

Министерство образования Красноярского края
краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Красноярский колледж радиоэлектроники и информационных технологий»



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по построению и проведению комплексного психолого-педагогического
сопровождения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями
здоровья

Красноярск, 2022

Методические рекомендации по построению и проведению комплексного психолого-педагогического сопровождения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Методические рекомендации предназначены для педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность в сфере профессионального образования.

Методические рекомендации **составлены:**

заместителем директора по ВР Филипповой С.В., старшим методистом Клачковой Т.В., педагогом-психологом Анищик Н.С., социальным педагогом Дашук М.И.

ОДОБРЕНО


Старшим методистом

 Т.В. Клачкова

«09» февраля 2022 г.


УТВЕРЖАЮ

Заместитель директора по воспитательной работе

 С.В. Филиппова

« 09 » февраля 2022 г.

Рассмотрено на заседании Методического совета КГБПОУ ККРИТ протокол № 3от «09» февраля_2022г.

председатель методического совета  М.А. Полютова

Оглавление

1 Организационно-методические аспекты психолого-педагогического сопровождения обучающихся с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).....	4
1.1 Структура и базовые компоненты психолого-педагогического сопровождения.....	5
1.2 Создание социально-психологических и педагогических условий для эффективной адаптации и психического развития обучающегося с ОВЗ и обеспечения успешности в обучении.....	6
1.3 Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса, обучающегося с ОВЗ в динамике его психического развития в условиях образовательного учреждения.....	6
1.4 Организация психолого–педагогического сопровождения в рамках реализации адаптированной основной профессиональной образовательной программы, по различным нозологиям.	7
2 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся, по различным нозологиям	10
2.1 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с соматическими заболеваниями	10
2.2 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушением зрения.	11
2.3 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	17
2.4 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушением слуха.	19

1 ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

Обучение детей и подростков, имеющих особые образовательные потребности и нуждающихся в психолого-педагогическом сопровождении, ставит перед педагогическим сообществом задачу объединения усилий с целью реализации эффективной коррекционно-педагогической работы, воспитания и социализации обучающихся с особенностями развития.

Знание и понимание организационно-методических аспектов психолого-педагогического сопровождения субъектов образовательной деятельности позволит воспитателям ДОО, школьным педагогам, преподавателям системы СПО создать условия для успешной социализации всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

В целом сопровождение адаптации в образовательном процессе обучающегося или группы обучающихся с ограниченными возможностями может быть определено как «...система профессиональной деятельности, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития личности в ситуации школьного взаимодействия» (М.Р. Битянова).

Система психолого-педагогического сопровождения – это проектирование образовательной среды с целью создания условий для максимально успешного обучения данного конкретного обучающегося, опираясь на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста как критерии адекватности образовательных воздействий, в логике собственного развития личности, приоритетности ее потребностей, целей и ценностей.

Само понятие «сопровождение» следует распространять не только непосредственно на ребенка с ОВЗ, ребенка с инвалидностью, но и на других субъектов образовательного пространства: педагогов, обучающихся условной психофизиологической нормы, родителей обучающихся, т.е. всего «принимающего» социума.

Важным является создание равновесной (с точки зрения соотношения потенциальных возможностей личности, оптимальности его развития, обучения и воспитания и образовательных воздействий) системы обучающийся – образовательная среда.

Понятие «сопровождение» теснейшим образом сочетается как с понятием сохранение позитивного здоровья, так и с вытекающим отсюда пониманием сопровождения

как текущей (динамической) оценки адаптированности ребенка в образовательной среде и поддержанием оптимальной его адаптации в этой среде.

В части психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ, эффективно и технологично вся система может осуществляться только при наличии команды специалистов сопровождения, объединенных в психолого-медико-педагогический консилиум образовательного учреждения (ПМПК).

Функционирование ПМПК – одно из основных организационно-педагогических условий реализации инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ.

Основной **задачей** сопровождения в рамках гуманистической концепции развития образования является максимальное раскрытие потенциальных возможностей личности, в частности:

1. Содействие полноценному развитию в личностном и познавательном плане.
2. Создание условий для максимального проявления положительных сторон индивидуальности (ее успешной социализации).

1.1 Структура и базовые компоненты психолого-педагогического сопровождения

В общем виде психолого-педагогическое сопровождение как процесс – целостная деятельность всех субъектов образовательного процесса по адаптации обучающегося с ОВЗ в образовательный социум будет определяться следующими основными взаимосвязанными компонентами:

1. Создание социально-психологических и педагогических условий для эффективной адаптации и психического развития обучающегося с ОВЗ и обеспечения успешности в обучении.
2. Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса обучающегося с ОВЗ в динамике его психического развития в условиях образовательного учреждения.
3. Психологическое сопровождение семей детей с ОВЗ в условиях общеобразовательной организации.
4. Психолого-педагогическое сопровождение принимающего социума (педагогов, обучающихся с нормальным психофизическим развитием и их родителей): помощь (содействие) в решении актуальных проблем взаимоотношений со сверстниками с ОВЗ.

1.2 Создание социально-психологических и педагогических условий для эффективной адаптации и психического развития обучающегося с ОВЗ и обеспечения успешности в обучении

Создание и реализация индивидуального образовательного маршрута и основной его части – индивидуальной образовательной программы: психолого-педагогическое сопровождение, а также организация специальных образовательных условий получения образования и социализации. Составление индивидуальной программы коррекционно-развивающей работы.

1. Система мер по профилактике эмоциональных перегрузок, адаптации образовательных и иных социально-психологических нагрузок обучающихся с ОВЗ.

2. Технология формирования базовых предпосылок учебной деятельности (формирование произвольного компонента деятельности и формирование пространственно-временных представлений в соответствии с уровнем и особенностями психического развития ребенка и характера его нарушений – типом отклоняющегося развития)

3. Система мер по стимуляции развития обучающихся с ОВЗ в личностном плане.

4. Система мер по созданию условий для полноценного и максимального проявления положительных сторон индивидуальности ребенка с ОВЗ (педагогическое конструирование ситуаций успеха).

5. Система мер по социализации детей и подростков с ОВЗ в образовательный социум (в среде сверстников и в целом в пространстве образовательного учреждения) - формирование представлений, навыков и компетенций их социального взаимодействия с окружающими детьми и взрослыми. Построение «границ» коммуникации, умение строить взаимодействие с окружающими, понимать их эмоции.

1.3 Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса, обучающегося с ОВЗ в динамике его психического развития в условиях образовательного учреждения

1. Сбор дополнительных анамнестических сведений, включая семью (психологический анамнез).

2. Технология оценки особенностей и уровня развития обучающихся с ОВЗ, с выявлением причин и механизмов (психологической и педагогической типологизации состояния), проблем, для задач создания адекватного сопровождения ребенка и его семьи.

- Операциональные характеристики деятельности (темп деятельности, работоспособность, характеристика параметров внимания).

- Характер поведения обучающегося в целом, а также такой его параметр как целенаправленность (регуляторная зрелость).

Признаки регуляторной незрелости могут быть следующими: двигательная и речевая расторможенность; отвлекаемость; наличие импульсивных реакций, импульсивного поведения; возможность в любой момент «отвлечься» от заданий, контекста урока вне зависимости от наступления утомления (в данном случае можно говорить о низкой мотивации деятельности как одном из проявлений регуляторной незрелости), потребность во внешнем программировании деятельности, трудности построения и удержания (контроля) алгоритма многокомпонентной деятельности.

- Особенности речевого развития (речевая активность, объем словарного запаса и степень развернутости речевых высказываний, инициация речевого высказывания, способность к диалогу, эмоциональная сторона высказываний).

- Аффективные и эмоциональные особенности ребенка (адекватность эмоционального реагирования, сила реакций).

- Специфика взаимодействия ребенка с детьми и взрослыми (коммуникативный аспект) – сформированность навыков общения, адекватность коммуникации, наличие коммуникативных барьеров, уровень конфликтности;

- Моторная гармоничность, ловкость ребенка (включая оценку латеральных моторных и сенсорных предпочтений ребенка) – моторная координация, адекватность регуляции силы движений, наличие невротических или стереотипных движений;

- Анализ продуктов деятельности как дополнительный элемент метода наблюдения.

3. Технология выделения детей и подростков с ОВЗ, относящихся к группе риска по различным видам дизадаптации (образовательной и/или поведенческой).

4. Система динамической оценки эффективности коррекционно-развивающих мероприятий – оценка состояния ребенка после окончания цикла развивающе-коррекционной работы в рамках ИОП (мониторинг личностных изменений обучающегося с ОВЗ). Важна оценка образовательных и социальных достижений ребенка.

5. Технология оценки внутригрупповых взаимоотношений, для решения задач сопровождения всех субъектов инклюзивного образовательного пространства, формирования эмоционального принятия и группового сплочения.

1.4 Организация психолого–педагогического сопровождения в рамках реализации адаптированной основной профессиональной образовательной программы, по различным нозологиям.

Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется педагогом-психологом учреждения и отделом по учебно-воспитательной работе.

Основная цель психолого-педагогического сопровождения – создание благоприятной для подросткового и юношеского возраста социальной ситуации развития в образовательной организации среднего образования. Эта социальная ситуация развития будет создавать оптимальные условия для раскрытия индивидуальных познавательных и творческих способностей обучающихся, способствовать процессу завершения формирования идентичности молодых людей.

Задачи психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса:

1. Определение образовательно-профессионального пути молодого человека (сначала абитуриента, затем – студента).
2. Овладение студентами базовым процессом деятельности (процессом обучения, процессом профессиональной деятельности).
3. Овладение практикой межличностного взаимодействия и взаимоотношений.
4. Сохранение психического здоровья.
5. Овладение дополнительными процессами деятельности (умение структурировать свободное время, развитие культуры отдыха и др.).

Этапы психолого-педагогического сопровождения:

1. Адаптация.
2. Этап профессионального и личностного самоопределения. Интериоризация.
3. Первичная профессиональная адаптация. Трудоустройство. Индивидуализация.

Одним из условий успешной и эффективной реализации адаптированной основной профессиональной образовательной программы является адаптация. Рассмотрим ее более подробно.

Психолого-педагогическое сопровождение первокурсников в период адаптации к процессу обучения в колледже, выстраивается в несколько этапов.

1. Предпосылочный. Задачи данного этапа: - привлечение в колледж потенциальных абитуриентов; - осуществление набора абитуриентов на все направления подготовки.

Какие формы работы мы используем на данном этапе: разработка буклетов о специальностях и профессиях колледжа; - дни открытых дверей и профориентационные мероприятия; - диагностика профессиональной направленности выпускников школ, изучение личностных особенностей школьников и др.

2. Подготовительный. Задачи данного этапа: - реализация модели адаптации первокурсников «Неделя первокурсника».

Какие формы работы мы используем на данном этапе: - разработка отделом по учебно-воспитательной работе основных адаптационных мероприятий для будущих первокурсников.

3. Диагностический. Задачи:

- выявление индивидуальных и типологических особенностей первокурсников;
- выявление образовательных потребностей и запросов первокурсников;
- диагностика потенциально проблемных зон у первокурсников (сферы: учеба, социальные контакты, самообслуживание в быту и т. п.).

Формы работы:

- психологическое и педагогическое анкетирование первокурсников;
- индивидуальные беседы психолога, кураторов, социального педагога с первокурсниками;
- проведение с группами первокурсников психологических занятий с элементами тренинга.

4. Стартовый. Задачи:

- установление неформальных контактов между первокурсниками и студентами старших курсов;
- принятие первокурсниками норм и правил жизнедеятельности в колледже;
- предоставление первокурсникам возможности проявить свои способности и стать активными субъектами жизнедеятельности колледжа (привлечение первокурсников к волонтерскому движению, к участию во внеурочной деятельности колледжа, к участию во всероссийском конкурсе «Абилимпикс»).

Формы работы:

- 3-7-дневное "погружение" - интенсивные занятия по специально разработанной программе, направленные на решение задач данного этапа (в рамках «Недели первокурсника»);
- торжественные ритуалы встречи первокурсников – «Посвящение в студенты»;
- кураторские часы.

5. Основной. Задачи:

- психолого-педагогическая помощь первокурсникам в решении возникающих у них проблем; - сплочение академических групп и курсов;
- овладение первокурсниками способами самопомощи и самоподдержки в решении своих проблем;
- корректировка текущих задач и адаптационных мероприятий на основе систематической рефлексии.

Формы работы:

- систематическая деятельность кураторов, согласно плану;

- психолого-педагогическая помощь обучающимся первого курса: психологические консультации, коррекционно-развивающая деятельность с использованием сенсорного оборудования, психологическая диагностика, психологическое просвещение и т.д.

6. Итоговый. Задачи:

- анализ результатов психолого-педагогического сопровождения адаптации первокурсников;

- выявление эффективности модели психолого-педагогического сопровождения адаптации первокурсников и внесение необходимых коррективов;

- определение перспектив работы со студентами, перешедшими на второй и последующие курсы.

Формы работы:

- анкетирование студентов 1-го курса и участников адаптационных программ (мастеров, кураторов, классных руководителей);

- сообщение об итогах психолого-педагогического сопровождения адаптации первокурсников на педагогическом совете колледжа (разработка рекомендаций по работе с первокурсниками и т.д.);

- доработка и корректировка психолого-педагогического сопровождения адаптации первокурсников.

2 ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ, ПО РАЗЛИЧНЫМ НОЗОЛОГИЯМ

2.1 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с соматическими заболеваниями

Соматическое заболевание (от др.-греч. σῶμα — тело) — телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию. В данную группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней является именно соматическими, так, например, все травмы и генетические наследственные болезни являются соматическими.

К соматическим заболеваниям относятся:

- заболевания сердца и сосудов;
- заболевания дыхательной системы;
- поражения печени и почек, ряд поражений желудочно-кишечного тракта;
- травмы, ожоги и ранения;
- наследственные генетические заболевания;
- органические поражения нервной системы;

- инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов;
- паразитарные инвазии;
- эндокринные заболевания.

Обучающиеся - инвалиды с тяжёлыми соматическими заболеваниями имеют свои психофизические особенности:

- трудности в освоении образовательной программы из-за пропусков учебных дней;
- особенности протекания психических процессов, обусловленные приемом медицинских препаратов;
- астенический синдром (повышенная утомляемость, раздражительность и неустойчивое настроение, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушением сна, метеозависимость);
- астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей наиболее часто наблюдается смешанная физическая и психическая астения, обычно с преобладанием последней;
- депрессивные синдромы (могут скрываться за детскими капризами, соматическими, поведенческими, и кратковременными интеллектуальными нарушениями);
- психоорганический синдром (снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его усталость; разнообразные аффективные нарушения);
- психогенные патологические формирования личности: патохарактерологическое развитие личности (истероидный – «кумир семьи» и неустойчивый варианты «оранжерейное воспитание») и дефицитарный тип патологического формирования личности, как реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности, социальная изоляция (изоляция от сверстников) (формируется у детей с физическими дефектами, в т.ч. анализаторов, дефектами ОДА (ДЦП, последствия полиомиелита, костно-суставный туберкулез, врожденные аномалии конечностей, также у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.).

2.2 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушением зрения.

Существуют разные степени потери зрения: абсолютная (тотальная) слепота на оба глаза, при которой полностью утрачиваются светоощущение и цветоразличение; практическая слепота, при которой сохраняется либо светоощущение, либо остаточное

зрение, позволяющие в известной мере воспринимать свет, цвета, контуры и силуэты предметов.

По установленной классификации к слепым относятся лица, острота зрения которых находится в пределах от 0 % до 0,04 %. Таким образом, контингент слепых включает людей, полностью лишенных зрения (тотальные слепые) и обладающих остаточным зрением (с остротой зрения от светоощущения до 0,04 %).

Студенты с остротой зрения от 0,05 % до 0,2 % входят в категорию слабовидящих, и уже могут работать с помощью зрения при соблюдении определенных гигиенических требований. Обучающиеся с пониженным зрением (или с пограничным зрением между слабовидением и нормой), – это лица с остротой зрения от 0,5 (50 %) до 0,8 (80 %) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Основная специфика образовательного процесса инвалидов по зрению определяется особенностями реализации информационного обмена в условиях отсутствия (или значительного ограничения) визуального восприятия. В условиях зрительного дефекта усиливается психоэмоциональное напряжение, обостряется восприятие индивидом трудных жизненных ситуаций, осложняется выбор адекватных средств их преодоления, возникают состояние внутреннего психического конфликта, социальная дезадаптация, поведенческие нарушения и др. К числу специфических жизненных трудностей лиц с нарушениями зрения относятся:

- трудности в пространственной ориентировке (неумение пользоваться самостоятельными приемами ходьбы без зрения, психологические барьеры, препятствующие использованию трости и др.);

- трудности в общественной интеграции: высокая социальная неудовлетворенность, проблемы в общении с нормально видящими (формирование негативных коммуникативных установок и комплексов);

- трудности в быту и самообслуживании – несформированность элементарных бытовых умений и навыков, что наиболее характерно для слепорожденных, воспитывающихся в условиях гиперопеки, а также для лиц, потерявших зрение и адаптирующихся к измененным в результате этого условиям жизни;

- трудности в профессиональной и личностной самореализации, что в большей степени детерминировано негативными социальными стереотипами и установками в отношении лиц с нарушением зрения; организацией труда, не соответствующей психофизиологическим особенностям и возможностям; низким уровнем заработной платы, монотонностью труда и т. д.; удовлетворение потребностей, сопряженных с общением (признание, самоутверждение, самореализация, установление дружеских отношений и др.).

Глубина и характер поражений зрительного анализатора сказываются на развитии всей сенсорной системы, определяют ведущий путь познания окружающего мира, точность и полноту восприятия его образов. Врождённые и приобретённые нарушения зрения относятся к первичным соматическим дефектам. Эти аномалии вызывают вторичные функциональные отклонения (сужение поля зрения, сужение остроты зрения и т. д.), которые отрицательно сказываются на развитии ряда психических процессов: ощущении, восприятии, представлении и т. д. То есть, вторичные дефекты представляют собой цепь отклонений, где один функциональный дефект влечёт за собой другой, что приводит к нарушениям психических процессов. Поэтому между соматическим дефектом и аномалиями в развитии психики имеются сложные структурные и функциональные связи. Компенсаторное приспособление при слепоте не может быть достаточно полным, восстанавливающим нормальную жизнедеятельность человека без вмешательства извне. Слепой, без специально организованного обучения не способен овладеть самостоятельно направленной деятельностью, ввиду отсутствия или неполного, а иногда и искаженного представления о предметах окружающей действительности и возможных манипуляциях с ними.

Нарушения зрения неоднозначно влияют на отдельные структурные компоненты личности, их компенсация рассматривается, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни. В основе механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое ЦНС. Оно заключается в восстановлении или замещении нарушенных или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. То есть, от тяжести дефекта зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затруднённости зрительного отражения мира. В результате из сферы ощущений и восприятия выпадают сигналы, информирующие человека о важных свойствах предметов и явлений.

Компенсация пробелов в чувственном опыте студентов с нарушениями зрения возможна только при активном включении сохранных органов чувств, существенная роль, в деятельности которых принадлежит вниманию.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное полным или частичным выпадением зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других

свойствах внимания обучающихся. В тоже время, однообразие слуховых раздражителей быстро утомляет слепого и ведёт к рассеиванию внимания.

Хотя слепота и вносит некоторые специфические особенности в развитие и проявление внимания, но в целом внимание слепых подчиняется тем же закономерностям, что и у нормально видящих, и может достигать такого же уровня развития (Л. С. Выготский). Это обусловлено тем, что внимание формируется в деятельности и зависит от приобретённых волевых, эмоциональных и интеллектуальных свойств личности, от активности человека. На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепых чувственными данными, лица с глубокими нарушениями зрения получают представления о многих недоступных для их восприятия предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи выступает во всех видах психической деятельности слепых студентов: в процессе восприятия (слово направляет и уточняет его), при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т. д. Огромное значение имеет речь для формирования личности слепого в целом. С помощью речи слепые контактируют с окружающими людьми, ориентируются в обществе. Недостатки произношения ограничивают круг общения лиц с патологией зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведёт к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм и др.). Речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей и педагогов развивается до нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается чувствительность другой. Утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Это касается только слепых обучающихся. У слабовидящих ведущим видом ощущений остаётся зрение.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений. Вербализм представлений у слепых и слабовидящих студентов связан с невозможностью целостного восприятия объектов и их отдельных свойств, устранение его проявлений, является одной из основных задач коррекционной работы. При своевременной коррекционной работе слепые и слабовидящие приобретают необходимый запас представлений, обеспечивающий нормальную ориентацию в окружающей среде.

Вторичный характер имеет замедленное развитие процесса запоминания у слепых и слабовидящих. Это объясняется недостатком наглядно-действенного опыта, несовершенством методов обучения таких лиц. Для образов памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений характерна склонность к распаду. Даже небольшие промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях: резко снижается уровень дифференцированности, адекватности образов эталонам.

Мыслительная деятельность слепых и слабовидящих подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности. При этом важная роль в компенсации зрительной депривации принадлежит «воссоздающему воображению». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения. Ослепшие, на основе сохранившихся зрительных представлений могут создавать новые яркие образы воображения, а наличие остаточного зрения расширяет возможности в этом виде психической деятельности.

Сам факт отсутствия зрения для слепых обучающихся не является фактором психологическим, они не чувствуют себя «погружёнными во мрак». Психологическим фактором слепота становится только тогда, когда они вступают в общение с нормально видящими людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к отклонениям в формировании личности слепого и может вызвать появление негативных характерологических особенностей. Таких как, изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

В условиях слабовидения имеет место обедненность чувственного опыта, обусловленная не только снижением функций зрения и различными клиническими проявлениями, но и недостаточным развитием зрительного восприятия и психомоторных образований.

У слабовидящих имеет место снижение двигательной активности и своеобразие физического развития (нарушение координации, точности, объема движений, нарушение

сочетания движений глаз, головы, тела, рук и др.), в том числе трудности формирования двигательных навыков.

При слабовидении имеет место своеобразие становления и протекания познавательных процессов, проявляющееся: в снижении скорости и точности зрительного восприятия, замедленности становления зрительного образа, сокращении и ослаблении ряда свойств зрительного восприятия (объема, целостности, константности, обобщенности, избирательности и др.); снижении полноты, целостности образов, широты круга отображаемых предметов и явлений; возникновении трудностей в реализации мыслительных операций, в развитии основных свойств внимания. Кроме того, слабовидящим характерны затруднения в овладении пространственными представлениями, в процессе микро- и макроориентировки, в словесном обозначении пространственных отношений; сложности в формировании представлений о форме, величине, пространственном местоположении предметов; ограничения возможности дистантного восприятия; низкий уровень развития обзорных возможностей; замедленный темп зрительного анализа.

Слабовидящим свойственно своеобразие речевого развития (некоторое снижение динамики в развитии и накоплении языковых средств и выразительных движений, слабая связь речи с предметным содержанием, особенности формирования речевых навыков, недостаточный запас слов, обозначающих признаки предметов и пространственные отношения, трудности вербализации зрительных впечатлений и др.); наличие определенных трудностей в овладении языковыми (фонематический состав, словарный запас, грамматический строй) и неязыковыми (мимика, пантомимика, интонация) средствами общения, осуществлении коммуникативной деятельности (трудности восприятия, интерпретации продуцирования средств общения). Слабовидящим свойственны трудности, связанные с качеством выполняемых действий, автоматизацией навыков, осуществлением зрительного контроля за выполняемыми действиями, в том числе, связанными с будущей профессиональной деятельностью.

Для слабовидящих характерно снижение уровня развития мотивационной сферы, регуляторных (самоконтроль, самооценка, воля) и рефлексивных образований (начало становления «Я-концепции», развитие самоотношения). У части слабовидящих возможно формирование следующих негативных качеств личности: недостаточная самостоятельность, безынициативность, иждивенчество. У части обучающихся данной группы слабовидение сочетается с другими поражениями (заболеваниями) организма, что снижает их общую выносливость, психоэмоциональное состояние, двигательную активность, обуславливая особенности их психофизического развития.

2.3 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Обучающиеся с нарушениями опорно-двигательного аппарата частично или полностью ограничены в произвольных движениях. В зависимости от характера заболевания и степени выраженности дефекта они условно подразделяются на 3 группы.

К первой группе относят лиц, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника) и т. п.

Ко второй группе относят людей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной и периферической нервной системы), а также людей, страдающих тяжелыми формами сколиоза.

Третью группу составляют лица с последствиями полиомиелита и церебральными параличами, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата связаны с патологией развития или подтверждением двигательных механизмов ЦНС.

При детском церебральном параличе (ДЦП) – поражении незрелого головного мозга) наблюдается сочетание нарушений функций со своеобразной аномалией психического развития, часто отмечаются речевые нарушения и задержка формирования познавательных функций, пространственно-временных представлений, практических навыков, эмоционально-волевой сферы и личности и др.

Структура нарушения интеллектуального развития при детском церебральном параличе характеризуется неравномерно обедненным багажом сведений и представлений об окружающем, который обусловлен следующими причинами: вынужденной изоляцией, ограничением контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с обездвиженностью или трудностями передвижения; затруднением познания окружающего мира в силу двигательных расстройств; нарушением сенсорных функций; неравномерным дисгармоничным характером интеллектуальной недостаточности, т.е. недостаточностью одних интеллектуальных функций, задержкой развития других и сохранностью третьих.

Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. При этом страдают те системы мозга, которые обеспечивают сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, часто отмечаются оптико-пространственные нарушения.

Познавательная деятельность человека с ДЦП характеризуется также замедленностью формирования психических процессов, быстрой истощаемостью, трудностями переключения на другие виды деятельности, недостаточной концентрацией внимания, замедленностью процесса восприятия, снижением объема памяти. У значительной части лиц с церебральным параличом отмечается низкая познавательная активность, которая проявляется в плохой сосредоточенности, медлительности и замедленной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта лица с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу:

- 1) имеющие нормальный или близкий к нормальному интеллект;
- 2) имеющие задержку психического развития;
- 3) имеющие умственную отсталость.

Студентами колледжа (по уровню развития познавательной деятельности) могут быть лица с нарушением опорно-двигательного аппарата, которые в соответствии с данной классификацией относятся к первой группе: лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами, имеющие нормальное психическое развитие и разборчивую речь.

Для большинства обучающихся с церебральным параличом характерны также разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У части обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ДЦП) они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости. Склонность к колебаниям настроения нередко сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой обстановке; при утомлении иногда отмечается эйфория (радостное, приподнятое настроение со снижением критического восприятия окружающего).

У студентов с церебральным параличом в большинстве случаев наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Это затрудняет процесс социальной адаптации.

Длительное ограничение двигательной активности лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, их обособленность от среды нормально развивающихся сверстников, гиперопека со стороны родителей, чрезмерная заостренность внимания на своем дефекте – все это предопределяет своеобразие их развития. При изучении личностных качеств обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата выяснено, что у многих из них снижены мотивы учебной деятельности. Это проявляется в познавательной пассивности, нерегулярности выполнения учебных заданий, нарушениях внимания при восприятии учебного материала. Отмечено, что волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, инициативность, самостоятельность, сдержанность) у лиц с нарушениями опорнодвигательного аппарата недостаточно развиты по сравнению с их нормальными сверстниками.

Специалисты также отмечают тесную взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями при ДЦП. Патологические тонические рефлексы отрицательно влияют и на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольные движения нижней челюсти, языка. Это негативно отражается на формировании голосовой активности и нарушает звукопроизносительную сторону речи. Отмечается определенная зависимость между степенью нарушений артикуляционной моторики и степенью тяжести нарушений функций рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у лиц, которых имеются значительные поражения верхних конечностей.

2.4 Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с нарушением слуха.

Обучающиеся с нарушением слуха представляют собой разнородную группу не только по степени, характеру и времени снижения слуха, но и по уровню общего и речевого развития, наличию или отсутствию дополнительных нарушений.

В соответствии с результатами действия различных факторов выделяют следующие категории лиц с нарушениями слуха:

- глухие;
- рано/позднооглохшие;
- слабослышащие (тугоухие).

Глухие – это лица с тотальным отсутствием слуха, без возможности самостоятельного пользования им для накопления и сбора речевого запаса.

Тотальная глухота встречается достаточно редко, обычно сохранены остаточные явления слуха, которые позволяют воспринимать отдельные, специфические звуки, разборчивое восприятие речи при этом невозможно.

Среди глухих выделяют:

- ранооглохших;
- позднооглохших.

К первому типу относят лиц с двусторонним перманентным нарушением слуха, полученным либо от рождения, либо в раннем детстве до формирования речи.

Позднооглохшие же – это лица со значительной потерей слуха, по довольно сохранной речи по причине позднего возникновения глухоты.

Это категория лиц с нарушением слуха характеризуется не временем наступления глухоты, а наличием речи при отсутствии слуха.

Слабослышащие (тугоухие) – лица с частичной слуховой недостаточностью, замедляющей развитие речевого аппарата, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся лица с понижением слуха от 20 до 75 Дб.

По степени снижения слуха слабослышащих разделяют на три степени (тугоухости).

При легкой тугоухости человек распознает шепот на расстоянии от 1 до 3 метров, а разговорную речь на расстоянии более 4 метров. Но не может адекватно воспринимать информацию при звуковых помехах.

Средняя тугоухость имеет место, если человек воспринимает шепотную речь на расстоянии меньше, чем один метр, а разговорную речь слышит на расстоянии от 2 до 4 метров.

Тугоухость 2 степени характеризуется неразборчивостью в восприятии всех слов в нормальной обстановке, требуются неоднократные повторения некоторых фраз или отдельных слов.

Тяжелая тугоухость проявляется в невозможности различить шепот даже на очень близком расстоянии, разговорную речь слышно на расстоянии меньше 2 метров. Используется слуховой аппарат и обучение зрительной фильтрации речи (чтению по губам), для возможности общаться.

Среди слабослышащих различают:

- страдающих ограниченной или глубоко недоразвитой речью;
- владеющих развернутой речью с небольшими недостатками в ее грамматическом построении и ошибками в произношении и письме.

На возможности обучения лиц с нарушенным слухом существенное влияние оказывает время возникновения их нарушения: рано - (в возрасте до трех лет) или позднооглохшие. Данный фактор будет определять степень развития у этой группы лиц степень сохранности собственных речевых и обусловленных речью навыков и функций. Низкий уровень овладения речью становится барьером для полноценного роста и развития всей когнитивной сферы психики и познавательной деятельности таких людей. Речевой дефицит является причиной их своеобразного восприятия, памяти и мышления. На этом должно быть построено психолого-педагогическое сопровождение процесса овладения знаниями человека с нарушенным слухом.

В России, по неофициальным данным, живут около 14 миллионов человек с различными нарушениями слуха. Становится выше и число лиц со сниженным слухом в возрастной группе подростков и юношей. Дефект слуха выражается, прежде всего, в характере умственного и речевого развития, что влечёт за собой личностные особенности и создаёт проблемы адаптации, затрудняет процесс социализации юношей и девушек в различных социумах.

Нарушения вербального общения, вследствие нарушения слуха частично изолирует слабослышащего от окружающих его говорящих, и в свою очередь, в абсолютном большинстве случаев уже в подростковом возрасте ведёт к повышенной тревожности невротическим и неврозоподобным состояниям, неврозам, немотивированным страхам и т.д. И поэтому преподавателю в общении с таким студентом надо научиться принимать его таким, какой

он есть. Способствовать вместе с родителями, психологом учить его жить с нарушенным слухом так, чтобы это не отражалось на положительной самооценке и восприятии собственной жизни. Однако значительная часть общества, как и прежде, не готова принять его как равного человека с сенсорными недостатками, а сами эти люди психологически не готовы к интеграции в социум. Существуют социально-психологические стереотипы восприятия не слышащего человека его социальным окружением. В результате у слабослышащих подростков, юношей не сформирована позитивная Я-концепция, отсутствует адекватная самооценка, трезвый взгляд на свои социальные и профессиональные перспективы. Таким образом, нарушение слуховой функции отрицательно влияет на формирование характера и личности в целом слабослышащего подростка и юноши.

Особые образовательные потребности слабослышащих и позднооглохших обучающихся:

- условия обучения, обеспечивающие деловую и эмоционально комфортную атмосферу, способствующую качественному образованию и личностному развитию обучающихся, формированию активного сотрудничества обучающихся в разных видах учебной и внеучебной деятельности, расширению их социального опыта, взаимодействия со взрослыми и сверстниками, в том числе, имеющими нормальный слух; постепенное расширение образовательного пространства, выходящего за пределы образовательной организации;

- постановка и реализация на уроках и в процессе внеурочной деятельности целевых установок, направленных на коррекцию отклонений

в развитии и профилактику возникновения вторичных отклонений; создание условий для развития у обучающихся инициативы, познавательной активности, в том числе за счет привлечения к участию в различных (доступных) видах деятельности;

- учёт специфики восприятия и переработки информации, овладения учебным материалом при организации обучения и оценке достижений;

- обеспечение специальной помощи в осмыслении, упорядочивании, дифференциации и речевом опосредовании индивидуального жизненного опыта, включая впечатления, наблюдения, действия, воспоминания, представления о будущем; в развитии понимания взаимоотношений между людьми, связи событий, поступков, их мотивов, настроений; в осознании собственных возможностей и ограничений, прав и обязанностей; в формировании умений проявлять внимание к жизни близких людей, друзей;

- целенаправленное и систематическое развитие словесной речи (в устной и письменной формах), формирование умений обучающихся использовать устную речь по всему спектру коммуникативных ситуаций (задавать вопросы, договариваться, выражать свое мнение, обсуждать мысли и чувства, дополнять и уточнять смысл высказывания и др.);

- применение в образовательно-коррекционном процессе соотношения устной, письменной и жестовой речи с учетом особенностей разных категорий слабослышащих и позднооглохших обучающихся, обеспечения их качественного образования, развития коммуникативных навыков, социальной адаптации и интеграции в обществе;

- использование обучающимися в целях реализации собственных познавательных, социокультурных и коммуникативных потребностей вербальных и невербальных средств коммуникации с учетом владения ими партнерами по общению (в том числе, применение русского жестового языка в общении, прежде всего, с лицами, имеющими нарушения слуха), а также с учетом ситуации и задач общения;

- осуществление систематической специальной (коррекционной) работы

по формированию и развитию речевого слуха, слухозрительного восприятия устной речи, ее произносительной стороны, восприятия неречевых звучаний, включая музыку (с помощью звукоусиливающей аппаратуры); развитие умений пользоваться индивидуальными слуховыми аппаратами или/и кохлеарными имплантами, проводной и беспроводной звукоусиливающей аппаратурой коллективного и индивидуального пользования;

- при наличии дополнительных первичных нарушений развития у слабослышащих и позднооглохших обучающихся проведение систематической специальной психолого-педагогической работы по их коррекции;

- оказание обучающимся необходимой медицинской помощи с учётом имеющихся ограничений здоровья, в том числе, на основе сетевого взаимодействия;

Только при удовлетворении особых образовательных потребностей каждого обучающегося, можно открыть ему путь к полноценному качественному образованию.