



Российская Федерация
Администрация городского округа «Город Калининград»
КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ
Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение
города Калининграда
СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 12

РАССМОТРЕНА
и рекомендована к утверждению
педагогическим советом
МАОУ СОШ № 12
протокол от 30.08.2024 №265

УТВЕРЖДЕНА
Приказом директора
МАОУ СОШ № 12
от _____ № _____



ПРОГРАММА
СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ,
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
МАОУ СОШ № 12

Калининград, 2024

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. Общее определение психолого-педагогического сопровождения.....	9
2. Специфика, принципы и виды деятельности педагога-психолога в процессе психолого-педагогического сопровождения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ.....	10
3. Общие подходы к осуществлению ППМС-центрами комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных организациях.....	15
4. Мероприятия по социальной реабилитации ребенка-инвалида.....	17
5. Функциональный диагноз как основа реализации дифференцированного и индивидуального подходов к комплексному сопровождению детей-инвалидов.....	23
6. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями.....	25
7. Изучение и коррекция реакций личности на болезнь как одна из задач психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов.....	30
8. Психолого-педагогическое сопровождение детей с инвалидностью (ОВЗ) в контексте инклюзивного образования.....	40
9. Современные модели инклюзии.....	44
10. Система работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий в процессе комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся по адаптированным основным общеобразовательным программам.....	48
11. Примеры техник, рекомендуемых к применению со старшими школьниками с ОВЗ.....	52
12. Арт-терапия и арт-педагогика как составная часть психолого-педагогического сопровождения.....	54

13. Различные организационные варианты проведения арт-терапевтических и арт-педагогических занятий в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с инвалидностью и ОВЗ60

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....64
ЛИТРАТУРА.....64

ВВЕДЕНИЕ

Современная система образования стремится соответствовать общим нормам и ценностям демократического общества, служить интересам разных социальных групп, среди которых важнейшими являются образовательные потребности личности. Среди них:

- потребности в полноценном и разностороннем личностном становлении и развитии – с учетом индивидуальных склонностей, интересов, мотивов и способностей (личностная успешность);
- потребности личности быть включенной в социальную среду и участвовать в жизни общества (социальная успешность);
- потребности в развитии универсальных трудовых и практических умений, выборе и овладении профессией (профессиональная успешность).

Создание в образовательных учреждениях возможностей для удовлетворения этих образовательных потребностей личности выступает в настоящее время основой развития системы образования в разных странах мира. При этом имеются группы детей и взрослых, чьи образовательные потребности обладают особыми чертами. Особые образовательные потребности возникают у детей или взрослых тогда, когда в процессе их обучения возникают определенные проблемы несоответствия их возможностей общепринятым социальным ожиданиям, образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения. Особые образовательные потребности ребенка требуют от школы предоставления дополнительных или особых материалов, программ или услуг.

Особые образовательные потребности чаще всего бывают связаны с инвалидностью, ограниченными возможностями психического или физического здоровья или с особенностями развития. В более широком смысле они могут быть обусловлены культурно-этническими, языковыми и иными социокультурными особенностями. Включение лиц с особыми образовательными потребностями в процесс обучения на любом уровне образования является сравнительно новой тенденцией для российского общества, связанной с понятиями инклюзии, инклюзивного образования.

Согласно п. 27 Статьи 2 нового Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ (редакция от 13.07.2015), инклюзивное образование – это обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Инклюзивное образование, например, предполагает такую организацию процесса обучения, при которой по возможности все дети, независимо от их физических, психических, культурно-этнических и некоторых иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются по месту жительства в тех же школах, где учатся их сверстники без особых образовательных потребностей. Они обучаются в школах общего типа, которые учитывают их особые образовательные потребности и оказывают им необходимую специальную поддержку.

Статья 5 того же закона («Право на образование. Государственные гарантии реализации права на образование в Российской Федерации») гласит, что в целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья. Эти необходимые условия обеспечивают коррекцию нарушений их развития и социальной адаптации, оказание ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения. Такие условия в максимальной степени способствуют получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время в нашей стране осуществляется постепенное внедрение модели инклюзивного образования, обеспечивающей равный доступ к образованию для всех обучающихся, в том числе лиц с особыми образовательными потребностями, имеющими инвалидность и ОВЗ.

Применительно к детям-инвалидам это, например, означает их обучение в школах общего типа, в классе вместе с обычными детьми. При этом учитываются особые образовательные потребности детей-инвалидов. В случае необходимости, им оказывается специальная поддержка. При обучении детей с особыми образовательными потребностями в России, наряду с инклюзивным подходом, продолжают применяться и, скорее всего, будут и в дальнейшем использоваться:

1. Дифференцированное обучение детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития в специальных (коррекционных) учреждениях I–VIII видов.
2. Интегрированное обучение детей в специальных классах (группах) в общеобразовательных учреждениях.

Задачи, связанные с развитием модели инклюзивного образования, постепенно переходят из идеологической плоскости в плоскость организационную, научно-методическую и исследовательскую. Можно отметить дефицит учебно-методических и дидактических средств, в частности, методических разработок, связанных с психолого-педагогическим сопровождением детей-инвалидов с ОВЗ, моделями и технологиями, отвечающими особым образовательным потребностям таких детей.

В связи с этим, повышенный интерес вызывают технологии арт-терапии и арт-педагогики, способные оптимизировать процесс психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов, обеспечить их эффективную психолого-педагогическую поддержку. Эти технологии могут быть использованы, наряду с иными технологиями, расширяя возможности специалистов в решении комплекса задач психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса.

Все это обусловило необходимость подготовки настоящего издания. Оно систематизирует и обобщает теоретическую и методическую информацию, связанную с использованием технологий арт-терапии и арт-педагогики в образовательных учреждениях, в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью.

Логика написания пособия связана с необходимостью сочетания общих положений, касающихся стратегии и задач психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью, с конкретными методическими указаниями, касающимися мероприятий по социальной реабилитации детей-инвалидов, функциональной диагностики, особенностей психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых

обусловлена соматическими заболеваниями, изучения и коррекции реакций личности на болезнь, реализации инклюзивных моделей образования, системы работы по формированию универсальных учебных действий, системы использования арт-терапевтических технологий.

1. Общее определение психолого-педагогического сопровождения

В современной психолого-педагогической науке исследователями предлагается более 20 определений понятия «сопровождение». При этом различные авторы ставят акценты либо на психологическое, либо на педагогическое сопровождение. Под психологическим сопровождением понимается деятельность психолога как часть системы сопровождения, направленная на группу обучающихся, имеющих отклонения от статистической нормы в аспекте психических функций или социализации личности (Г. Бардиер, М.Р. Битянова, Е.А. Козырева, А.К. Колеченко, О.И. Сдобникова и др.). Педагогическое сопровождение связывается с профессиональной деятельностью педагога, направленной на создание социально-педагогических условий для успешного обучения и личностного развития обучающихся в ситуации школьного взаимодействия (Л.Л. Баландина, А.Б. Кокин, Т.М. Чурекова и др.).

Т.Г. Луковенко, Г.В. Митина, Н.В. Ющенко считают, что психолого-педагогическое сопровождение в образовательной организации должно носить комплексный характер, предполагающий взаимодействие специалистов различных профилей. Анализ работ по рассматриваемой проблеме выявляет различие как в определении предмета сопровождения: «сопровождение развития», «сопровождение отношений», «психолого-педагогическое сопровождение обучающегося», «сопровождение учебно-воспитательного процесса», «сопровождение адаптации воспитанника», так и в подходах к определению содержания понятия, его целевых ориентиров и принципов.

Психолого-педагогическое сопровождение представляет собой один из важнейших компонентов профессиональной деятельности педагога-психолога и заключается в создании оптимальных социально-психологических условий для успешного обучения, социализации и развития ребёнка в образовательном процессе. Психолого-педагогическое сопровождение включает следующие основные взаимосвязанные действия:

- мониторинг психологического и педагогического статуса ребёнка в процессе его учебной деятельности и общения в школе;
- создание оптимальных социально-психологических условий для его успешного обучения, социализации и развития;

- создание специальных условий детям, имеющим проблемы в психическом развитии и обучении (детям с особыми образовательными потребностями), одаренным детям.

Психолого-педагогическое сопровождение предполагает:

- выбор педагогом-психологом подходящего содержания, методик и форм работы, применительно к конкретному контингенту детей и отдельному ребёнку;

- организацию своей деятельности на основе разработки и реализации перспективных планов работы с последующим отслеживанием ее эффектов.

- определение конкретных объектов его психолого-педагогической деятельности (обучающихся или их групп) и создание подходящих условий для проведения с ними психолого-педагогической работы.

2. Специфика, принципы и виды деятельности педагога-психолога в процессе психолого-педагогического сопровождения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ

Психолого-педагогическое сопровождение детей с инвалидностью и ОВЗ в процессе обучения представляет собой комплексное взаимодействие специалистов (педагог, педагог-психолог, сурдопедагог, тифлопедагог и др.) с обучающимся, направленное на вовлечение такого ребенка в социальное взаимодействие, обеспечение возможности интегрироваться в образовательное пространство. В основе психолого-педагогического сопровождения лежит осмысление и структурирование командой сопровождения (включающей педагога-психолога и других работников образовательной организации), проблем, с которыми могут столкнуться обучающиеся данных категорий (пространственные, личностные, коммуникативные, учебно-познавательные). Определив проблемные области, далее можно встраивать стратегию предупреждения вероятных проблем и (или) тактику их преодоления. Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется в процессе адаптации и интеграции детей с инвалидностью и ОВЗ в образовательную среду, формирования необходимых компетенций в процессе усвоения учебных дисциплин и общения с педагогами и сверстниками.

При организации психолого-педагогического сопровождения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ необходимо руководствоваться следующими принципами:

- принципом соответствия социокультурной образовательной среды адаптивным возможностям ребенка;

- принципом обеспечения равных возможностей детей в процессе получения образования;
- принципом сотрудничества и взаимодействия, опоры на интегративный (смешанный) коллектив детей с ОВЗ и детей, не имеющих инвалидности и ОВЗ;
- принцип непрерывности, системности, комплексности в обеспечении психолого-педагогического сопровождения (Михайлова Т.А., 2008).

Ориентирами психолого-педагогического сопровождения детей с инвалидностью и ОВЗ выступают:

- максимальный учет особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся;
- индивидуализированная коррекция нарушений учебных и коммуникативных умений и социальной адаптации;
- развитие навыков адекватного восприятия результатов своей деятельности, без излишней нервозности и тревожности;
- сохранение индивидуальности обучающегося, создание условий для его самовыражения;
- установление полноценных межличностных отношений с другими детьми и работниками образовательной организации, создание комфортного психологического климата в коллективе.

Приемы и специфика психолого-педагогического сопровождения детей с инвалидностью в каждом конкретном случае определяются его целью и содержанием и предполагают следующее:

- Обеспечение учебно-методическими ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.
- Использование технологических средств электронного обучения, позволяющих осуществлять прием-передачу информации в доступных формах в зависимости от нозологий.
- Использование технологий социокультурной реабилитации.
- Дифференциация обучения с учетом темпа деятельности конкретной категории детей или конкретного ребенка, уровня их обученности, сформированности умений и навыков.
- Индивидуализация форм и способов контроля освоения образовательной программы.

Основные виды деятельности педагога-психолога в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с инвалидностью и ОВЗ следующие:

1. Консультирование.
2. Психологическая диагностика.
3. Психокоррекционная и развивающая работа.
4. Просвещение.
5. Психологическая профилактика.

Рассмотрим подробнее каждое из направлений. Консультирование – это оказание помощи обучающимся, их родителям (законным представителям), работникам образовательной организации в вопросах развития, воспитания и обучения посредством психологического консультирования. Так, например, психологическое консультирование обучающихся и их родителей (законных представителей) по вопросам профессиональной ориентации должно помочь старшеклассникам в выборе подходящей им профессии с учетом имеющихся познавательных и творческих способностей, личностных предпочтений. Кроме проблем, связанных с учебной деятельностью, обучающиеся могут получать консультации по проблемам личностного развития, снижению негативных проявлений психоэмоциональной сферы, формированию конструктивных способов разрешения конфликтных ситуаций. Психологическое консультирование может осуществляться как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Психологическая диагностика позволяет выявить индивидуально-психологические особенности ребенка, а также оценить уровень его личностного и интеллектуального развития. Психологическая диагностика может решать широкий спектр проблем: прогноз профессиональной карьеры старшеклассника; диагностика личностных и индивидуально-типологических особенностей; исследование критериев психологического здоровья.

Психокоррекционная и развивающая работа педагога-психолога заключается в составлении системы работы с обучающимися, испытывающими трудности обучения и адаптации. Развивающая работа ведется по следующим направлениям:

- развитие познавательной сферы обучающихся: внимания, воображения, мышления, памяти и т.д.;
- снятие тревожности, формирование адекватной самооценки;

- развитие навыков самоорганизации и самоконтроля;
- повышение сопротивляемости стрессу; - актуализация внутренних ресурсов.

Просвещение является разделом профилактической деятельности педагога-психолога, направленной на формирование у обучающихся, их родителей (законных представителей), и педагогов положительных установок к психологической помощи, деятельности педагога-психолога и расширение кругозора в области психологического знания.

Психологическая профилактика – это деятельность по предупреждению возможного неблагополучия в психическом и личностном развитии человека и созданию психологических условий, максимально благоприятных для этого развития. Под психологической профилактикой понимается целенаправленная систематическая совместная работа специалистов:

- по предупреждению возможных социально-психологических проблем у всех участников образовательного процесса;
- по выявлению различных групп риска (по различным основаниям): обучающиеся, испытывающие трудности в адаптации и учебной деятельности;
- по созданию благоприятного эмоционально-психологического климата в коллективах образовательной организации.

Коррекционно-развивающая деятельность педагога-психолога в процессе психолого-педагогического сопровождения ребенка с инвалидностью и ОВЗ охватывает следующие направления:

1. Работа с эмоциональной сферой – преодоление тревожности, мнительности, неуверенности в себе, других негативных эмоций, формирование навыков регуляции настроения, повышения активности и самостоятельности ребенка.
2. Работа с личностной сферой – коррекция и преодоление негативных проявлений в самооценке, изучение характерологических особенностей своей личности, исследование мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер.
3. Работа с поведенческой сферой – осознание неконструктивности имеющихся форм поведения и развитие навыков успешного социального поведения; развитие навыков общения.

3. Общие подходы к осуществлению ППМС-центрами комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных организациях

Разработка и реализации программы комплексного сопровождения обучающегося с инвалидностью осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации ребенка-инвалида (ИПРА), которая выдается учреждениями медико-социальной экспертизы. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывается по результатам проведения медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинично-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченным заместителем руководителя главного бюро (Федерального бюро).

Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы направляет выписку из ИПРА ребенка-инвалида (далее - Выписка) в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства ребенка-инвалида, определенные в соответствии с его ИПРА исполнителями реабилитационных и/или абилитационных мероприятий.

Выписка направляется для выполнения следующих мероприятий:

а) по медицинской реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

б) по психолого-педагогической реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования; в) по профессиональной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения;

г) по социальной реабилитации или абилитации – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения;

д) по физкультурно-оздоровительным мероприятиям – в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта;

е) по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемых ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета.

Органы исполнительной власти и региональные отделения Фонда в 3-дневный срок с даты поступления Выписки в целях реализации предусмотренных ИПРА инвалида реабилитационных или абилитационных мероприятий должны организовать работу по разработке перечня мероприятий, с указанием исполнителей и сроков исполнения мероприятий. В качестве исполнителей мероприятий, предусмотренных перечнем, указываются организации, осуществляющие деятельность по реабилитации или абилитации инвалидов в соответствующей сфере деятельности органа исполнительной власти.

Срок исполнения мероприятий, предусмотренных перечнем, не должен превышать срока исполнения мероприятий, возложенных на орган исполнительной власти по реализации ИПРА ребенка-инвалида. Сведения о выполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), представляются органом исполнительной власти (региональным отделением Фонда) бюро (главному бюро, Федеральному бюро) не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

Оценка результатов проведения мероприятий осуществляется специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) при очередном освидетельствовании ребенка-инвалида. ППМС-центры, создающиеся органами исполнительной власти в сфере образования, могут осуществлять мероприятия по психолого-педагогической и социальной реабилитации или абилитации детей-инвалидов, а также при наличии условий проводить физкультурно-оздоровительные мероприятия, предусмотренные ИПРА. Эти мероприятия могут осуществляться ППМС центром при реализации программкоррекционной работы, связанной с оказанием комплексной (психолого-педагогической, медицинской и социальной) помощи детям, испытывающим трудности в освоении общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, а также в рамках реализации основных общеобразовательных программ дошкольного образования, дополнительных общеобразовательных программ и программ профессионального обучения.

4. Мероприятия по социальной реабилитации ребенка-инвалида

Реализация мероприятий в части психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов, предусматривает, прежде всего, психолого-педагогическое сопровождение специалистами ППМС центра получения образования этими детьми по основным общеобразовательным программам. В рамках договора о сетевой реализации основной общеобразовательной программы, в том числе адаптированной основной общеобразовательной программы (далее ООП или АООП) специалисты

ППМС-центра могут реализовывать определенные направления коррекционной работы.

Направления работы по реализации мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов дифференцированы в соответствии с определенными функциями ППМС центров. В рамках функции ППМС-центров по оказанию психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям-инвалидам можно выделить следующие направления деятельности:

- консультирование родителей (законных представителей) детей-инвалидов по вопросам предупреждения и преодоления трудностей обучения, нарушений социализации и социальной адаптации;
- своевременное выявление и коррекция отклонений в развитии детей-инвалидов;
- участие специалистов ППМС-центров в разработке и реализации АООП для обучающихся с инвалидностью в соответствии с медицинскими или социально-педагогическими показателями;
- организация вариативных форм групп кратковременного пребывания для детей-инвалидов и детей с ОВЗ;
- оказание психологической помощи детям-инвалидам, находящимся в кризисном состоянии, ситуации конфликта, состоянии дезадаптации и других состояниях; – оказание комплексной индивидуально-ориентированной помощи детям-инвалидам из приемных и опекунских семей;
- обследование детей-инвалидов для определения индивидуальных особенностей, ограничений и ресурсов, оценки ситуации развития, выявления причин трудностей;
- проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми-инвалидами, испытывающими трудности в обучении, адаптации,

Наряду с мероприятиями по психолого-педагогической реабилитации, ИПРА включает также мероприятия по социальной реабилитации, в том числе: 1) социально-средовой; 2) социально-педагогической; 3) социально-психологической; 4) социокультурной; 5) социально-бытовой; 6) физкультурно-оздоровительной, в том числе спортивных мероприятий.

1. Социально-средовая абилитация или реабилитация направлена на интеграцию ребенка-инвалида в общество путем обеспечения его необходимым набором технических средств реабилитации, обучению пользования ими, созданием доступной среды в ближайшем окружении ребенка-инвалида. Мероприятия по социально-средовой реабилитации

ребенка-инвалида заключаются в восстановлении (формировании) или компенсации следующих элементов активности и участия: в обычных общественных взаимоотношениях (встречи с друзьями, родственниками, общение по телефону и др.), вовлеченности в данные отношения, ролевое положение в семье, умение распоряжаться деньгами, посещать магазины, производить покупки, учреждения сферы услуг, делать иные расчеты и др.), умения пользоваться транспортом, транспортными коммуникациями, преодоление препятствий – лестниц, бордюров, умения пользоваться средствами связи, информацией, газетами, чтение книг, журналов, проведение досуга, физической культуры, спорта, творчества, возможность посещения культурно-массовых учреждений и пользование их услугами.

2. Социально-педагогическая абилитация или реабилитация осуществляется в ходе обучения ребенка-инвалида по соответствующим его возможностям образовательным программам, посредством формирования знаний, навыков, стереотипов социального поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих полноценное участие детей-инвалидов в общепринятых формах социального взаимодействия

3. Социально-психологическая абилитация или реабилитация детей-инвалидов направлена на восстановление (формирование) способностей, позволяющих им успешно выполнять различные социальные роли (игровые, образовательные, семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

Это направление включает:

– психологическое консультирование, ориентированное на решение социально-психологических задач и представляющее собой специально организованное взаимодействие между психологом и ребенком (и/или его родителем/опекуном), нуждающимся в психологической помощи, с целью разрешения проблем в области социальных отношений, социальной адаптации, социализации и интеграции;

– психологическую диагностику, заключающуюся в выявлении психологических особенностей инвалида, определяющих специфику его поведения и взаимоотношений с окружающими, возможности его социальной адаптации с использованием психодиагностических методов и анализе полученных данных в целях социально-психологической реабилитации;

– психологическую коррекцию, направленную на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении инвалида, а также на помощь в формировании необходимых психологических и социальных навыков и компетенций ребенка-инвалида, естественное становление которых затруднено в силу ограничений жизнедеятельности либо особенностей условий развития и среды;

– психотерапевтическую помощь, рассматриваемую как систему психологических воздействий, направленных на преодоление нарушений психической деятельности и поведения, обусловленных психогенными воздействиями, а также психотравмирующими обстоятельствами, связанными с болезнью, неблагополучной микросоциальной средой и др. В качестве методов активирующего психотерапевтического воздействия могут быть использованы арт-терапия, психодрама, семейная психотерапия, библиотерапия и другие методы терапии в групповой или индивидуальной форме; – социально-психологический тренинг, направленный на снятие у ребенка-инвалида последствий психотравмирующих ситуаций, нервнопсихической напряженности, на развитие и тренинг отдельных психических функций и качеств личности, ослабленных в силу заболевания или условий социальной среды, а также на формирование способностей, позволяющих успешно выполнять различные социальные роли;

– психологическая профилактика, основными задачами которой при работе с детьми и подростками, имеющими инвалидность, являются: повышение социально-психологической компетентности для решения проблем социальной адаптации, коммуникации, предупреждения и преодоления психологического стресса, полноценного психического функционирования и др.;

– социально-психологический патронаж, который заключается в систематическом наблюдении за инвалидами и условиями их развития для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта, обусловленных проблемами адаптации инвалида в семье, в социуме в целом, и оказания, при необходимости, психологической помощи.

4. Социокультурная реабилитация детей-инвалидов представляет собой комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи ребенку-инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости. Социокультурная реабилитация направлена на преодоление или нивелирование дисгармоний психического развития детей вследствие инвалидизирующих заболеваний.

Программы социокультурной реабилитации должны строиться с учетом дифференциации по типу дефекта, личностных расстройств вследствие инвалидизирующей патологии, полу, психофизическим характеристикам, свойственным ребенку в соответствующем возрасте. Учитываются противопоказанные факторы, например, использование средств (клей, бумага и др.), вызывающих аллергические реакции, колющих, режущих предметов при эпилепсии и т.п.

Мероприятия по социокультурной реабилитации ребенка-инвалида включают в себя:

– обучение инвалида навыкам проведения отдыха, досуга; – проведение мероприятий, направленных на создание условий возможности полноценного участия детей-инвалидов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих социокультурные и духовные их запросы, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсии, встречи с деятелями литературы и искусства, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия);

– обеспечение детей-инвалидов, находящихся в учреждениях, и содействие в обеспечении детей-инвалидов, обслуживаемых на дому, периодической, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературой, аудиокнигами и книгами с рельефно-точечным шрифтом Брайля; создание и предоставление инвалидам по зрению возможности пользоваться адаптированными компьютерными рабочими местами, сетью Интернет, Интернет-документами с учетом ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида;

– содействие в обеспечении доступности для детей-инвалидов посещений театров, музеев, кинотеатров, библиотек, возможности ознакомления с литературными произведениями и информацией о доступности учреждений культуры;

– разработка и реализация разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, художественно-публицистических, спортивно-развлекательных и т.п.), способствующих формированию здоровой психики, развитию творческой инициативы и самостоятельности .

5. Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов направлена на обучение ребенка-инвалида самообслуживанию, а также включает мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Социально-бытовая адаптация ориентирована на детей-инвалидов, не владеющих необходимыми

социально-бытовыми навыками и нуждающихся во всесторонней ежедневной поддержке в микросоциальной среде.

6. Направление «Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт» включает в себя адаптивную физическую культуру (далее – АФК), физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, спорт инвалидов (включая паралимпийское движение России, сурдлимпийское движение России, специальную олимпиаду России)² Основной целью спортивно-оздоровительной работы с инвалидами является осуществление их непрерывного физкультурного образования и формирование здорового образа жизни. В развитии АФК и спорта инвалидов принципиальным является формирование у инвалида убежденности в полезности и целесообразности занятий физкультурой, осознанном отношении к освоению двигательных навыков, развитию мотивации и самоорганизации здорового образа жизни.

5. Функциональный диагноз как основа реализации дифференцированного и индивидуального подходов к комплексному сопровождению детей-инвалидов

Современное понимание комплексного сопровождения как системы совместных и взаимосвязанных действий специалистов предполагает, что оно осуществляется на основе глубокого и всестороннего изучения ребенка. Такое изучение ребенка ориентирует специалиста на выявление закономерных связей и процессов в контексте имеющихся у него проблем социализации и социальной адаптации. Максимальная реализация дифференцированного и индивидуального подходов к организации образования и комплексного сопровождения ребенка с ОВЗ может осуществляться с помощью многоосевой функциональной диагностики, принципы проведения которой были разработаны в детской психиатрии в 60-е годы двадцатого века.

В соответствии с определением В.В. Ковалева под функциональным диагнозом в психиатрии понимается оценка индивидуальных особенностей заболевания, болезненных изменений и сохранных свойств личности, ее реакций на болезнь и возможностей социальной адаптации в условиях болезни. Таким образом, применительно к детскому возрасту в функциональном диагнозе выделялось несколько основных аспектов: клинический, психологический, педагогический и социальный. Наличие этих аспектов предусматривало полидисциплинарный характер диагностики при участии в ее осуществлении представителей смежных специальностей (врачей, психологов и педагогов).

Так, при постановке функционального диагноза обучающемуся с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) многоосевая диагностика включает:

- 1) клиническую квалификацию варианта аутистического расстройства по рубрике F84 «Общие расстройства развития» (ось I) МКБ-10), в которую включены: «Детский аутизм» (F-84.0), «Атипичный аутизм» (F-84.1), «Синдром Ретта» (F-84.2), «Другое дезинтегративное расстройство детского возраста» (F-84.3), «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (F-84.4), «Синдром Аспергера» (F-84.5), «Другие расстройства развития» (F-84.6), «Общее расстройства развития, неуточненное»;
- 2) выявление специфических расстройств развития (например, если ребенок с аутизмом имеет расстройства речи, праксиса, школьных навыков и др.) согласно кодам МКБ-10 (ось II), включающих специфические расстройства развития речи (F80), специфические расстройства развития школьных навыков (F81), специфическое расстройство развития двигательных функций (F82) и смешанные специфические расстройства развития (F83);
- 3) диагностику актуального уровня общего интеллектуального развития ребенка, в том числе определение степени умственной отсталости согласно кодам F70 – F79 (ось III);
- 4) оценку соматического состояния, в т. ч. указание текущих соматических заболеваний, требующих медицинской помощи (ось IV);
- 5) анализ сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций, которые могут иметь значение при планировании коррекционных мероприятий (ось V);
- 6) общую оценку нарушения психосоциальной продуктивности, отражающую качество психического и социального функционирования ребенка и позволяющую в дальнейшем отслеживать успешность социализации и социальной адаптации ребенка с РАС (ось VI).

Разработка программы комплексного сопровождения на основе многоосевого функционального диагноза предполагает учет взаимосвязи эмоциональных, когнитивных, речевых, соматических нарушений и их влияний на обучаемость и социальную адаптацию обучающегося с ОВЗ. Поэтому каждый специалист, участвующий в комплексном сопровождении детей с ОВЗ должен иметь представления о содержании работы, проводимой другими специалистами.

6. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями

Среди детей-инвалидов достаточно большую группу составляют дети с различными соматическими заболеваниями, в том числе заболеваниями (включая пороки развития) внутренних органов: болезнями органов дыхания, пищеварения, а также сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой и иммунной систем. По данным Минтруда России эти заболевания в совокупности составляют около 14 % в общей структуре заболеваний, обуславливающих инвалидность. Любое соматическое заболевание, острое либо хроническое, всегда в той или иной степени влияет на человека, на его мозг и психическую деятельность в диапазоне от временного ухудшения общего самочувствия до состояния нетрудоспособности, дающего право на получение «больничного листка» и даже инвалидности.

В работах отечественных ученых-врачей М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и др. уже давно было показано единство организма, психики и личности, находящихся в состоянии сложного взаимовлияния между собой. Соматическое и психическое, являясь качественно различными категориями, одновременно представляют тесно связанные между собой компоненты единого «целого» – живого человека. Заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, нарушение функций почек, печени, желудочно-кишечного тракта и др. влияют на человека и его психику посредством интоксикации и нарушений обмена веществ, воздействуя на центральную нервную систему, снижая или искажая качество ее функционирования. При этом, на течение и прогноз соматических нарушений сказывается реакция личности человека на болезнь, его субъективный взгляд на степень её тяжести и возможные последствия. Отсюда нередко возникает своеобразный «порочный круг», когда соматические расстройства порождают невротические реакции, которые, в свою очередь, отягощают течение соматического заболевания, и т.д. .

Наиболее типичным нарушением психической деятельности при соматических заболеваниях является соматогенная астения (астенический синдром, обусловленный соматическим заболеванием). Основным и постоянным проявлением соматогенной астении является психическая истощаемость (утомляемость), которая наступает даже при относительно несложных занятиях (легком чтении, просмотре телепередач, разговоров с друзьями). Признаками наступающего утомления являются рассеянность, внутреннее напряжение, а также возникающие неглубокие вегетативные расстройства – головные боли, потливость и др.

Вторым классическим проявлением астении является раздражительность (раздражительность и утомляемость часто объединяют в раздражительную слабость), которая может выражаться во вспышках гнева, мгновенном и долгом ухудшении настроения. При заметно выраженной

астении раздражительность охватывает и непереносимость внешних раздражений (громких звуков, резких запахов, неожиданных прикосновений, внезапного включения света и др.). При астениях нарушено внимание, причем все его свойства – концентрация, переключаемость, объем, а также мнестические функции, прежде всего процесс репродукции запечатленной информации.

Степень астенических проявлений зависит от тяжести и длительности заболевания, отношения ребенка к заболеванию и его последствиям, а также от нарастающих школьных трудностей. Это относится, прежде всего, к заболеваниям с хроническим течением, эндокринным нарушениям. На фоне астенического симптомокомплекса могут возникать депрессивные (подавленность, плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость), ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, неверие в выздоровление), истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические (страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие включения.

Д.Н. Исаев отмечает, что для эндокринных заболеваний часто отмечается психоэндокринный синдром, при котором наблюдаются снижение памяти, нарушения интеллектуальной деятельности, расстройства инстинктивной сферы и мотивации, изменения личности больного в целом. При этом при гипотиреозе более типичны амнестические расстройства в сочетании с аспонтанностью и равнодушием, а при гипертиреозе чаще наблюдаются тревожная торопливость, депрессия, боязливое ожидание несчастья. При сахарном диабете в начале заболевания имеют место явления массивного церебрастенического синдрома, за которым может последовать коматозное состояние; с улучшением состояния церебрастения сменяется неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, в стадии стабилизации на передний план выдвигаются вегетативные нарушения и диэнцефальные пароксизмы, становится более заметной задержка психического развития.

У детей с кардиопатологией также наблюдались особенности онтогенеза познавательных процессов, однако они носили качественно иной характер, чем у детей с бронхиальной астмой. Здесь на первый план выступали трудности в оптико-пространственной сфере. Нарушения памяти проявлялись исключительно в звене непосредственного воспроизведения как слухо-речевого, так и зрительного материала. При этом расстройства мнестической деятельности были связаны с нарушением фактора структурирования, независимо от модальности и степени смысловой организации эталона.

В исследованиях многих авторов отмечается, что хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности, формируются задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т.п.. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы .

Таким образом, учитывая особенности нарушений психической деятельности и психического дизонтогенеза при соматических заболеваниях должен осуществляться комплекс реабилитационных и абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА для этой группы детей-инвалидов. Психолого-педагогические мероприятия представляются в ИПРА ребенка-инвалида дифференцированно с учетом характера и тяжести заболеваний внутренних органов [23].

Так, при состояниях дыхательной недостаточности, характеризующихся стойкими, умеренными (в зависимости от степени – выраженными или значительно выраженными) нарушениями функций дыхательной, сердечно-сосудистой системы, приводящими к ограничению способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, а также обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по психолого-педагогической реабилитации включают:

- 1) получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий на уроках труда, рисования, физкультуры, химии;
- 2) проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью ТСР, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;
- 3) осуществление психокоррекции или психопрофилактики патологических синдромов после операции, проводимых невропатологом, психотерапевтом, психологом с применением медикаментозного лечения;
- 4) выбор профессий при профессиональной ориентации с учетом утраченных и сохранных профессионально важных качеств (так с учетом сниженной общей физической работоспособности, рекомендуются профессии с исключением вредных факторов и тяжелой физической нагрузки).

При хронической сердечной недостаточности, представляющей собой сложный клинический синдром, развивающийся при неспособности сердца обеспечить кровоснабжение органов и тканей на уровне нормального метаболизма, приводящей к стойким умеренным (в зависимости от степени выраженным или значительно выраженным) нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, приводящим к ограничению способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению и обучению, рекомендации ИПРА ребенка-инвалида по психолого-педагогической реабилитации включают:

- получение общего образования в образовательных организациях по общеобразовательным программам в очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться на 5-10% за счет исключения некоторых действий, связанных с активной физической активностью на уроках труда, физкультуры; при длительном лечении ребенок может обучаться, в том числе в медицинской организации (в санатории и др.) или на дому;
- проведение психолого-педагогической коррекции, направленной на формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью технических средств реабилитации, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье;
- проведение профориентационной работы с ребенком, подборе профессии для обучения и дальнейшего трудоустройства с учетом имеющихся противопоказаний и доступных по состоянию здоровья видов деятельности (выбирают профессии 1 и 2 класса тяжести, в благоприятном микроклимате, без воздействия вредных факторов труда).

По мнению И.И. Мамайчук, сложность и своеобразие психического развития детей с соматическими заболеваниями требует особого методологического подхода к его анализу и разработки программ психологической коррекции, психологического сопровождения и поддержки [23]. При этом важными составляющими психологической помощи детям-инвалидам с соматическими заболеваниями, помимо консультирования, психологической коррекции и психотерапии, являются психологическое сопровождение, психологическая поддержка, а также психологическая диагностика и прогностика.

7. Изучение и коррекция реакций личности на болезнь как одна из задач психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов

Особое внимание должно уделяться изучению реакции личности ребенка на болезнь. Переживание болезни, по мнению В.В. Ковалева, складывается из

общего чувственного и эмоционального фона, сочетающегося с ощущениями, представлениями, психогенными реакциями и другими психическими проявлениями .

А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым описаны 13 различных типов отношения к соматическому заболеванию:

1. Гармоничный тип (реалистичный, взвешенный), при котором характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

2. Эргопатический (стенический) тип, котором наблюдается избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать быть активным, в частности в учебе.

3. Анозогнозический (эйфорический) тип, для которого характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожно-депрессивный тип, при котором отмечается непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

5. При обсессивно-фобическом типе наблюдаются тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью.

6. Ипохондрический тип, для которого типично чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного

обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

7. Неврастенический тип, при котором наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости». При этом типе часто отмечаются вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманно словам, просьбы о прощении.

8. Меланхолический (витально-тоскливый) тип, при котором отмечается свехдурченность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

9. Апатический тип, для которого типично полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

10. Сенситивный тип, характеризующийся чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны, в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

11. Эгоцентрический тип, при котором наблюдается «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью овладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе; другие люди, требующие заботы, рассматриваются как конкуренты.

12. Паранойяльный тип, при котором больной уверен, что болезнь является результатом злого умысла, наблюдается крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Приписывание осложнений или побочных

действий лекарств халатному отношению или злему умыслу персонала и врачей. Обвинения и требования наказаний, в связи с этим.

13. Дисфорический, при котором наблюдается преобладание мрачноозлобленного настроения, зависть и ненависть к здоровым, вспышки гневного аффекта .

В качестве одного из факторов, влияющего на течение заболевания и эффективность лечения ребенка, выделяют внутреннюю картину болезни (ВКБ). Она понимается как комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни и, препятствующих успешности лечения и реабилитации. На формирование ВКБ у ребенка большое влияние оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. Неадекватные стили семейного воспитания формируют у больного ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, пассивности. Основным компонентом ВКБ как у взрослых, так и у детей является отношение к болезни, включающее в себя три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

В процессе психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями необходимо учитывать:

1) сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с соматическими заболеваниями с учетом преморбидных личностных характеристик;

2) социальную ситуацию развития детей и подростков с соматическими заболеваниями;

4) систему детско-родительских отношений;

5) выраженность изменений личности, связанных с имеющимся соматическим заболеванием.

При составлении психокоррекционных программ в работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями рекомендуется:

1) сформулировать основные цели психологической коррекции;

2) выделить круг задач, которые конкретизируют поставленную цель;

3) определить содержание занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков, их структуры и степени тяжести;

4) выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальную, групповую или семейную);

- 5) определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач-педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи);
- 6) отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка (подростка);
- 7) предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса .

В практике психологического сопровождения детей-инвалидов с соматическими заболеваниями используются различные методы психологической коррекции и психотерапии. Выбор конкретных методов психологической коррекции определяется с учетом возраста ребенка, уровня его интеллектуального развития, личностных особенностей, анализа ВКБ, особенностей самого заболевания, его тяжести и стадии. В соответствии с дифференциацией видов психологической коррекции на общую, специальную и дифференцированную И.И. Мамайчук рекомендует определить для каждого из них свои стратегические и тактические задачи, а также выбрать определенные методы психологической коррекции .

Каждый из видов психологической коррекции имеет свои специфические задачи и направленность в зависимости от особенностей и степени тяжести заболевания, характеристик личностного развития ребенка и его микросоциального окружения, включающих родительские отношения к ребенку и болезни, а также стили семейного воспитания. При разработке психокоррекционных технологий И.И. Мамайчук рекомендует использовать методы онтогенетической ориентации, которые предполагают возврат ребенка и родителей к ранним этапам общения и поведения. Для коррекции детско-родительских отношений автором рекомендуется использовать ролевые игры в семейной группе (родитель-ребенок), содержание которых составляют ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям предлагается обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках.

В процессе работы с семьей ребенка-инвалида предлагается исследовать особенности семейного функционирования, отражающей сложную систему отношений между членами семьи и их личностные особенности.

Так, в результате исследования семей детей с бронхиальной астмой были выделены три группы семей:

- 1) семьи с выраженной жесткой системой семейного функционирования с преобладанием ригидных установок в распределении семейных ролей, в доминирующей роли матери, в нарушении внутрисемейного общения, выраженной гиперпротекцией в процессе воспитания детей, авторитарностью матерей и воспитательной неуверенностью отцов;
- 2) неустойчивая интегрированность членов семьи, искаженный образ ребенка, особенно у матери, высокая эмоциональная концентрация на болезни ребенка у обоих родителей;
- 3) умеренная интегрированность членов семьи с лидирующей ролью отца, гиперопека со стороны обоих родителей, тенденция к установлению партнерских отношений с ребенком, повышенные требования и санкции к ребенку со стороны отцов.

С учетом выявленных особенностей функционирования семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, а также характеристик выделенных групп семей были определены направления и технологии психологической коррекции. Направления и содержание коррекционной работы определялись в зависимости от степени тяжести нарушений семейного функционирования.

Для коррекции индивидуальных проблем ребенка, в том числе определяющих особенности ВКД, ИИ. Мамайчук рекомендует использовать психодраматические игры, которые помогают детям глубже понять свои неосознаваемые мотивы, скрытые желания и страхи, истинные отношения и установки, а также «проективные рисунки», направленные на выявление и понимание детьми трудно вербализуемых проблем и переживаний.

С учетом специфики психического онтогенеза и наличием недостаточности высших психических функций можно рекомендовать использование в рамках комплексной коррекционной программы методики сенсомоторной коррекции в целях преодоления имеющихся у таких детей нарушений морфофункционального созревания мозговых структур, предупреждения развития патологических состояний и укрепления психического здоровья. Сенсомоторная коррекция может являться средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате нарушений психосоматического развития: задержки физического развития, позднего формирования моторных навыков, навыков самообслуживания и ряда других нарушений.

В качестве основных направлений психологической поддержки родителей выделяют:

- 1) снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей;
- 2) поддержание уверенности родителей в возможностях социальнопсихологической и психической адаптации детей;
- 3) формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу;
- 4) сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания .

В процессе работы с ближайшим окружением ребенка-инвалида необходимо создавать условия, чтобы психологическую поддержку он мог получить не только непосредственно от психолога, но и от своих родителей, педагогов, родственников и сверстников, для чего необходимо обеспечить высокий уровень их сотрудничества с психологом.

На основании всего вышеизложенного можно отметить следующие особенности комплексного сопровождения детей, инвалидность которых связана с соматическим заболеванием:

1. Необходимость организации постоянного взаимодействия специалистов ППМС-центров с медицинскими специалистами, осуществляющими лечение ребенка-инвалида, а также учителями, осуществляющими его обучение, и родителями.
2. Использование организационных форм (индивидуальных, групповых, смешанных) и технологий психолого-педагогического сопровождения ребенка-инвалида с учетом особенностей (характера, тяжести, стадии и др.) соматического заболевания, рекомендаций ИПРА ребенка-инвалида, условий обучения (в классе, надомном обучении, обучении в медицинской организации при длительном лечении).
3. Выбор направлений и методов коррекционной работы с учетом имеющихся нарушений психического развития (в том числе проявлениями психического дизонтогенеза, непосредственно связанными с соматическим заболеванием); специфики ВКБ и личностных особенностей детей-инвалидов; психотравмирующих ситуаций, связанных с длительностью и тяжестью заболевания; особенностями микросоциального окружения ребенка, включающими отношение родителей к болезни ребенка, стили семейного воспитания, особенности функционирования семьи в целом.

4. Обеспечение особой психологизации образовательной среды на основе постоянного наблюдения за психофизическим состоянием ребенка-инвалида, информирования учителей об особенностях его работоспособности, эмоциональной сферы, возможных поведенческих реакциях, осуществления психокоррекционной работы по преодолению и предупреждению трудностей обучения, а также психологической поддержки учащегося в образовательном процессе.

8. Психолого-педагогическое сопровождение детей с инвалидностью (ОВЗ) в контексте инклюзивного образования

Одним из важных документов, выступающих идейной платформой для развития инклюзивного образования, выступает Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (принята в г. Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г.). Согласно Саламанкской декларации:

- Каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний.
- Каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности.
- Необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы так, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей.
- Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах. Обычные школы должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных на удовлетворение этих потребностей.
- Обычные школы с инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в общинах, построения инклюзивного общества и обеспечения образования для всех. Более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей и повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования.

Обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья, предоставить им равные возможности полноценного удовлетворения разноуровневых образовательных потребностей. В то же время, инклюзивное образование реализуется в целостной системе образования, допускающей многообразие форм организации образовательно-воспитательной деятельности. Согласно пункту 4 Статьи 79, «Организация получения образования обучающимися с

ограниченными возможностями здоровья», нового Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации», образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Инклюзивный подход в образовании стал развиваться в тесной связи с развитием гражданского общества, в том числе, в связи с тем, что на смену «медицинской» модели, патологизирующей определенные группы граждан, закрепляя, тем самым, их неравноправное положение и ограничивая доступ к социальным благам, приходит «социальная» модель. Эта модель связана с представлением о том, что ограничения трудоспособности или возможности человека к обучению могут быть обусловлены не столько заболеванием или вытекающим из него объективным снижением физических и психических возможностей, сколько существующими правовыми, политическими (идеологическими) и организационными барьерами и стереотипами.

Социальный подход к пониманию инвалидности закреплен в Конвенции о правах инвалидов (2006): «Инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Согласно социальной модели, ребенок или взрослый с инвалидностью, либо определенными особенностями развития, здоровья или образа жизни не является «носителем проблемы», требующим специального обучения.

Проблемы и барьеры в обучении такого лица, якобы, создает общество и несовершенство системы общественных отношений, ярким выразителем и проводником которых выступает система образования. Для успешного осуществления инклюзии лиц с особыми образовательными потребностями и реализации социального подхода требуются изменения самой системы образования.

Следуя принципам социальной модели, обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья и предоставить им право для получения полноценного образования разного уровня. Анализ состояния законодательства Российской Федерации в области образования свидетельствует, что инклюзивные подходы в образовании в современном российском обществе возможны, но практически трудно реализуемы: им препятствуют, в частности, отношенческие барьеры и инерция мышления педагогов, родителей и самих учащихся. В настоящее время в России идет подготовка к ратификации Конвенции о правах инвалидов, обозначающей следующие принципы построения отношений общества с инвалидами:

- уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;
- недискриминация;
- полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- равенство возможностей;
- доступность социальных благ;
- равенство мужчин и женщин;
- уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

Статья 24 Конвенции о правах инвалидов, посвященная образованию, соотносит право лиц с инвалидностью на образование с обязанностью государства обеспечить реализацию этого права через «инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни». Это означает, что государства-участники Конвенции, руководствуясь принципом недискриминации, и на основе равенства возможностей обязаны обеспечить инклюзивную вертикаль образования для лиц с инвалидностью на всех уровнях, начиная с дошкольного возраста, непосредственно в школах, и далее в средних профессиональных и высших учебных заведениях. Эта же статья устанавливает достаточно строгие рамки обеспечения инклюзивного образования через предоставление доступа к бесплатному начальному и среднему образованию внутри системы общего образования и по месту жительства, а также разумное приспособление среды и индивидуализированную поддержку учебного процесса.

Статья 24 Конвенции также предполагает, что при обучении и освоении жизненных и социализирующих навыков лицами с инвалидностью будут использоваться различные способы коммуникации, в том числе альтернативные. Само обучение будет проводиться с использованием наиболее подходящих для индивидуума языка, методов и способов общения и в среде, максимально обеспечивающей усвоение знаний и социальное развитие. Практическая реализация положений Конвенции предполагает значительные усилия со стороны государственных и неправительственных организаций, педагогического сообщества, родителей.

Внедрение инклюзивного образования является задачей, которая может решаться постепенно, требует преодоления множества объективных и субъективных препятствий, умеренности и объективности в оценке

образовательных потребностей и возможностей разных контингентов. Инклюзия не исключает дифференцированного подхода к организации образовательно-воспитательного процесса лиц с ограниченными возможностями здоровья в тех случаях, когда это обеспечивает их оптимальное развитие, обучение и социализацию.

Для образовательной организации, выбравшей путь инклюзивной практики обучения, важно установить, что может быть конкретной причиной возникновения препятствий (барьеров) в обучении того или иного обучающегося с особыми образовательными потребностями. Очевидна значимость барьеров окружения обучающегося – физическая недоступность окружающей среды (например, отсутствие пандусов и лифтов дома и в школе, недоступность транспорта между домом и школой, отсутствие звуковых светофоров на переходе через дорогу по пути в школу и т.д.). Перед школой со стандартным нормативным финансированием стоит финансовый барьер в случае необходимости дополнительных расходов на организацию специальной педагогической поддержки.

Но еще более значимыми оказываются барьеры, связанные с взаимоотношениями обучающихся с социальной средой – социальные барьеры. Чтобы устранить барьеры на пути развития инклюзивного образования, необходимо:

- не только изменить физическую среду образовательной организации, в том числе, обеспечить «транспортную» доступность организации для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;
- не только увеличить финансирование для обеспечения специальной поддержки обучающихся с особыми образовательными потребностями;
- но и устранять социальные барьеры, постепенно и целенаправленно меняя культуру, политику и практику работы образовательных организаций общественное мнение относительно лиц с ограниченными возможностями здоровья в целом.

9. Современные модели инклюзии

В настоящее время наиболее оптимальными вариантами включения детей с отставаниями в развитии в общее с другими детьми образовательное пространство являются вариативные модели дозированной инклюзии: постоянной частичной и временной систематической. Эти модели инклюзии могут быть использованы и как переходный вариант к более полному включению ребенка с ОВЗ в совместный с другими детьми образовательный процесс.

Модели постоянной частичной и временной систематической инклюзии могут быть реализованы в тех массовых школах, где открыты специальные классы для детей с определенным отклонением в развитии. При частичной инклюзии дети с ОВЗ являются учениками специальных классов, которые комплектуются по существующим для таких классов правилам.

В соответствии с моделью частичной инклюзии предусматривается, что дети с более высоким уровнем развития из этих классов систематически вводятся в обычные классы по 1–3 человека во внеурочной деятельности. Включение этих детей в совместную урочную деятельность возможно только по отдельным предметам, например, на уроках физкультуры. Эта модель также может быть рекомендована, например, для обучающихся с задержкой психического развития и легкой неосложненной умственной отсталостью.

В соответствии с моделью частичной инклюзии в процесс воспитания и обучения детей с ОВЗ вовлечены педагог общеобразовательной школы и педагог-дефектолог. Учитель-дефектолог специального класса должен быть знаком с перспективным планом работы педагога того массового класса, в который интегрируются его ученики. Это необходимо для того, чтобы он на своих фронтальных и индивидуальных коррекционных занятиях обратил особое внимание на подготовку воспитанников к успешному участию в совместных с нормально развивающимися детьми занятиях.

Учитель-дефектолог специального класса должен систематически оказывать методическую помощь массовым педагогам в организации общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья, включенным во внеурочной деятельности в коллектив нормально развивающихся сверстников, в привлечении их к занятиям, к играм. Он ведет наблюдение за их адаптацией в массовом классе, посещает занятия, фиксирует для себя те трудности, с которыми сталкивается каждый ребенок, и пытается подготовить его к их преодолению на своих фронтальных и индивидуальных занятиях.

Педагоги массового и специального классов проводят подготовительную работу, необходимую для более полноценного включения таких детей-инвалидов в совместные игры, праздники, развлечения и т. п. Задача специальных и массовых педагогов состоит в том, чтобы со временем дети-инвалиды стали соучастниками этой деятельности, а нормально развивающиеся дети воспринимали их как партнеров, которым нередко требуется их помощь и поддержка.

Предполагается, что в условиях временной инклюзии взаимодействие детей должно происходить не реже двух раз в месяц. Школьники с ОВЗ объединяются с нормально развивающимися детьми в рамках

дополнительного образования. Они вместе посещают кружки и спортивные секции. Эпизодическая инклюзия рекомендуется детям с более глубоким интеллектуальным дефектом, с отягощенной умственной отсталостью либо имеющим выраженные расстройства поведения.

Кроме того, она ориентирована на специальные школьные учреждения, которые ограничены в возможностях проведения целенаправленной работы по совместному с нормально развивающимися детьми воспитанию и обучению своих воспитанников. Эпизодическая инклюзия ориентирована на обеспечение хотя бы минимального социального взаимодействия детей с выраженными нарушениями развития со сверстниками, преодоление тех объективных ограничений в социальном общении, которые создаются в условиях специальных (коррекционных) учреждений, где обучаются только дети с ограниченными возможностями здоровья .

Таким образом, выбор той или иной модели образовательной инклюзии зависит как от особенностей, возможностей и потребностей самого ребенка-инвалида, так и условий, которые может создать для его обучения общеобразовательная организация. Можно выделить следующие принципы

47

реализации той или иной модели инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ:

1. Любая модель образовательной инклюзии может быть реализована при условии объективной и всесторонней оценки ее полезности для психофизического развития, успешной социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, а также отсутствии рисков ухудшения условий и ограничения возможностей образования и социализации в целом для других обучающихся, в группу которых он включается.

2. Выбор модели инклюзии, рекомендуемой для конкретного обучающегося с ОВЗ, должен осуществляется на основе:

- индивидуального подхода к обучающемуся с ОВЗ с учетом характера и тяжести имеющихся у него нарушений психофизического развития, актуального уровня сформированности произвольной регуляции поведения, учебных, социально-бытовых, гигиенических и коммуникативных навыков;
- рекомендуемого психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК);
- оценки готовности и возможности родителей обучающегося с ОВЗ участвовать во взаимодействии с педагогами и специалистами в работе по его включению в совместную образовательную деятельность с другими

обучающимися, коррекции недостатков психофизического развития, формированию учебных и различных социальных навыков; – комплекса показателей, характеризующих наличие в образовательной организации специальных образовательных условий для реализации рекомендуемой модели инклюзии;

– изучения отношения всех участников образовательного процесса к рекомендуемой модели инклюзии.

3. В ходе реализации любой модели инклюзии в образовательной организации должен осуществляться постоянный мониторинг, включающий:

- оценку динамики психического развития, социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ на основе показателей, включенных в систему комплексного оценивания результатов образования по соответствующему варианту АООП или АОП дополнительного образования;
- учет показателей удовлетворенности родителей и других участников образовательного процесса (педагогов, других обучающихся и их родителей) результатами и условиями реализуемой модели инклюзии;
- регулярного анализа соответствия специальных условий, созданных для реализации выбранной модели инклюзии, особым образовательным потребностям обучающегося с ОВЗ .

4. С учетом данных мониторинга реализуемой модели инклюзии, на основе комплексной оценки образовательных результатов, динамики психофизического развития, уровня социализации и социальной адаптации обучающегося с ОВЗ, что может быть основанием и для изменения варианта АООП, обучающемуся с ОВЗ может быть рекомендована другая модель инклюзии.

10. Система работы по формированию универсальных (базовых) учебных действий в процессе комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся по адаптированным основным общеобразовательным программам

В соответствии с деятельностным подходом, являющимся общеметодологической основой современного отечественного образования, группой авторов (А.Г. Асмолов, Г.В. Бурменская, И.А. Володарская и др.) была разработана концепция развития универсальных учебных действий, согласно которой содержание учебных предметов и образовательных технологий должны выстраиваться с ориентацией на формирование системы общеучебных умений, обеспечивающих успешность обучения школьников [8]. По мнению авторов этой концепции, учебная деятельность представляет собой целостную систему, в которой формирование каждого вида учебного

действия определяется его отношением с другими видами учебных действий и особенностями психического развития детей.

Следует отметить, что указанные положения концепции развития универсальных учебных действий во многом совпадают с принципами коррекционно-развивающего обучения. Так как имеющиеся у многих обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) эмоционально-волевые и когнитивные нарушения обуславливают значительные трудности формирования структуры учебной деятельности, составляющие ее компоненты (учебная мотивация, общеучебные и общетрудовые умения) были всегда объектом коррекционно-развивающей работы в специальном образовании .

В понятии общеучебное умение или универсальное учебное действие авторами концепции выделяется еще очень важный аспект – его ориентированность на успешную социальную адаптацию за счет формирования жизненно важных компетенций . Такой подход полностью соответствует целям и задачам специального образования с его направленностью на максимальную социальную адаптацию выпускника .

Очевидно, что круг знаний, умений, жизненных компетенций выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений не может ограничиваться только теми, которые сформировались у них в период обучения в школе. Этот круг постоянно расширяется в процессе их дальнейшей социализации, приспособления к условиям постоянно изменяющейся среды жизнедеятельности. Поэтому содержание, технологии и специальные условия образования обучающихся с ОВЗ должны обеспечить формирование у них способностей к дальнейшей социализации и социальной адаптации.

Формирование базовых учебных действий у школьника с умственной отсталостью направлено на становление его как субъекта учебной деятельности, которая обеспечивает одно из направлений его подготовки к самостоятельной жизни в обществе и овладения доступными видами профильного труда . К функциям базовых учебных действий относится:

- 1) обеспечение успешности (эффективности) изучения содержания любой предметной области;
- 2) реализация преемственности обучения на всех ступенях образования;
- 3) формирование готовности обучающегося с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) к дальнейшей трудовой деятельности;

4) обеспечение целостности развития личности обучающегося. С учетом этих функций базовые учебные действия могут рассматриваться как условие и как предпосылка формирования различных жизненных компетенций, конкретных способов поведения, обеспечивающих социальную (в т. ч. социально-бытовую) ориентировку и социальную адаптацию .

Следовательно, от степени их сформированности у выпускника коррекционной школы зависит успешность овладения в дальнейшем новыми видами деятельности и необходимыми для социальной адаптации компетенциями. Структура базовых учебных действий включает мотивационный, операционный и регулятивный компоненты учебной деятельности.

В качестве основных задач, решение которых обеспечивает реализацию системного подхода к формированию универсальных (базовых) учебных действий, можно выделить следующие:

1. Определение направлений формирования универсальных (базовых) учебных действий и их связи с определенными учебными предметами и курсами.
2. Подбор методов и приемов, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся с ОВЗ в учебной и внеурочной деятельности.
3. Проектирование учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием универсальных (базовых) учебных действий.
4. Разработку технологической карты урока с определением учебных ситуаций, обеспечивающих формирование универсальных (базовых) учебных действий.
5. Разработку рабочих программ учебных предметов, курсов, предусматривающих деятельность по формированию универсальных (базовых) учебных действий.
6. Разработку показателей и уровней сформированности универсальных (базовых) учебных действий.
7. Отбор методов педагогической и психологической диагностики, а также разработку формы мониторинга сформированности универсальных (базовых) учебных действий.
8. Организацию взаимодействия педагогов и специалистов по формированию универсальных (базовых) учебных действий у обучающихся.

Можно рекомендовать следующий алгоритм включения видов универсальных (базовых) учебных действий в содержание рабочих программ учебных предметов:

- Проанализировать содержание разделов и тем программы на предмет его использования для формирования определенных видов универсальных (базовых) учебных действий.
- Разработать рабочую программу учебного предмета на основе примерной, указав в пояснительной записке, а также в разделах программы формируемые универсальные (базовые) учебные действия.
- Выбрать методы и средства формирования универсальных (базовых) учебных действий для каждого урока с учетом содержания изучаемой темы.
- Разработать систему типовых заданий для формирования универсальных (базовых) учебных действий в рамках учебного предмета.
- Разработать диагностический материал для оценки сформированности универсальных (базовых) учебных действий в учебном процессе. Учитывая, что для отдельных обучающихся могут разрабатываться и индивидуальные учебные планы, в этих планах могут отражаться и особенности работы по формированию БУД. Подобным образом может осуществляться включение универсальных (базовых) учебных действий в содержание программ внеурочной деятельности .

11. Примеры техник, рекомендуемых к применению со старшими школьниками с инвалидностью и ОВЗ:

1. Техника на самописание «Мои способности». Задание: каждому участнику группы на листе бумаги надо написать:

- а) 5 способностей, которые развиты наиболее сильно; 5 видов деятельности (дел), которые более всего получаются;
- б) 5 способностей, которые наименее развиты; 5 видов деятельности, которые получаются хуже всего;
- в) 5 способностей, которыми хотели бы обладать в идеале; 5 видов деятельности, которые хотелось бы качественно, выполнять.

Ответы на пункты «а» и «б» — это субъективное представление человека о реальном «Я», на пункт «в» — об идеальном «Я». Ведущий выполняет задание вместе со всеми и на равных участвует в обсуждении.

Обсуждение: в ходе обсуждения каждый из участников, в том числе и ведущий, зачитывает самописание. Фактически работа идет с каждым индивидуально. Ведущий и участники задают вопросы друг другу. При этом

необходимо выяснить: Кому было легче ответить на пункт «а», кому — на пункт «б» или «в»? К чему ближе то, что написано в пункте «в», — к пункту «а» или «б»? Кто не смог выполнить задание до конца? С чем это связано? Будет ли будущая профессия шагом к идеалу? Как вообще связана будущая профессия с тем, что содержит само-описание? Берется ли за основу при выборе профессии то, в чем человек достиг определенных результатов? Если нет, то почему человек поступает столь нерационально?

В качестве резюме можно еще раз повторить, что, не учитывая при принятии решения своих способностей, мы резко сужаем окошко. Кроме того, на этой встрече участники группы смогут почувствовать определенную сложность процесса обратной связи. Ее тяжело давать и принимать. Но делать это необходимо, так как только в этом случае человек будет адекватно воспринимать себя.

2. Техника самоописания «Моя личность». Задание: напишите на листе бумаги: а) 10 своих черт характера и особенностей личности, которые вам нравятся. б) 10 своих особенностей личности и черт характера, которые вам не нравятся. в) 10 черт характера и особенностей личности, которые вы хотели бы иметь в идеале.

Обсуждение: работа, как и в предыдущем упражнении, идет «индивидуально в группе». Каждый из участников зачитывает свое описание, затем проходит уточнение и обсуждение того, что он зачитал. Обсуждение может затрагивать темы: Что значит «положительные и отрицательные черты»? Особенно интересно это обсуждение проходит в том случае, когда одно и то же качество, по-разному выраженное, попало в пункты «а» и «б» (например, общительность — в пункт «а», а болтливость — в пункт «б»). Какие профессии отвечают характеру этого человека? Подбирали ли вы будущую профессию под свой характер? По какому принципу идет у вас выбор профессии — как реализация положительных черт или для искоренения отрицательных?

В ходе обсуждения необходимо затронуть вопросы рационального проведения самоанализа в противовес «самокопанию» или анализу только плохих или только хороших черт личности, важно обратить внимание участников обсуждения на то, что одна и та же черта характера может быть в разных условиях «плохой» или «хорошей».

12. Арт-терапия и арт-педагогика как составная часть психолого-педагогического сопровождения

Арт-терапия и арт-педагогика могут выступать в качестве методов, используемых в психолого-педагогическом сопровождении обучающихся с инвалидностью (ОВЗ), в том числе, в инклюзивном образовании. Методы

арт-терапии и арт-педагогике могут быть использованы, наряду с иными технологиями, расширяя возможности специалистов в решении комплекса задач психолого-педагогического сопровождения.

Как отмечает профессор факультета лечебной педагогики Фрайбургского университета Р. Хампе, результаты исследований эффектов арт-терапии в массовых школах Бремена и Фрайбурга указывают на «комплексные положительные изменения, затрагивающие разные сферы личностного функционирования учащихся с ОВЗ и способствующие их успешной адаптации к школе. Они также позволяют увидеть новый путь психопрофилактики и социальной инклюзии для детей с различными нарушениями на основе художественно-эстетической деятельности. Несомненным плюсом такого направления в работе с учащимися является то, что художественно-эстетическая деятельность исключает возможности стигматизации. Она обеспечивает более активное включение детей с различными нарушениями или относящихся к группе риска в социальную среду, общение друг с другом и взрослыми... Художественно-эстетический подход в борьбе против социальной маргинализации в полной мере соответствует гуманистическим принципам равного участия всех людей в общественной жизни на основе поддержания тесной внутренней связи с духовными, творческими ресурсами личности» .

Выступая в качестве методов психолого-педагогического сопровождения, арт-терапия и арт-педагогика могут быть использованы:

- 1) при проведении психолого-педагогического консультирования обучающихся, их родителей (законных представителей);
- 2) в ходе коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий с обучающимися;
- 3) в качестве составной части комплекса реабилитационных и других медицинских мероприятий;
- 4) с целью достижения личностных результатов образования, включая различные жизненные навыки обучающихся с особыми образовательными потребностями, способствующих их более успешной социальной адаптации.

Все эти варианты применения арт-терапии и арт-педагогике в качестве методов психолого-педагогического сопровождения согласуются со Статьей 42, «Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации», нового Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации».

В то же время, на сегодняшний день арт-терапия продолжают оставаться сравнительно новыми для отечественной системы образования в целом и для инклюзивного образования, в частности. Их теория и методология применения в системе образования, в том числе, в отношении лиц с особыми образовательными потребностями разработаны недостаточно. Очевидна необходимость в дополнительном и детальном рассмотрении условий, форм и частных приемов использования арт-терапии в инклюзивном образовании.

Арт-педагогика рассматривается как отрасль педагогической науки и практики, базирующаяся на интеграции педагогики и искусства, и изучающая закономерности воспитания и развития человека посредством искусства. Суть арт-педагогики состоит в воспитании и обучении средствами искусства, формировании у обучающихся основ художественной культуры, овладении практическими навыками в разных видах художественно-творческой деятельности. Арт-педагогика может быть использована как со здоровыми обучающимися, так и обучающимися с особыми образовательными потребностями, имеющими те или иные проблемы физического или психологического здоровья, нарушения в развитии. В этом случае она может реализовывать коррекционную и адаптивную функции.

Арт-педагогика иногда рассматривается как один из аспектов реализации или особая модель арт-терапии, применяемая в деятельности образовательных организаций для решения комплекса задач, характерных для системы образования – образования, адаптации и социализации личности через искусство и творческую активность. Специальные образовательные технологии в арт-педагогике направлены на решение задач художественно-эстетического и эмоционального развития ребенка, облегчение процесса обучения, мыслительной деятельности. Они содействуют более гармоничному соединению в личности ребенка интеллектуального и художественного восприятия мира, приобщают их к духовным ценностям через сферу искусства и собственную творческую активность. Арт-педагогика предоставляет педагогу совокупность технологий и приёмов, поддерживающих более глубокое и активное личностное участие ребенка в учебной деятельности, развитие в нем разных органов чувств, эмоционального интеллекта, памяти, внимания, интуиции, а также навыков самовыражения, саморегуляции, коммуникации.

Иногда в отечественной литературе арт-педагогика трактуется как теория и практика педагогического коррекционно-направленного процесса художественного развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

По определению Е.А. Медведевой и соавт. арт-педагогика – это синтез областей научного знания (искусства и педагогики), обеспечивающих

разработку теории и практики педагогического коррекционно-направленного процесса художественного развития детей, нацеленного на формирование основ художественной культуры личности через искусство и художественно-творческую деятельность (музыкальную, изобразительную, художественно-речевую, театрализованно-игровую). Сущность арт-педагогики состоит в воспитании и обучении, развитии детей (в том числе с проблемами) средствами искусства, формировании у них основ художественной культуры и овладении практическими умениями в разных видах художественной деятельности. В арт-педагогике (педагогической модели арт-терапии) деятельность специалиста ограничена его педагогическими (психолого-педагогическими) компетенциями.

Система образования формирует личностные качества и умения, необходимые для сохранения здоровья и успешной психосоциальной адаптации. Поэтому обучение, воспитание, развитие, социализация как процессы, формирующие эти качества и навыки, могут рассматриваться как важные функции арт-педагогики, нередко рассматриваемой как педагогическая модель арт-терапии.

Арт-педагогические технологии могут способствовать формированию целостной картины мира, подготовке обучающегося к субъект-субъектному взаимодействию, развитию в них способности переносить знания и умения в практику повседневной жизнедеятельности; поддерживать в них активную творческую личностную позицию на основе приобщения к искусству (более широко – духовной культуре человечества), освоению целостных алгоритмов творческой деятельности, затрагивающих как внешний, так и внутренний мир».

Внедрение арт-педагогических (арт-терапевтических) технологий в образовательные организации требует соблюдения следующих принципов:

- Личностно-ориентированного характера арт-терапевтических воздействий, что предполагает изменение и развитие системы значимых отношений ребенка с ОВЗ, включая его отношение к себе (развитие и коррекция образа «Я»).
- Поддержку творческой личностной активности ребенка с ОВЗ, тесно связанной с его адаптационными способностями. Художественно-творческая деятельность может выступать тем видом деятельности, на основе которого реализуются, развиваются и корректируются детей с ОВЗ к окружающей среде и к самим себе. Опора на художественно-творческую деятельность позволяет

реализовать специфические для арт-педагогики (арт-терапии) возможности и преимущества, активизировать комплекс психологических механизмов, затрагивающих сенсорные, эмоциональные, познавательные процессы и поведение обучающихся.

- Принципа комплексности стимульного воздействия, который связан с необходимостью организовать воздействие на личность целой системы разнородных стимулов, охватывающих все возможные каналы развития субъективных отношений личности ребенка с ОВЗ.
- Принципа динамического соответствия арт-педагогических (арт-терапевтических) видов деятельности процессу развития сознания ребенка с ОВЗ на разных возрастных этапах.
- Специфичности воздействий, что требует дифференцированного применения различных арт-педагогических (арт-терапевтических) технологий и приемов, с учетом специфики контингента детей-инвалидов.
- Этапности арт-педагогических (арт-терапевтических) мероприятий, что подразумевает следование общей логике построения программы психолого-педагогического сопровождения с характерными для нее этапами работы.

Можно говорить о специфике форм и видов арт-терапевтической работы, а также способов психологического сопровождения участников арт-терапевтического процесса, в зависимости от особенностей учреждения и контингента обучающихся, сроков арт-терапии, финансовых и организационных условий проведения занятий.

Имеются значительные возможности для организации системы арт-терапевтических занятий и внедрения ее отдельных элементов в деятельность учреждений дополнительного образования. При этом виды и формы арт-терапевтической работы могут предполагать большую дифференцированность, по сравнению с организациями общего и профессионального образования. У работающих на базе таких учреждений специалистов, как правило, имеются значительные возможности для реализации инновационных здоровьесберегающих технологий, создания таких программ, которые обладают значительной привлекательностью. При этом правомерно говорить о проведении не столько традиционных арт-терапевтических консультаций или групповых тренингов коррекционной направленности, сколько о реализации интегрированных программ, ориентированных на решение комплекса развивающих и здоровьесберегающих задач на основе объединения художественно-образовательного, культурологического, рекреационного и арт-терапевтического направления в деятельности учреждения.

Программы такого рода могут быть рассчитаны на участие детей, молодежи с разным уровнем художественных способностей, социальным опытом и состоянием здоровья. Хотя в некоторых случаях можно говорить о проведении специальных программ, рассчитанных на участников с особыми образовательными потребностями, в большинстве случаев программы не будут связаны с акцентировкой внимания на проблемах. При этом наличие в группе отдельных лиц с психологическими особенностями может потребовать от ведущего использования дифференцированного подхода к их психолого-педагогическому сопровождению.

Интегрированные программы с использованием арт-терапевтических технологий в учреждениях дополнительного образования могут быть связаны с творческой переработкой традиционных художественных форм и фольклора, с одной стороны, и новых жанров визуального театрального искусства, таких, как работа с объектами, фотография, художественная анимация и компьютерная графика, с другой стороны. При этом создаются значительные возможности для применения полимодальной терапии искусством, сочетающей разные формы творческого самовыражения, включая, визуально-пластические искусства, музыку, танец, театр, повествования и элементы литературного творчества.

Значительные возможности у учреждений дополнительного образования имеются также для реализации программ, ориентированных на развитие сети социально-психологической поддержки уязвимых категорий населения, повышения общего уровня социальной и культурной активности населения и его правовой культуры, развития толерантности, социальной ответственности, экологического сознания. Важную роль при этом могут сыграть такие виды работы, которые связаны с совместным участием людей разного возраста и социального положения, культурной принадлежности, в том числе, детей с ОВЗ.

13. Различные организационные варианты проведения арт-терапевтических и арт-педагогических занятий в процессе психолого-педагогического сопровождения детей с инвалидностью и ОВЗ

Арт-терапевтические и арт-педагогические занятия в процессе психолого-педагогического сопровождения могут быть основаны на использовании разных средств и материалов для изобразительного творчества, позволяющих включаться в занятия рисунком, живописью, лепкой, фотографией, художественной анимацией, создавать коллажи и композиции из предметов (ассамбляжи) и т. д. В определенных случаях может использоваться сочетание разных средств творческого самовыражения.

Одной из распространенных форм занятий является индивидуальная арт-терапия с детьми и подростками. Ей нередко отдается предпочтение, в особенности, при наличии у обучающихся выраженных поведенческих и эмоциональных нарушений, недостаточном развитии коммуникативных навыков, что затрудняет включение таких детей в группу.

Признавая важное значение индивидуальной арт-терапии для работы с определенными нарушениями развития, психическими и поведенческими расстройствами у детей и подростков, следует все же признать более значительные возможности использования разных вариантов групповых занятий с целью воспитания и социализации. Могут быть использованы различные варианты групповых занятий – студийный, тематический и динамический. Групповая арт-терапия [9,11] во многих случаях обладает определенными преимуществами перед индивидуальной: позволяет задействовать широкий диапазон различных коррекционных, развивающих и социализирующих факторов, связанных с групповым взаимодействием; обладает значительными возможностями для развития социальных навыков.

В то же время, в зависимости от возраста ребенка, особенностей его развития и других факторов, групповая арт-терапия может проводиться в разной форме, предполагать разные способы ведения группы, организации группового взаимодействия и видов деятельности.

Работа в студийной группе предполагает значительную спонтанность поведения участников и минимальные ограничения. При этом уровень активности, связанной с взаимодействием участников студийных групп друг с другом, может варьироваться в широком диапазоне – от минимальных контактов до более активного взаимодействия, связанного с совместным изобразительным творчеством и играми.

Широкое распространение в работе с более детьми и подростками получил тематический вариант групповой арт-терапии. Некоторыми его важными особенностями, наряду с более четкой организацией хода отдельных занятий и процесса арт-терапии в целом, также является возможность ее доукомплектования и изменения состава участников, при сохранении ее основного «ядра». Организация работы участников тематической группы достигается, главным образом, за счет фокусировки их внимания на какой-либо значимой теме или техниках, играх и упражнениях индивидуального, парного, микрогруппового или общегруппового характера.

Эта форма групповой арт-терапии имеет следующие преимущества перед другими вариантами групповой арт-терапии (студийным и динамическим):

- высокая гибкость этого вида работы и возможность вовлечения в нее детей и подростков разного возраста и с разными интересами, в том числе, тех детей, которые не имели опыта предшествующей работы в арт-терапевтических (арт-педагогических) группах;
- возможность проведения данного вида групповой арт-терапии в форме курсов небольшой и средней продолжительности, позволяющих вовлекать в нее большее число детей с разными возможностями и потребностями;
- акцент на развитии социальных навыков и удовлетворении потребностей детей в психологически безопасном общении и взаимной поддержке;
- использование широкого набора разных факторов и механизмов коррекционного и развивающего воздействия;
- экономичность данного вида работы и возможность его использования даже при весьма ограниченных материальных ресурсах;
- возможность доукомплектования групп, в связи с их полуоткрытым характером.

Групповые занятия, как правило, имеют традиционную для этой формы работы трехчастную структуру (вводная часть с разогревом; выбор темы и ее воплощение в рисунке или ином виде творческой деятельности; обсуждение процесса и результатов работы и краткое подведение итогов занятия) с более-менее четким распределением времени между частями.

При проведении такого варианта групповой арт-терапии может быть использован широкий спектр различных техник изобразительного и игрового характера:

- предполагающие разные формы работы с изобразительными материалами и имеющие своей целью активизацию участников арт-терапевтической программы и снятие тревоги;
- создание рисунков и иной творческой продукции на «общие темы»;
- создание рисунков и иной творческой продукции, напрямую связанных со значимыми отношениями детей с инвалидностью и ОВЗ;
- совместное рисование и интерактивные игры, связанные с работой в парах или реализацией групповых творческих проектов.

Кроме того, могут быть использованы и другие приёмы, дополняющие вышеперечисленные темы и упражнения:

- методика направленного воображения в сочетании с изобразительной работой;

- различные техники полимодальной арт-терапии, предполагающие сочетание изобразительной работы с использованием игр, музыки, повествовательной творческой активности.

В процессе работы тематической группы могут применяться разные темы и виды деятельности, ориентированные на решение различных задач. Многообразие заданий, игр и упражнений, которые могут быть использованы тематической группой, можно разделить на несколько основных категорий, в зависимости от их основного назначения. Многие из них могут применяться с разными целями, поскольку оказывают многостороннее положительное воздействие на личность участников занятий.

В работе тематической группы могут быть использованы такие техники, которые позволяют более целенаправленно исследовать образ «Я» участников группы и иные значимые отношения. К этой группе техник можно отнести создание автопортретов, рисование на тему «Моя семья», «Мои друзья» и другие.

Существует группа техник, игр и упражнений, предназначенных для работы в парах, а также для совместной изобразительной деятельности участников группы и позволяющих развивать межличностные навыки и активизировать групповой процесс. Она включает, например, такие виды деятельности, как создание рисунка или скульптуры в парах, групповой рисунок и фреска, совместное рисование каракулей и другие техники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание в образовательных учреждениях возможностей для удовлетворения этих образовательных потребностей личности выступает в настоящее время основой развития системы образования в разных странах мира. При этом имеются группы детей и взрослых, чьи образовательные потребности обладают особыми чертами. Особые образовательные потребности возникают у детей или взрослых тогда, когда в процессе их обучения возникают определенные проблемы несоответствия их возможностей общепринятым социальным ожиданиям, образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения. Особые образовательные потребности ребенка требуют от школы предоставления дополнительных или особых материалов, программ или услуг.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка-инвалида представляет собой одну из специализированных функций педагога-психолога, осуществляемую им в тесном взаимодействии с другими специалистами образовательной организации, призванную удовлетворить образовательные потребности личности такого ребенка. Несмотря на создание нормативных предпосылок для оказания психолого-педагогической и иной помощи детям с ОВЗ в процессе освоения ими образовательных программ, имеется актуальная потребность в разработке методической базы, в частности, путем публикации методических рекомендаций, освещающих различные аспекты такой помощи.

Все это обусловило необходимость подготовки настоящих методических рекомендаций. Оно систематизирует и обобщает теоретическую и методическую информацию, касающуюся вопросов психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов в процессе их обучения. Пособие решает задачу объединения в одном издании как общих положений, касающихся стратегии и задач психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ и инвалидностью, так и конкретных методических указаний по планированию и проведению мероприятий по социальной реабилитации детей-инвалидов, функциональной диагностики, особенностей психолого-педагогического сопровождения детей, инвалидность которых обусловлена соматическими заболеваниями, изучения и коррекции реакций личности на болезнь, реализации инклюзивных моделей образования, системы работы по формированию универсальных учебных действий, а также системы использования арт-терапевтических технологий в процессе психолого-педагогического сопровождения таких детей.

Надеемся, что публикация методических рекомендаций будет способствовать укреплению методической базы работы педагогов-психологов и других специалистов системы образования, работающих с детьми с инвалидностью и ОВЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2003 http://www.dou4sun.ru/files/File/biblioteka_akatov.pdf
2. Битянова М., Беглова Т. Модели деятельности психолога в образовательном учреждении // Школьный психолог. – 2010. – № 2. http://psy.1september.ru/view_article.php?ID=201000213

3. Винокуров Л.Н. Школьная дизадаптация: вопросы организации помощи «детям риска». – Кострома: КОИРО, 2011.
4. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов (Под ред. Ю.С. Шевченко). – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб: Издательство «Питер», 2000.
6. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004.
7. Казакова Е.И. Педагогическое сопровождение. Опыт международного сотрудничества. – СПб.: Питер, 1995. –129 с.
8. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе. От действия к мысли: пособие для учителя (под ред. Асмолова А.Г.). – М.: «Просвещение», 2011.
9. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. – СПб.: Речь, 2003.
10. Копытин А.И. Клинические, социальные и педагогические аспекты арт-терапии в контексте профессионализации и саморегулирования // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности: Сборник материалов третьей всероссийской научно-практической конференции (Под общ. ред. А.И. Копытина А.И. — СПб — г. Грязи (Липецкая область): Скифия-принт, 2017. — С.10-22.
11. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. – СПб.: Речь, 2010.
12. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕР СЭ, 2002.
13. Косарецкий С.Г. Предмет и задачи психолого-педагогического сопровождения. <http://humanities.edu.ru>
14. Кузма Л.П., Шевченко Л.Е., Клещева Л.А. Методологические основы и технологии реализации образовательных стандартов обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Учебное пособие. – Краснодар, «Просвещение ЮГ», 2017.
15. Лебедева Л.Д. Социализирующее влияние арт-терапии в образовательном пространстве // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности: Сборник материалов третьей

всероссийской научно-практической конференции (Под общ. ред. А.И. Копытина А.И. — СПб — г. Грязи (Липецкая область): Скифия-принт, 2018. — С.17-23.

16. Луковенко Т.Г., Митина Г.В., Ющенко Н.В. Психолого-педагогическое сопровождение студентов с инвалидностью в ВУЗе. – Хабаровск: Тихоокеанский государственный университет, 2017.

17. Малофеев Н.Н. Интеграция: идеальная модель и реальность. Развивающаяся личность в изменяющемся мире. Сборник докладов (на эстонском, английском и русском языке). Тарту Эстония, 1995.

18. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. – 2014, том V. – № 1. – С. 107 – 118.

19. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. – М.: Академия, 2001.

68

20. Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утв. Министерством образования и науки РФ 8 апреля 2014 г. N АК-44/05вн). Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70680520/#ixzz50fgQC0xo>

21. Методические рекомендации по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в части комплексного сопровождения детей-инвалидов, обучающихся в муниципальных общеобразовательных школах: методич. рекоменд. – М.: ООО «Институт социальных технологий», 2017. – 80 с.

22. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М.: Сфера, 2002. <http://sdo.mgaps.ru/books/KP5/M4/file/1.pdf>

23. Приказ Минтруда России от 31.07.2015 N 528н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.08.2015 N 38624)

24. Развитие инклюзивного образования (под ред. С. Прушинского, Ю Симонова). – М.: Перспектива, 2007.

25. Руководство по инклюзии: обеспечение доступа к образованию для всех. – М.: Транзит – ИКС, 2007.
26. Хампе Р. Инклюзивное образование и арт-терапевтические вмешательства для учащихся школ // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. – 2014, Том17, №4, С.4-28.
27. Чернявская А.П. Психологическое консультирование по профессиональной ориентации. – М.: Изд-во ВЛАДОСПРЕСС, 2001.