазие (нарушение содружественного движения глаз).

Нарушение зрения (слепота, слабовидение) приводит к нарушению социальных отношений, ограничению поступающей извне информации и возникновению негативных социальных установок (избегание зрячих, иждивенческие настроения, неадекватное ситуативное поведение др.). Ограниченные возможности зрительного восприятия и пространственной ориентировки ограничивают свободу незрячего человека в передвижении, ориентировке в пространстве, в изучении, освоении и использовании окружающей его предметно-материальной среды, в овладении тонкостями межличностных отношений. Человек с нарушением зрения не в состоянии самостоятельно обрести многие навыки общения, в том числе в полной мере овладеть невербальными средствами общения (жест, мимика, пантомимика), и особенно спонтанным путем через естественное наблюдение и подражание как это имеет место у зрячих. Характерной чертой, объединяющей всех детей с нарушением зрения, является чувство неуверенности. Дети не уверены в своих возможностях и ограничениях. При этом излишняя опека со стороны зрячих тормозит развитие у ребенка самостоятельности.

Зрительная депривация обуславливает возникновение у слепых и слабовидящих детей конкретных специфических трудностей в учебно-познавательной деятельности. Следствием недостаточности зрения или слепоты является отставание в интеллектуальном, социальном и эмоциональном развитии. Трудности в определении цвета, формы, размера предметов, формирование нечетких, неполных или неадекватных зрительных образов у слепых и слабовидящих детей создают потребность в формировании адекватных зрительных образов.

Трудности в осуществлении мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, обобщение), полное или частичное выпадение такого компонента как зрительная память у детей с нарушениями зрения формируют у них потребность в специальном развитии познавательной, интеллектуальной деятельности с опорой на сохранные анализаторы. Существует особая потребность у детей с нарушениями зрения в овладении широким спектром практических навыков, которые у зрячих ровесников формируются спонтанно, на основе зрительного восприятия. Также существует потребность в формировании целого ряда социальных и коммуникативных навыков, в развитии эмоциональной сферы в условиях ограничения зрительного восприятия.

1.3. Особые образовательные потребности детей с нарушениями слуха

Понятие «нарушение слуховой функции человека» подразумевает, в первую очередь, снижение его способности обнаруживать и понимать звуки, а также трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Нарушение слуха у детей оказывает значительное влияние на все процессы психического и речевого развития, в результате чего возникают выраженные в разной степени специфические особенности в познавательной деятельности и личностной сфере.

Выделяют две основные категории детей со стойкими нарушениями слуха – глухие и слабослышащие.

Глухие дети не воспринимают речь разговорной громкости и без специального обучения устная речь у них не развивается. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта является обязательным условием их развития. Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов они испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха – от незначительных трудностей в восприятии шепотной речи до резкого ограничения возможности воспринимать речь разговорной громкости. Слабослышащие дети могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Необходимость и порядок использования слуховых аппаратов определяют специалисты (врач-сурдолог и сурдопедагог). Для полноценного развития плохослышащих детей, также как и неслышащих, требуются специальные коррекционно-развивающие занятия с сурдопедагогом.

Глухие и слабослышащие в зависимости от своих возможностей *воспринимают речь* окружающих тремя способами: на слух, зрительно,

слухо-зрительно. Основным способом восприятия устной речи для детей с нарушенным слухом является слухо-зрительное, когда ребенок видит лицо, щеки, губы говорящего и одновременно «слышит» его с помощью слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов.

Но даже при слухо-зрительном восприятии глухие/слабослышащие не всегда успешно воспринимают и понимают речь собеседника по следующим причинам:

– *внешние* – особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие или малоподвижные при говорении губы, особенности прикуса и др.), маскировка губ (усы, борода, яркая помада и др.), специфика продуцирования речи (нечеткая, быстрая речь и др.); расположения говорящего по отношению к глухому/слабослышащему ребенку; количество включенных в беседу людей; акустическая обстановка и др.;

– *внутренние* – наличие незнакомых слов в высказываниях собеседника; «слуховые возможности» ребенка (неисправность слухового аппарата; неполное «слышание», большие помещения (слабое отражение звуков от стен); временная невнимательность (небольшое отвлечение, усталость) и ограниченность житейского и социального опыта ребенка с нарушенным слухом (недостаточная осведомленность по общему контексту/теме разговора и влияние этого на понимание сообщения) и др.

Нарушение слухового восприятия и возникающее в результате этого недоразвитие речи создают своеобразие в познавательном и личностном развитии такого ребенка. Среди наиболее значимых особенностей выделяют следующие:

– сниженный объем внимания, низкий темп переключения, меньшая устойчивость, затруднения в его распределении;

– преобладание образной памяти над словесной, преобладание механического запоминания над осмысленным;

– превалирование наглядных форм мышления над понятийными, зависимость развития словесно-логического мышления от степени развития речи обучающегося;

– непонимание и трудности дифференциации эмоциональных проявлений окружающих, обедненность эмоциональных проявлений;

– наличие комплекса негативных состояний – неуверенность в себе, страх, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого, завышенная самооценка, агрессия;

Для полноценного понимания речи говорящего дети с нарушением слуха должны видеть его лицо, губы и слышать с помощью слухового аппарата. Это и есть основной способ восприятия устной речи детьми с нарушениями слуха –

слухо-зрительный.

1.4. Особые образовательные потребности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Термин «нарушение опорно-двигательного аппарата» (НОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие генез органического или периферического типа. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдается у 5–7% детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей этой категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений.

В психолого-педагогическом отношении детей с НОДА условно можно разделить на две категории.

К первой категории (с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых НОДА обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы. Большинство детей этой группы составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП) – 89% от общего количества детей с НОДА. Именно эта категория детей является наиболее изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число в образовательных организациях. Так как двигательные расстройства при ДЦП сочетаются с отклонениями в развитии познавательной, речевой и личностной сферы, наряду с психолого-педагогической и логопедической коррекцией основная часть детей данной категории нуждается также в лечебной и социальной помощи. В условиях специальной образовательной организации многие дети этой категории дают положительную динамику в развитии.

Ко второй категории (с ортопедическим характером двигательных расстройств) относятся дети с преимущественным поражением ОДА не неврологического характера. Обычно эти дети не имеют выраженных нарушений интеллектуального развития. У некоторых детей несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть парциально нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления. Дети данной категории нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

Охарактеризуем более подробно особенности детей с ДЦП как самой многочисленной группы.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – полиэтиологическое неврологическое заболевание, возникающее вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны).

ДЦП возникает под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

В структуре двигательного дефекта у детей с церебральным параличом особое место занимают нарушения функций рук. Именно они в ряде случаев затрудняют бытовую, школьную и трудовую адаптацию, делают невозможным использование ряда ортопедических приспособлений, необходимых для развития ходьбы. Степень тяжести поражения рук зависит от формы ДЦП.

Активные движения у этих детей не в полном объеме, замедлены, напряжены, фрагментарны, недостаточно дифференцированы. Многие дети не умеют держать карандаш, не могут рисовать, пользоваться кисточкой, не могут выполнить даже самые примитивные рисунки. Их графическая деятельность носит характер до изобразительного черкания. Большие трудности дети

испытывают при проведении прямых, горизонтальных и вертикальных линий, особенно те из них, которые вследствие поражения правой руки начинают рисовать левой.

Многие не владеют навыками самообслуживания и санитарно-гигиеническими навыками. Они не умеют самостоятельно обращаться с ложкой или вилкой, не могут взять стакан или чашку, не владеют навыками личной гигиены: не умеют взять мыло и вымыть руки, умыться лицо, почистить зубы, не умеют самостоятельно причесаться, одеться, раздеться, застегнуть и расстегнуть пуговицы, испытывают трудности при жевании твердой пищи, при глотании часто поперхиваются.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а легкая двигательная патология – с тяжелым недоразвитием психики в целом.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей. К ним относятся: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире.

Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практическом опыте. Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением

остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и личности. У одних детей расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим.

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание.

Выделяются три типа личностных нарушений у учащихся с церебральным параличом: *личностная незрелость; астенические проявления; псевдоаутистические проявления.*

Основным признаком *личностной незрелости* у ребенка является недостаточность волевой деятельности. В своих поступках они руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива.

Специфическим условием развития этого типа отклонений является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения.

Дети с *астеническими проявлениями* отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, которая проявляется в виде пугливости, страха перед всем новым, неуверенности в своих силах. У этих детей часто возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству. Этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которая ведет к подавлению естественной активности ребенка.

Характерной для этих детей является склонность к конфликтам с окружающими. Они требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий. В противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами, отказом от еды, от устного общения с определенными лицами, в уходах из дома или из школы. Значительно реже как результат протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Псевдоаутистический тип развития личности проявляется у детей с тяжелыми формами ДЦП. Эти дети склонны к уединению, у них наблюдаются коммуникативные нарушения, а также уход в мир собственных мечтаний и грез. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет более 85%. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи.

1.5. Характеристика особых образовательных потребностей детей с задержкой психического развития (ЗПР)

Задержка психического развития (ЗПР) – это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. ЗПР относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми.

В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий. ЗПР у детей является сложным полиморфным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

Для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных

случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях – произвольность в организации деятельности, в-третьих – мотивация к различным видам познавательной деятельности. У большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

Степень нарушения темпа созревания мозговых структур, а, следовательно, и темпа психического развития, может быть обусловлена своеобразным сочетанием неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов.

Задержка развития может быть вызвана недоразвитием некоторых интеллектуальных предпосылок, являясь как бы первичной, и задержка развития может носить вторичный характер в силу сенсорной, моторной, речевой недостаточности или микросоциальной депривации. Первичные задержки церебрально-органического генеза являются наиболее распространенными нарушениями развития. В их основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде (родовая травма, асфиксия, ранние инфекции, недоношенность, некоторые наследственные заболевания, эндокринопатии и др.), приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта. Вторичные задержки нервно-психического развития возникают на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях, при некоторых формах патологии зрения и слуха, после тяжелой и длительной психотравмирующей ситуации, при дефектах воспитания, особенно в условиях депривации и др.

Для всех детей с ЗПР характерно запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения), эмоциональная незрелость, неравномерность развития отдельных психических функций, функциональный, обратимый характер нарушений.

Детей с ЗПР характеризует наличие частичного (парциального) недоразвития интеллектуальных функций (преимущественно, так называемых, предпосылок интеллекта) и (или) личности (в первую очередь эмоционально-волевой сферы и иерархии мотиваций). Поэтому в структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план могут выступать незрелость эмоционально-волевой сферы с резко выраженными интеллектуальными нарушениями, в других случаях могут выступать на первый план замедленное развитие интеллектуальных процессов.

Учебная деятельность детей с ЗПР отличается ослабленностью регуляции деятельности во всех звеньях процесса учения: отсутствием достаточно стойкого интереса к предложенному заданию; необдуманностью, импульсивностью и слабой ориентировкой в заданиях, приводящими к многочисленным ошибочным действиям; недостаточной целенаправленностью деятельности; малой активностью, безынициативностью, отсутствием стремления улучшить свои результаты, осмыслить работу в целом, понять причины ошибок.

Для детей с ЗПР характерны черты психического и психофизического инфантилизма, который проявляется в слабой способности ребенка подчинять свое поведение требованиям ситуации; неумении сдерживать свои желания и эмоции; детской непосредственности; преобладании игровых интересов в школьном возрасте; в беспечности; повышенном фоне настроения; недоразвитии чувства долга; неспособности к волевому напряжению и преодолению трудностей; в повышенной подражаемости и внушаемости; дефицита познавательной активности при обучении; в отсутствии школьных интересов, несформированности «роли ученика»; быстрой пресыщаемости в любой деятельности и пр.

Дети с ЗПР к началу школьного возраста не испытывают трудностей на уровне элементарного бытового общения со взрослыми и со сверстниками. Они владеют повседневым обиходным словарем и грамматическими формами, для них характерны бедность и неточность словаря, недостаточная дифференцированности слов по их семантике, повторы одних и тех же слов, неадекватное их использование.

Одной из причин, вызывающих задержку психического развития является длительная соматическая недостаточность различного происхождения. В замедлении темпа психического развития таких детей значительная роль принадлежит стойкой астении (слабости), болезненному состоянию, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Причины неуспеваемости при астеническом состоянии лежат в ослаблении умственной работоспособности (а не в интеллектуальной недостаточности). Из-за общей ослабленности организма темп деятельности, скорость усвоения материала, память снижены. На первый план выступают быстрое снижение работоспособности, сужение объема воспринимаемого материала, трудности распределения и переключения внимания.

1.6. Характеристика особых образовательных потребностей детей с умственной отсталостью

К лицам с нарушениями умственного развития (умственно отсталым) относят детей, подростков, взрослых со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. Специфической особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности, что выражается в деформации познавательных процессов, при которой страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом. Все это приводит к нарушению социальной адаптации умственно отсталых людей в обществе.

В физическом развитии дети отстают от нормально развивающихся сверстников. Это отражается в более низком росте, весе, объеме грудной клетки. У многих из них нарушена осанка, отсутствует пластичность, эмоциональная выразительность движений, которые плохо координированы. Сила, быстрота и выносливость у умственно отсталых детей развиты хуже, чем у нормально развивающихся детей. Умственно отсталым школьникам достаточно сложно удерживать рабочую позу в течение всего урока, они быстро устают. У детей снижена работоспособность на уроке.

Умственно отсталые дети часто поступают в школу с несформированными навыками самообслуживания, что существенно затрудняет их школьную адаптацию.

Важным условием успешной учебной деятельности является внимание. Но у умственно отсталых детей оно характеризуется рядом особенностей: трудностью привлечения, невозможностью длительной активной концентрации, неустойчивостью, быстрой и легкой отвлекаемостью, рассеянностью, низким объемом. На уроке такой ребенок может показаться внимательным учеником, но при этом совершенно не слышать объяснений учителя.

Восприятие у умственно отсталых детей также имеет определенные особенности. Прежде всего, его скорость заметно снижена: для того чтобы узнать предмет, явление, им требуется заметно больше времени, чем нормально развивающимся сверстникам. Эту особенность важно учитывать в процессе коммуникации: речь взрослого должна быть медленной, чтобы ребенок успевал понимать ее.

У умственно отсталых детей уменьшен и объем восприятия – одновременного восприятия группы предметов. Например, дети не различают зубцов пилы и видят ее «беззубой», ровной.

Значительно нарушено пространственное восприятие и ориентировка в пространстве.

Отмечается, что у умственно отсталых детей страдают как произвольное, так и произвольное запоминание.

Такие дети испытывают большие трудности при воспроизведении последовательности событий, особенно исторических событий в их хронологической последовательности.

У большинства умственно отсталых детей отмечаются нарушения речевого развития, при этом страдают все компоненты речи: лексика, грамматический строй, звукопроизношение. В речи детей часто встречается неточное употребление слов. Пассивный словарь значительно превышает активный.

Нарушения грамматического строя речи у младших школьников проявляются во фрагментарности, структурной неформленности предложений, пропусках главных членов предложения. Характерной ошибкой детей является неумение согласовывать числительные с существительными («пять матрешки»). Учащиеся испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов.

Становление связной речи у умственно отсталых детей происходит замедленным темпом и имеет определенные качественные особенности.

Рассказы школьников с нарушением интеллектуального развития бессвязны, дети не могут раскрыть сюжет, ограничиваются перечислением элементов ситуации.

Речь детей монотонная, маловыразительная.

У умственно отсталых школьников нарушено мышление. Основным его недостатком является слабость обобщений. Часто в обобщении используются внешне близкие по временным и пространственным раздражителям признаки – это обобщение по ситуационной близости (стол и стул, колготки и ботинки, чашка и блюдце). Обобщения очень широкие, недостаточно дифференцированные.

Эмоциональная сфера умственно отсталых школьников характеризуется незрелостью и недоразвитием. Эмоции детей недостаточно дифференцированы: переживания примитивны, полюсны (дети испытывают удовольствие или неудовольствие, а дифференцированных, тонких оттенков переживаний почти не наблюдается). Их реакции зачастую неадекватны, непропорциональны воздействиям окружающего мира по своей динамике. У некоторых детей наблюдаются чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малозначительным поводам, стереотипность и инертность эмоциональных переживаний, у других – чрезмерная легкость, поверхностность переживаний

серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому. У детей с преобладанием процесса торможения поведение характеризуется эмоциональной тупостью, малой подвижностью. У детей с преобладанием процесса возбуждения отмечаются чрезмерная выраженность эмоций и длительные эмоциональные реакции, вызываемые малосущественными поводами. Свои эмоциональные проявления учащиеся не контролируют. Дети с нарушением интеллекта затрудняются в понимании эмоций людей, сложные эмоции социально-нравственного характера остаются им недоступны.

Одним из основных компонентов личности, который обеспечивает социальную адаптацию человека в обществе, является самооценка. У умственно отсталых учащихся наблюдается неадекватная самооценка, которая проявляется в неправильной оценке своих возможностей, в неспособности критически оценить свои поступки. У них имеет место как завышенная, так и заниженная самооценка.

У умственно отсталых людей нарушены волевые процессы; они безынициативны, не могут самостоятельно руководить своей деятельностью, подчинять ее определенной цели. Непосредственные, импульсивные реакции на внешние впечатления, необдуманные действия и поступки, неумение противостоять воле другого человека, повышенная внушаемость – все это крайне отягощает их поведенческие проявления и усугубляется в связи с возрастными изменениями, связанными с перестройкой организма ребенка, особенно в подростковом периоде.

При неблагоприятных условиях жизни у них легко возникают трудности в поведении, в установлении нравственно приемлемых отношений с окружающими.

Исследования полоролевого поведения подростков с умственной отсталостью (Д.Н. Исаев и др.) показывают, что полоролевая идентификация формируется под влиянием психического недоразвития и зависит от уровня интеллекта: чем более грубыми являются поражения ЦНС, тем слабее выражен процесс самоотождествления. В отношении подростков с легкой степенью умственной отсталости можно говорить о сформированности половозрастной идентификации, в то время как у подростков с умеренной умственной отсталостью ее развитие проходит с заметным отставанием. Полоролевое поведение и тех и других в основном соответствует половой принадлежности.

1.7. Характеристика особых образовательных потребностей детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)

Тяжелые нарушения речи (ТНР) – это стойкие специфические отклонения

формировании компонентов речевой системы (лексического и грамматического строя речи, фонематических процессов, звукопроизношения, просодической организации звукового потока), отмечающихся у детей при сохранном слухе и нормальном интеллекте. К тяжелым нарушениям речи относятся алалия (моторная и сенсорная), тяжелая степень дизартрии, ринопалии и заикания, детская афазия.

Устная речь у детей с тяжелыми формами речевой патологии характеризуется строгим ограничением активного словаря, стойкими аграмматизмами, несформированностью навыков связного высказывания, тяжелыми нарушениями общей разборчивости речи. Отмечаются затруднения в формировании не только устной, но и письменной речи, а также коммуникативной деятельности. Все вместе это создает неблагоприятные условия для образовательной интеграции и социализации личности ребенка в обществе.

У детей с ТНР снижается потребность в общении, оказываются несформированными формы коммуникации (диалогическая и монологическая речь) и могут наблюдаться особенности поведения: незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм. Сочетание нарушений речевого и некоторых особенностей познавательного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и сверстниками.

Исследования уровня притязаний школьников с ТНР показали, что в большинстве случаев наблюдается своеобразная реакция на неуспех, которая выражается в том, что после удачно выполненного задания дети переходят не к трудному, а к более легкому заданию, т.е. у них срабатывает защитная реакция. Но с возрастом формируется реалистический уровень притязаний.

Несовершенство устной речи учащихся с речевой патологией препятствует полноценному усвоению программного материала по русскому языку, что создает неблагоприятные условия для формирования письменной речи, как необходимого элемента социальной культуры и общения.

Ситуация длительного неуспеха в освоении столь значимого для социального окружения родного языка приводит к резкому снижению мотивации к преодолению не только имеющегося речевого недоразвития, но и ко всему процессу обучения в целом. Если родители своевременно не акцентируют должного внимания на негативных проявлениях речевого недоразвития и не обращаются за помощью к специалистам, то может наблюдаться неблагоприятная картина в формировании психики и поведения ребенка.

1.8. Особые образовательные потребности детей с аутистическими расстройствами

Расстройства аутистического спектра (РАС) относятся к группе расстройств развития (*pervasive developmental disorders*), для которых характерны обширные отклонения в социальных взаимодействиях и коммуникации, а также узость интересов и явно повторяющееся поведение.

РАС включают ряд состояний и являются одной из самых распространенных и описанных в мире групп нарушений психического развития у детей (по разным данным число детей с РАС от 1:150 до 1:68), при этом отмечается увеличение числа детей с РАС, что связывают как с улучшением качества диагностики, так и с возможно действительным увеличением числа детей этой категории.

Термин «РАС» в настоящее время наиболее часто используется в специальной литературе (например, 10–15 лет назад в специальной литературе чаще использовались термины «ранний детский аутизм», «аутистические нарушения» и др.), как наиболее полно отражающий высокую вариабельность возможных нарушений в рамках детского аутизма. Такое объединение часто существенно отличающихся по внешним проявлениям состояний в один спектр отражает идею о том, что аутизм может проявляться различным образом, но вместе с тем в основе этих разных состояний лежат одни и те же трудности, которые необходимо учитывать при организации психолого-педагогической работы.

Расстройства аутистического спектра вызываются биологическими факторами, приводящими к возникновению мозговых дисфункций и органических нарушений (Ф. Аппе, О. Богдашина и др.), при этом причины возникновения РАС условно делят на группы:

- *экзогенные* (воздействующие на ребенка во внутриутробный период, в процессе родов и раннего развития);
- *генетически обусловленные* (как аутосомно-рецессивные, так и сцепленные с полом).

Наиболее часто при РАС проявляются: трудности обучения в частности и формирования произвольного и целенаправленного поведения в целом, нарушения сна и приема пищи, нарушения взаимодействия с близкими взрослыми (например, симбиотическая связь между ребенком и матерью), нарушения активности, высокая вероятность появления дезадаптивного поведения.

К началу школьного возраста отмечается высокая вариабельность в развитии социальной, речевой, познавательной сферы детей с РАС.

Наиболее яркими и общими для всех детей этой категории являются

трудности социального взаимодействия, которые проявляются в значительном ограничении возможности формирования общения с другими людьми. Практически все дети имеют трудности поддержания речевого взаимодействия (например, участие в разговоре, даже при достаточном и высоком уровне развития речи). Часть детей стремятся к речевому общению, но при этом этот разговор в основном связан со сферой сверхинтересов ребенка (например, ребенок несколько раз за день стремится рассказать педагогу вне связи с конкретной ситуацией (на перемене, когда все идут в столовую или в начале урока) про то, какие динозавры бывают).

Обучающимся с РАС свойственен различный уровень речевого развития. Часть детей обладает хорошей речью, высокой грамотностью. Другие дети для общения используют короткую аграмматичную фразу, речевые штампы. Для ряда детей характерны эхолалии (как повторение сказанного другим человеком непосредственно за ним или отсрочено). У части детей с РАС проявляется мутизм (15–20%).

К специфическим особенностям детей с РАС относят «гиперлексию», то есть довольно раннее освоение чтения без достаточного понимания смысла прочитанного.

У всех школьников с РАС отмечаются стойкие трудности с пониманием и с использованием невербальных средств общения (нарушения визуального контакта, сложности в понимании жестов, направленных на привлечение внимания или сообщения какой-либо информации (например, поднесенный к губам палец «Тихо!»)). При этом наиболее значительные трудности ученик с РАС испытывает именно при взаимодействии с другими детьми. Часть детей с РАС не стремится к активному общению со сверстниками, другая часть детей испытывает интерес к общению со сверстниками (старается подойти поближе, наблюдает за игрой других детей на перемене), но не имеет достаточных средств, чтобы включиться во взаимодействие.

Недостаточность средств общения часто приводит к неуспешным попыткам общения, что может восприниматься другими детьми и как проявления агрессии (например, ребенок, не понимая правил подвижной игры, пытается в нее включиться и нарушает ее ход). Трудности в рамках школьного обучения представляют различные стереотипные формы поведения, которые могут выражаться в виде моторных стереотипий (например, ребенок раскачивается на стуле, совершает однообразные движения пальцами рук, подбрасывает предметы и пр.), речевых – произносит одну и ту же фразу, повторяет сказанное педагогом (например, наиболее понравившиеся из-за эмоциональной окрашенности или наиболее часто повторяемые фразы).

Типичной проблемой для детей с РАС является нарушенная

чувствительность, что может проявляться как в непереносимости определенных звуков (например, ребенок с РАС не может писать, отвлекается потому что мел учителя «скрипит», другой ребенок в классе щелкает ручкой), материалов (например, школьник с РАС вскакивает из-за парты, не завершив работу над аппликацией, так как очень неприятным для него является ощущение клея на пальцах).

Недостаточность коммуникативных навыков с одной стороны (невозможность объяснить возникшую проблему, донести до другого человека свои трудности, недостаточность речевых средств коммуникации и др.), высокая чувствительность к изменению привычных ситуаций, к воздействию различных сенсорных стимулов с другой стороны, могут в свою очередь приводить к возникновению дезадаптивного поведения. При этом речь может идти о разных формах дезадаптивного поведения: негативизму и отказу от выполнения предлагаемых заданий (от отталкивания от себя задания до физических попыток выйти из класса); усилению аутостимуляций как способа справиться с дискомфортом; крикам, слезам, разным форм агрессии (физической или вербальной), направленной на предметы вокруг, другого человека или самого себя.

Недостаточность сенсорной интеграции, фрагментарность представлений о собственном теле приводят к недостаточности точных, произвольных движений (например, ребенок не может поймать мяч, не рассчитывает движение и может наступить на сидящего рядом на корточках ребенка, может пытаться пройти в узкую щель между дверью и человеком, стоящим в дверном проеме и др.).

Следует отметить, что дети этой категории демонстрируют высокую вариабельность в развитии познавательной, речевой, социальной сфер и могут обучаться как в общеобразовательных, так и в специализированных школах, как в классе, так и индивидуально или дистанционно. Выбор учебного заведения, формы обучения зависит от многих факторов, в частности, от особенностей психофизического развития ребенка, возможностей учреждения, позиции семьи в данном вопросе.

Свойственная детям с РАС асинхрония в психическом развитии приводит к тому, что один и тот же ребенок может демонстрировать высокие способности в освоении одной учебной дисциплины (например, связанной с сверхинтересами ребенка), средний уровень освоения другой учебной дисциплины и стойкую неуспешность в третьей.

Таким образом, особенности социального, сенсорного, речевого и познавательного развития приводят к необходимости создания специальных условий, обеспечивающих эффективность школьного обучения детей,

имеющих расстройства аутистического спектра.

2. Особенности взаимодействия специалиста с детьми с ограниченными возможностями здоровья

2.1. Специфика деятельности специалиста, работающего с детьми с ОВЗ

Во взаимодействии с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями специалисты органов опеки и попечительства должны руководствоваться определенными принципами. Следует отметить на мой взгляд три важных принципа:

– **Рекомендательный характер оказания помощи.** Принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья выбирать формы получения детьми образования, образовательные учреждения, защищать законные права и интересы детей, включая обязательное согласование с родителями (законными представителями) вопроса о направлении (переводе) детей с ограниченными возможностями здоровья в специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы);

– **Принцип создания ситуации успеха.** Принцип предполагает создание условий для раскрытия индивидуальных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья в урочной и внеурочной деятельности и при общении с различными специалистами.

– **Принцип здоровьесбережения** предусматривает учет физических и умственных возможностей ребенка с ОВЗ при взаимодействии ребенка и специалиста, а также при составлении и реализации учебной нагрузки.

Эффективное общение и взаимодействие специалиста органов опеки и попечительства с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, выражается в снижении степени его эмоционально-психического напряжения, вызванного дефектом и его последствиями; снятии у него страха в общении со сверстниками и взрослыми, чувства ущербности; укреплении способности ребенка к произвольным действиям и волевым усилиям, придании ему уверенности в своих силах и возможностях в учении, игровой деятельности, общении и труде.

Помощь детям с ОВЗ и их семьям можно подразделить:

– на социально-информационную: обеспечение информацией по вопросам соцзащиты, помощи и поддержки;

– социально-правовую: обеспечение соблюдение прав детей с ограниченными физическими и психическими возможностями и других категорий; содействие в реализации гарантий инвалидов, сохранности жизни детей, их безопасности от внешних угроз, противодействие разрушению их

физического, психического, нравственного здоровья;

– социально-экономическую: содействие в получении пособий безработным, компенсаций, единовременных выплат, адресной помощи, материальной поддержке семьям;

– социально-бытовую: налаживание быта и трудоустройства семей, имеющих инвалида;

– медико-социальную: уход за больным инвалидом, медико-социальный патронаж семей, имеющих ребенка-инвалида;

– социально-психологическую: создание благоприятного морально-психологического климата в семье, устранение негативных воздействий на ребенка-инвалида, помощь во взаимоотношениях с окружающими людьми;

– социально-педагогическую: просвещение членов семьи, создание необходимых условий для полноценного воспитания ребенка в семье, преодоление и предотвращение педагогических ошибок и конфликтных ситуаций, порождающих депривацию.

Перед посещением семьи специалисту органов опеки и попечительства необходимо изучить личность ребенка с ОВЗ, состояние его интеллектуальной, эмоциональной, волевой и других сфер, социальной среды (учебного заведения, семьи, друзей, учреждений досуга и спорта и т.д.), во взаимодействии с которой он находится. Изучаются возможности и имеющиеся у ребенка способности, особенности течения его заболевания, степень влияния имеющегося дефекта на общий уровень развития и восприятия своего «Я», взаимоотношения ребенка с ближайшим окружением, его положение в семье и возможности включения в детскую группу, исследование семейных отношений, взаимодействия ребенка-инвалида с членами семьи.

В процессе пребывания в семье специалист выясняет, в какой социально-педагогической, юридической или медицинской помощи нуждается ребенок и его семья.

Большая часть детей с ОВЗ проходит обучение в общеобразовательных учреждениях. Задача специалиста заключается в оказании помощи в адаптации ребенка с ОВЗ к образовательному учреждению. Необходимо организовать межведомственное взаимодействие между семьей, образовательным учреждением и специалистом, сопровождающим замещающую семью.

Также специалист может выполнять посредническую функцию между ребенком с ОВЗ, нуждающимся в каком-либо виде помощи, его семьей и другими специалистами, учреждениями и обществом в целом, т.е. координатором всех услуг (социальных, финансовых, юридических, медицинских, психологических и пр.), необходимых ребенку или его семье, обеспечивающим согласованность усилий специалистов различного профиля

(психологов, медиков, социальных работников, учителей). Так, если ребенок-инвалид учится в школе, необходима работа с педагогами, объяснение им особенностей обучения данного конкретного ребенка, тех форм и методов работы с ним, которые позволяют ему усваивать учебный материал наряду со здоровыми детьми. Для осуществления посреднической функции нужны налаженные связи специалиста с различными социальными службами микрорайона, района, города, учреждениями и общественными объединениями, хорошее знание структур и круга обязанностей административных органов, их местонахождение и телефоны.

Защитно-правовая функция специалиста органа опеки и попечительства заключается в том, что он использует весь комплекс правовых норм, направленных на защиту прав и интересов детей с ОВЗ; содействует применению мер государственного принуждения и реализации юридической ответственности лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные воздействия на детей; взаимодействует с органами социальной защиты и помощи. Реализация данной функции предполагает хорошую ориентировку в нормативно-правовых актах, законодательных документах, касающихся детей с ОВЗ. На основе имеющейся информации осуществляется правовое просвещение детей с ОВЗ и их родителей, оказание помощи в оформлении необходимых юридических документов, системная работа по соблюдению социальных прав, работа по сбору информации и накоплению юридических документов.

Таким образом, осуществление защитно-правовой функции предполагает создание условий, обеспечивающих защиту и реализацию прав ребенка с ОВЗ и среды формирования личности на основе международной и государственной нормативно-правовой базы.

2.2. Рекомендации по межличностному взаимодействию с детьми с ОВЗ

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушенным слухом

Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помаши ему рукой или похлопай по плечу. Смотри ему прямо в глаза и говори четко, хотя имей в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам.

Не затемняй свое лицо и не загораживай его руками, волосами или какими-то предметами. Собеседник должен иметь возможность следить за выражением твоего лица.

Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если ты не знаешь, какой предпочесть, спроси у них.

Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говори немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.

Говори ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо.

Если тебя просят повторить что-то, попробуй перефразировать свое предложение.

Используй жесты.

Убедись, что тебя поняли. Не стесняйся спросить, понял ли тебя собеседник.

Если ты сообщаешь информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напиши ее, сообщи по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.

Если существуют трудности при устном общении, спроси, не будет ли проще переписываться. Не говори: «Ладно, это неважно...». Сообщения должны быть простыми.

Не забывай о среде, которая тебя окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.

Не меняй тему разговора без предупреждения. Используй переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...».

Очень часто слабослышащие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика (сурдопедагога), не забудь, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику (сурдопедагогу).

Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Тебе лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил и помнить, что только три из десяти слов хорошо прочитываются; нужно смотреть в лицо собеседника и говорить четко и медленно, используя простые фразы, жесты, телодвижения.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушением зрения

Когда ты встречаешься с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называй себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент ты обращаешься и назвать себя.

Нарушение зрения имеет много степеней. Человек может быть полностью

слепым или плохо видеть. Полностью слепых людей всего около 10%, остальные люди имеют остаточное зрение, могут различать свет и тень, иногда цвет и очертания предмета. У одних слабое периферическое зрение, у других – слабое прямое при хорошем периферическом зрении. Все это надо выяснить учитывать при общении.

Предлагая свою помощь, направляй человека, не стискивай его руку, иди так, как Вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

Не обижайся, если твою помощь отклонили.

Опиши коротко, где ты находишься. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от Вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь – кофейный столик».

Предупреждай о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолоках, трубах и т.п.

Обрати внимание на наличие бьющихся предметов.

Используй (если это уместно) фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Учти, однако, что не всем это нравится.

Обращайся с собаками-поводырями не так, как к обычным домашним животным. Не командуй, не трогай и не играй с собакой-поводырем.

Не отнимай и не стискивай трость человека.

Всегда выясняй, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, диск, флешка. Если у вас нет возможности перевести информацию в нужный формат, отдайте ее в том виде, в котором она есть – это лучше, чем ничего.

Если ты собираешься читать незрячему человеку, сначала предупреди об этом. Говори нормальным голосом.

Если это важное письмо или документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяй чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, прочитай его обязательно. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.

Всегда обращай непосредственно к человеку, даже если он тебя не видит, а не к его зрячему компаньону.

Когда ты предлагаешь незрячему человеку сесть, не усаживай его, а направь руку на спинку стула или подлокотник. Если ты знакомишь его с незнакомым предметом, не води по поверхности его руку, а дай ему возможность свободно потрогать предмет.

Если тебя попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет.

Когда ты общаешься с группой незрячих людей, не забудь каждый раз называть того, к кому ты обращаешься.

Не заставляй твоего собеседника вещать в пустоту: если ты перемещаетесь, предупреди его.

Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.

Избегай расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде: «стакан находится где-то там, на столе», «это поблизости от вас».

Старайся быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас».

Пытайся облечь в слова мимику и жесты.

Если ты заметил, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляй его движением на расстоянии, подойди и помоги выбраться на нужный путь.

При спуске или подъеме по ступенькам веди незрячего человека перпендикулярно к ним.

Передвигаясь, не делай рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывай руки назад – это неудобно.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с речевыми нарушениями

Используй доступный язык, выражайся точно и по делу.

Избегай словесных штампов и образных выражений, если только ты не уверен в том, что твой собеседник с ними знаком.

Не говори «свысока». Не думай, что тебя не поймут.

Говоря о задачах или проекте, рассказывай все «по шагам». Дай возможность собеседнику обыграть каждый шаг после того, как ты объяснил ему.

Исходи из того, что взрослый человек с нарушениями речи имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.

Если необходимо, используй иллюстрации или фотографии. Будь готов повторить несколько раз. Не сдавайся, если тебя с первого раза не поняли.

Обращайся с человеком с речевыми нарушениями точно так же, как ты бы обращался с любым другим. В беседе обсуждай те же темы, какие ты обсуждаешь с другими людьми, например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.

Обращайся непосредственно к человеку.

Помни, что люди с речевой патологией, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т. д.

Если это необходимо, можешь записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложи своему собеседнику обсудить его с другом или семьей.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата

Когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположись так, чтобы твои и его глаза были на одном уровне, тогда тебе будет легче разговаривать.

Помни, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайся на нее, не толкай, не клади на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.

Всегда спрашивай, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.

Если твое предложение о помощи принято, спроси, что нужно делать, и четко следуй инструкциям.

Если тебе разрешили передвигать коляску, сначала кати ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.

Всегда лично убеждайся в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйся, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.

Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

Если существуют архитектурные барьеры, предупреди о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.

Помни, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.

Не думай, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т. п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с задержкой психического развития

Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.

Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми.

Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности не повышая голоса, когда требуется остановить слишком расходившегося ребенка, предотвратить возникающее столкновение.

Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.

Помните, что у детей с ЗПР часто встречается очень значительная подражательность и что своим общим поведением взрослый показывает эталон поведения и общения.

Всегда и во всем умейте до конца доводить начатую с детьми работу, проявляйте настойчивость.

Не говорите при детях об отрицательных или положительных чертах их самих или других детей, о ваших наблюдениях, характеристиках, семейных условиях, наследственности детей и других данных, могущих быть по-своему использованных детьми.

Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями)

Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами (нарушением интеллекта) могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.

Не надо думать, что люди с нарушением интеллекта обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.

Обращайся с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями) как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.

Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Это миф. Если ты дружелюбен, они будут чувствовать себя спокойно.

Неверно, что люди с психическими нарушениями всегда принимают или должны принимать лекарства.

Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они, как правило, признаются дееспособными.

Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.

Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать.

Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.

Не думай, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них хорошо, а что – плохо.

Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спроси его спокойно, что ты можешь сделать, чтобы помочь ему.

Не думай, что человек с психическими нарушениями не может справиться с волнением.

Не говори резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с РАС (расстройствами аутистического спектра)

Вести себя тише

Разговаривайте спокойно, размеренным тоном. Дети с РАС не способны считать ваши эмоции с голоса: они реагируют на любое резкое изменение тона. Повышение или понижение голоса воспринимают как повод к беспокойству.

Избегайте громких звуков. Ребята с этим отклонением часто имеют сверхчувствительный слух, поэтому многие звуки, которых не замечают другие дети, для них могут показаться болезненными.

Не ссорьтесь в присутствии ребенка с РАС. Общаясь в семье, употребляйте доброжелательные интонации в голосе, они воспринимаются детьми как позитивный фактор.

Обращайте внимание на музыкальный фон в играх, мультфильмах, аудиокнигах. Исключите быструю, ритмичную музыку любых направлений. Звуки природы, размеренная, спокойная классика лучше подойдут для нервной системы особенных детей.

Уважение и порядок

Обращайтесь по имени, чтобы показать, кому предназначена ваша речь. Можете дополнительно коснуться плеча, чтобы помочь малышу фокусироваться на вас. Но не перестарайтесь: такие дети очень ревниво относятся к личному пространству. Даже касания хорошо знакомых людей могут быть для них неприятными.

Любые изменения в распорядке или окружающем мире вводите постепенно, так как такие люди плохо переносят перемены в окружающем мире. Аутисты консервативны по природе своей.

Чтобы рассказать о чем-то новом, дать дополнительную информацию о мире, ориентируйтесь на интересы ребенка, ставьте их в основу своего высказывания. Тогда он заинтересуется и запомнит рассказанное с большей

вероятностью.

Разработайте строгий распорядок дня, введите правила и ограничения. Сами соблюдайте их всегда и избегайте изменений. Это позволит аутисту чувствовать себя уверенней, убережет от внутреннего дискомфорта.

Особенные и в общении

Общаясь с детьми-аутистами:

Учитывайте прямолинейность собеседника. Люди с РАС плохо воспринимают иносказания, иронию. При этом прямолинейны и даже во взрослом возрасте плохо считывают чужие эмоции. Не всегда следуют неписанным общественным правилам. Но, говоря что-то, возможно, для вас неприятное, они не стремятся обидеть собеседника. Просто констатируют конкретный факт или задают действительно интересующий их вопрос.

Не игнорируйте аутиста, не говорите о нем в третьем лице в его присутствии. Как только малыш или подросток понимает, что в разговоре его не учитывают или игнорируют, подчеркивая отличие от окружающих, он еще больше закрывается, погружаясь в свои переживания и чувство одиночества, считая, что общество отвергает его из-за отличий.

Не нарушайте личные границы и не повышайте голос. Аутичные люди нервно реагируют на чрезмерные проявления эмоциональности и нарушение их личных границ. Повышение голоса пугает их, приводит к состоянию сильного стресса, от которого они будут долго восстанавливаться. А телесный контакт с не знакомым близко человеком воспринимается как жестокое нарушение границ.

Если вы хотите прикоснуться к аутисту – спросите на это разрешение. Некоторые ребята успокаиваются, если их обнять, но это редкий случай. И далеко не от всех окружающих они готовы принять подобный близкий контакт.

Не оказывайте помощь, о которой вас не попросили. В ситуации, когда человек с РАС ведет себя странно, а окружение реагирует не так, как вы считаете нужным – проигнорируйте происходящее. Родители и сопровождающие знают об особенностях больного больше вас. Стороннее вмешательство лишь усиливает стресс и усугубляет ситуацию. Если все же решили вмешаться, то перед тем как начать оказывать помощь, спросите, нужна ли она.

Объяснить другим – облегчить общение

Рассказывайте окружающим о людях с особенностями, чтобы они лучше понимали трудности, с которыми сталкиваются эти малыши. И не реагировали на них слишком резко или негативно. Как правило, даже в детском саду ребята, узнавшие об особенностях аутиста из их группы, начинают вести себя дружелюбнее по отношению к нему, учитывают его потребности, чем, когда

просто думают, что он странный.

Детям и взрослым необходимо рассказывать, как познакомиться, начать общаться и подружиться с ребенком-аутистом. Эти люди не опасны для общества. И аутизм никак не связан с умственной отсталостью. Наоборот, такие люди талантливы в определенной области, склонны к искренним положительным эмоциям, открыты.

3. Особенности взаимодействия специалиста с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ

Сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, – это деятельность, направленная на актуализацию коррекционных ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность ее функционирования. Это позволяет формировать и реализовывать адекватные потребностям ребенка стратегии воспитания, базирующиеся на конструктивных родительских установках и позициях по отношению к нему. Технология сопровождения становится необходимой составляющей, позволяющей создать условия для полноценного развития детей с ОВЗ.

Целью социально-педагогического сопровождения родителей и законных представителей является: предоставление родителям квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально-психологическое содействие семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, повышение педагогической компетенции родителей.

Задачи социально-педагогического сопровождения:

- формировать у родителей позитивное восприятие личности ребенка с нарушениями развития;
- расширять видение родителей своих воспитательных функций в отношении ребенка с ОВЗ;
- знакомить родителей со специальными коррекционными и методическими приемами, необходимыми для проведения занятий со своим ребенком в домашних условиях;
- знакомить родителей с эффективными методами детско-родительского взаимодействия, воспитательными приемами, необходимыми для коррекции личности ребенка с отклонениями в развитии;
- формировать интерес к личностному развитию ребенка на основе его компенсаторных возможностей;
- мотивировать родителей на обращение за помощью лично для себя;
- способствовать расширению контактов семьи с социумом, обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей со схожими проблемами;

– оказывать своевременную информационную помощь семьям, воспитывающим ребенка с ОВЗ.

Современные исследования, посвященные проблеме семей, воспитывающих детей с инвалидностью и ОВЗ на сегодняшний день достаточно подробно рассматривают процессы, происходящие внутри семьи. Основной проблемой можно назвать неготовность членов семьи принять рождение ребенка с отклонениями даже на ранних этапах его жизни. Зачастую не готовы принять это отцы. В исследованиях Акатова подробно рассмотрен цикл жизни таких семей.

Оказывается, что члены семьи не видят выхода из сложившейся ситуации. Психологический барьер и социальные стереотипы становятся причиной распада семьи, в которой родился ребенок с инвалидностью. Поэтому, в работе с такой семьей ключевую роль нужно отвести социальному педагогу и психологу, дабы вернуть жизнедеятельность семье. Этим специалистам, помимо точечной социально-педагогической работы, нужно создать ситуацию успеха для такой семьи, мотивировать на дальнейший безбарьерный успех и преодоление проблемы.

Одним из важных направлений работы с такими семьями является оказание помощи как самим детям с ОВЗ, так и их родителям в налаживании взаимоотношений, обеспечении взаимопонимания, определении рациональных путей решения сложных семейных проблем.

Неумение воспитывать – сложная личностная проблема. Задача специалиста заключается в том, чтобы предоставить родителям конкретную квалифицированную методическую помощь в коррекции недостатков семейного воспитания. Этого можно достичь только при условии построения внутрисемейных отношений на фундаменте сотрудничества, взаимной помощи, взаимопонимания. В основе эффективных взаимоотношений лежит тесный контакт с семьей, понимание процессов, происходящих в современной семье, использование положительного воспитательного потенциала, безграничных источников народной педагогики, пропаганда опыта семейного воспитания.

Лица с ОВЗ в борьбе и преодолении жизненных преград самоактуализируются. Именно такой личности не свойственны инертность и защитные реакции, а наоборот – подвижность, независимость от внешнего воздействия, опора на себя.

Исходя из этого, специалист не может решить за клиента его проблемы, но вполне способен помочь личности определить свою позицию, которая даст возможность перестроить текущее тяжелое положение в функциональную самореализацию. Для того, чтобы социально-педагогическое воздействие имело положительный результат, специалист должен принимать клиента таким, какой

он есть, быть настроенным к нему позитивно.

Для создания эффективной системы ранней помощи детям с ОВЗ необходимо владеть результатами ведущих научных разработок ученых по проблемам сенситивных периодов в развитии функций высшей психической деятельности у детей с различными степенями умственного и физического недоразвития. Решение этих задач осложняется тем, что для некоторых специалистов это новая область, ведь дефектологи, логопеды работали раньше с детьми более старшего возраста, а не с младенцами. Каждый ребенок нуждается в помощи нескольких специалистов по детскому развитию, которые обладают знаниями возрастного развития ребенка. Кроме этого, они должны уметь привлекать к процессу диагностики и коррекции родителей ребенка.

Для организации ранней помощи детям с отклонениями в развитии необходимо преследовать такие цели, как: обратить внимание на семью, в которой появился ребенок с ОВЗ, необходимо стимулировать ответственность родителей за уход и воспитание такого ребенка, осуществлять практический контроль медицинского персонала за данным ребенком, заниматься разработкой различных методов раннего выявления и диагностики психомоторных нарушений и оценки уровня развития ребенка, осуществлять на практике мультидисциплинарный подход в предоставлении реабилитационной помощи ребенку.

Также следует осуществлять конкретную психолого-педагогическую помощь родителям детей с ОВЗ в виде обучения навыкам взаимодействия с ребенком и методам коррекционной работы, отрабатывать предупреждения нарушений поведения, формировать навыки игровой и учебной деятельности, то есть осуществлять комплексный подход всех специалистов к организационно-воспитательной и лечебно-коррекционной деятельности во всех специализированных детских учреждениях.

Технология работы специалиста с семьей ребенка-инвалида включает оказание психологической помощи, правовое консультирование родителей, содействие в оказании материальной и бытовой помощи, оказание помощи родителям во взаимодействии с различными центрами и учреждениями. Специалист должен стремиться привлекать родителей ребенка с ограниченными возможностями к воспитанию и обучению своих детей активными и гармоничными личностями.

Памятка для родителей, имеющих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья

Психологическая поддержка – это процесс, в котором взрослый сосредоточивается на позитивных сторонах и преимуществах ребёнка с целью

укрепления его самооценки, помогает ребёнку поверить в себя и свои возможности, поддерживает при неудачах. Родители, имеющие ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, должны помнить, что от их отношения к ребёнку, от правильного выбора собственного поведения, от внутрисемейного психологического климата будут зависеть уверенность, комфортность подрастающей личности, удовлетворенность собой и другими людьми.

Поддерживать можно посредством:

– отдельных слов, высказываний: «Прекрасно», «Здорово», «Отлично», «Я рад твоей помощи», «Ты молодец» и т.п.;

– прикосновений, совместных действий: обнять, погладить, подержать за руку;

– мимики: улыбка, кивок головой, подмигивание.

Укрепление уверенности – самый надёжный способ уберечь своего ребёнка от глубоких психологических потрясений – укрепить его уверенность, что родители всегда рядом и готовы помочь ему в любых неудачах и проблемных ситуациях, что он любим и его ценят как личность. Слова поддержки: «Зная тебя, я уверен, что у тебя это получится»; «Да, это трудно, но я думаю, ты справишься».

Выражение одобрения – всегда очень полезно наградить ребёнка словами одобрения за достигнутые успехи, которые он сам считает важными.

Одобрение вызывает чувство удовлетворения собой, подкрепляет стремление к достижению новых высот, формирует позицию победителя: «Я горжусь тобой»; «Здорово у тебя получилось»; «Ты хорошо справился».

Положительная ориентация на других людей – если ребёнок воспринимает похвалу только в свой адрес, этого недостаточно. Научите его замечать хорошее в других людях. Чаще собирайтесь всей семьей и обсуждайте успехи всех её членов.

Поощрение дружеских отношений – поиск друга – важная проблема для ребёнка. Дружба даёт возможность испытать драгоценное сознание того, что ты нужен другим. Ребёнку важно находиться в кругу сверстников, чувствовать себя принятым группой. Если ваш сын (или дочь) в силу объективных причин большую часть времени проводит в стенах собственной квартиры, пусть её двери всегда будут открыты для друзей. По возможности помогите ему расширить круг общения со сверстниками, которые навещали бы его дома, проводили время в совместных занятиях.

Организация взаимодействия ребёнка с ограниченными возможностями здоровья с окружающей средой

– Не забудьте о необходимости подготовить ребёнка к встрече с незнакомыми людьми. Если он может понять ваши рассказы, поясните, куда придёте, чем люди (дети) будут отличаться от старых знакомых. Если ребёнок не воспринимает ваших пояснений, особые усилия приложите к подготовке людей, с которыми будете встречаться.

– Не упустите из виду особую эмоциональную восприимчивость своего ребёнка. Приготовьтесь к тому, что возможно он будет стремиться спрятаться, не отходить от вас. Найдите в себе силы выдержать некоторое время.

Общение с внешним окружением необходимо разумно ограничивать. Начинайте с нескольких минут, постепенно увеличивая время.

– Не «навязывайте» своего ребёнка, если в данный момент кто-либо его не воспринимает. Это не его вина, просто предлагаемая среда для игры или общения пока не готова его принять, попробуйте ещё раз найти способы подготовить окружение к приходу особого ребёнка, а в случае, если почувствуете нереальность поставленных задач, не отчаивайтесь, ищите других людей, других сверстников. Надёжным, проверенным способом является приглашение людей к себе в дом или объединения семей, имеющих таких же особых детей.

– При взаимодействии с людьми с инвалидностью нужно соблюдать общепризнанные нравственные принципы общения: уважительность, гуманность, вежливость, конфиденциальность, невмешательство в сферу личной жизни.

– С детьми с ОВЗ следует вести себя естественно и общаться с ними на равных.

– При разговоре с ребенком с ОВЗ нужно обращаться непосредственно к нему, а не к сопровождающему или переводчику жестового языка, который присутствует при разговоре.

– При знакомстве с человеком с инвалидностью вполне естественно пожать ему руку: даже те, кому трудно двигать рукой или кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку – правую или левую, что допустимо.

– При встрече с ребенком с нарушениями зрения обязательно представляются все присутствующие. Если это общая беседа в группе, не забывайте пояснять, к кому в данный момент обращаются.

– Прежде, чем помогать, следует сначала предложить помощь, дождаться, пока ее примут, а затем поинтересоваться, что и как делать.

– К ребенку можно обращаться по имени, к взрослому – по имени и

отчеству.

– Говорить с одноклассником с ОВЗ нужно обычным голосом и языком. Только в случае общения со слабослышащим можно увеличить громкость речи.

– При разговоре с человеком, испытывающим трудности в общении, – слушать его внимательно, быть терпеливым, не поправлять, не перебивать его и не договаривать за него.

– Необходимо уважать личные границы собеседника. Перед началом разговора лучше убедиться, что человек с ОВЗ вообще хочет общаться.

– Инвалидная коляска – часть тела колясочника. Прежде чем передвинуть ребенка на коляске, надо спросить его разрешения.

– Не следует обсуждать ребенка с ОВЗ при всех и при нем самом в третьем лице.

Общие рекомендации родителям по оказанию ребенку помощи в развитии

Чаще хвалите ребенка. Ласково обнимайте или давайте ему какую-нибудь маленькую награду, когда у него что-нибудь получается или когда он очень старается. Если ребенок старается сделать, но у него не получается, лучше обойдите это молчанием или просто скажите: «Жаль, не вышло, в другой раз получится».

Больше разговаривайте с ребенком. Объясняйте все, что вы делаете. Ребенок слушает и начинает усваивать язык задолго до того, как заговорит. Если вы считаете, что ребенок не слышит, говорите с ним и используйте «язык жестов». Убедитесь, что он смотрит на вас, когда вы говорите.

Помогая ребенку осваивать новый навык, мягко и осторожно направляйте его движения своими руками.

Используйте зеркало, чтобы помочь ребенку узнать свое тело, научиться владеть руками.

Используйте подражание. Чтобы научить ребенка новому действию или навыку, сначала выполните действие сами и пригласите ребенка повторить его, подражая вам. Превратите это в игру.

Побуждайте ребенка двигаться или тянуться, стараясь достать то, что он хочет.

Сделайте учение забавой. Всегда ищите способы превратить обучающие занятия в игру.

Пусть старшие братья и сестры показывают ребенку новые приспособления, предметы, игрушки и т.д.

Обучить ребенка – важно, но не менее важно давать ему возможность исследовать, пробовать свои силы и самому делать для себя то, что он может.

Пусть ребенок по мере сил обслуживает себя сам. Помогайте ему только в той мере, в какой это необходимо. Это – «золотое правило реабилитации».

Когда ребенку трудно что-нибудь сделать, или он делает это медленно и неумело, родителям очень часто хочется «помочь» ребенку, сделав это за него.

Однако, для развития полезнее, если вы дадите ему возможность сделать это самому, поддерживая и поощряя и помогая лишь теми способами, которые позволяют ребенку по мере сил самому себя обслуживать. В работе по развитию с особыми детьми очень важен индивидуальный подход не только в подборе упражнений, важно не столько следовать указаниям, сколько думать, наблюдать за реакцией ребенка, замечать, как занятие помогает или мешает общему развитию ребенка.

Необходимо приспособлять занятие к потребностям каждого ребенка.

Этапы раннего стимулирования детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья

1. Внимательно наблюдайте за ребенком, чтобы оценить, что он может и чего не может в каждой области развития.

2. Отметьте, какие вещи он только начинает делать или пока делает с трудом.

3. Решите, какому новому навыку его нужно научить или какое действие нужно поощрять.

4. Разделите каждый новый навык на маленькие ступени – на такие действия, которые ребенок может освоить за один-два дня, после чего переходите к следующей ступени.

Родителям необходимо помнить следующее:

Не ожидайте слишком многого сразу. Начните с того, что ребенок умеет делать хорошо, а затем побуждайте его сделать немножко больше.

Правильная помощь и в нужное время принесет успех и радость и ребенку, и тем, кто ему помогает.

Литература:

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001 – 192 с.
2. Дуброва Т.И. Памятки по работе с детьми с ОВЗ. Коррекционная работа психолога. – [Электронный ресурс] URL: https://kopilkaurokov.ru/psihologu/meropriyatia/pamiatki_po_rabotie_s_diet_mi_ovz_korriektsionnaia_rabota_psikhologha
3. Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014 – 227 с.
4. Моцовкина Е.В., Вишневский В.А. Направления социально-педагогической работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями // Психолого-педагогические науки. 2018 № 3. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/napravleniya-sotsialno-pedagogicheskoy-raboty-s-semyami-vospityvayuschimi-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami>
5. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина // Под общ. ред. Н.Я. Семаго. – М.: МГППУ, 2012 – С. 23–25.
6. Ромашина Е.В. Функции социального педагога, работающего с детьми-инвалидами // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2006, № 16.
7. Стругова В.Г., Колесникова О.Б. Социально-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2017, № 3. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-semi-rebenka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-v-usloviyah-reabilitatsionnogo>
8. Тернова В.В. Работа социального педагога по работе с учащимися с ОВЗ на 2017–2018 учебный год. – [Электронный ресурс] URL: <https://ppms.edu-penza.ru/elektronnaya-biblioteka/%D0%9C%D0%95%D0%A2%D0%9E%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%98%D0%95%20%D0%A0%D0%95%D0%9A%D0>

%9E%D0%9C%D0%95%D0%9D%D0%94%D0%90%D0%A6%D0%98%D0%98
%20%D0%A1%D0%9E%D0%A6%20%D0%9F%D0%95%D0%94%D0%90%D0%
93%D0%9E%D0%93%D0%A3%20%D0%9F%D0%9E%20%D0%A0%D0%90%D
0%91%D0%9E%D0%A2%D0%95%20%D0%A1%20%D0%94%D0%95%D0%A2
%D0%AC%D0%9C%D0%98%20%D0%A1%20%D0%9E%D0%92%D0%97.pdf

Составитель
Жарикова Людмила Викторовна

**ПАМЯТКА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ ОПЕКИ И
ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ
ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ**

Подписано в печать 24.10.2023 г. Бумага офсетная.
Формат 60x84/16. Гарнитура «Times New Roman».
Печать лазерная. Усл. печ. л. 3
Тираж 100 экз.

ГАУ ДПО СОИРО
214000, г. Смоленск, ул. Октябрьской революции, 20а

