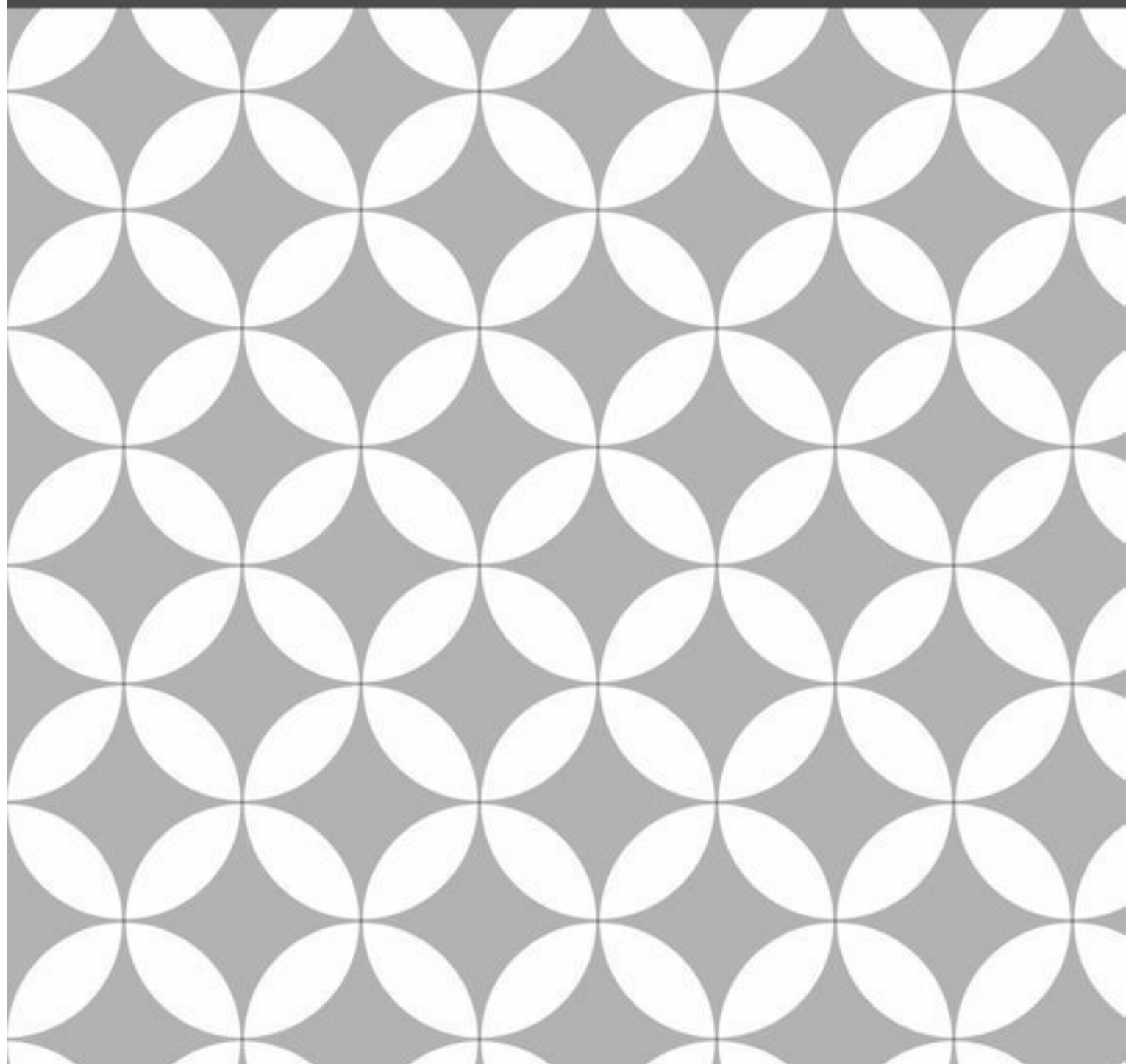


Анна Винеvская

*Практические материалы для педагогов,
реализующих инклюзивное образование*

Сборник методик и тестов



Анна Винеvская

**Практические материалы
для педагогов, реализующих
инклюзивное образование**

«Издательские решения»

Виневская А.

Практические материалы для педагогов, реализующих инклюзивное образование / А. Виневская — «Издательские решения»,

В книге собраны материалы, которые помогут педагогам и студентам — будущим педагогам по организации обучения и взаимодействия с детьми, имеющими ОВЗ. В книге собраны основные методики обследования детей, которые могут применяться и для обследования детей с ОВЗ. Также даются характеристики различных нарушений, рекомендации педагогам и родителям. Книга носит хрестоматийный характер.

© Виневская А.

© Издательские решения

Содержание

Введение	6
Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся	7
Характеристики учащихся с нарушениями развития	9
Дети с аутизмом	10
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Практические материалы для педагогов, реализующих инклюзивное образование

Сборник методик и тестов

Анна Винеvская

© Анна Винеvская, 2016

Научный редактор Ольга Александровна Кочергина

Рецензенты Владимир Трофимович Фоменко

Рецензенты Григорий Федорович Гребенщиков

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Введение

Из человеческого образования нельзя исключать никого, кроме нечеловека

Я. А. Каменский

Чрезвычайно важно с психологической точки зрения не замыкать аномальных детей в особые группы, но возможно шире практиковать их общение с остальными детьми: ...глубоко антипедагогично правило, согласно которому мы, в целях удобства, подбираем однородные коллективы аномальных детей. Делая это, мы идем не только против естественной тенденции в развитии таких детей, но, что гораздо более важно, мы лишаем аномального ребенка коллективного сотрудничества и общения с другими, стоящими выше него детьми, усугубляем, а не облегчаем ближайшую причину, обуславливающую недоразвитие его высших функций

Л. С. Выготский

Данные практические материалы предназначены для педагогов-психологов, работающих в условиях реализации инклюзивного образования.

Основная цель настоящих материалов – оказание помощи психологам и педагогам по организации коррекционного и психолого-педагогического сопровождения детей и школьников с ограниченными возможностями здоровья при их совместном обучении со здоровыми учащимися в условиях массовой школы.

В пособии рассматриваются психологические характеристики учащихся с нарушениями развития и нарушениями здоровья, основные направления сопровождения с вышеуказанным контингентом учащихся.

Современному педагогу, живущему в потоке документации и в дефиците времени, важно «иметь под рукой» материалы, в которые можно всегда заглянуть и найти ответ на имеющийся вопрос.

Практические рекомендации для учителей составлены с учетом особенностей развития и психологических черт личности ученика.

Советы и рекомендации для родителей помогут оптимизировать процесс воспитания и жизнедеятельности школьников с ограниченными возможностями здоровья.

Практические материалы включают в себя диагностический комплекс, который дает возможность психологам провести обследование, осуществить оценку особенностей поведения и определить индивидуальные меры, корректирующие обучение и воспитание данной категории школьников.

Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях обучения в образовательной организации

У школьников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) могут возникнуть множество психологических проблем, которые поможет разрешить педагог или психолог через психолого-педагогическое сопровождение.

Под психолого-педагогическим сопровождением специалисты Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена понимают – осознанный системный процесс взаимодействия субъектов в условиях образовательной среды.

К «детям с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ограниченными возможностями жизнедеятельности, дети-инвалиды) специалисты относят детей, у которых есть нарушения в развитии, предоставляющие им возможность иметь бинефициарный статус, т.е. позволяющий им пользоваться социальными льготами и пособиями.

При изучении понятия – «дети с особыми образовательными потребностями» мы остановились на классификации, предложенной в Федеральном государственном образовательном стандарте для детей с ОВЗ, которые к основным категориям детей с ОВЗ относят:

- детей с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие).
- детей с нарушением зрения (слепые, слабовидящие).
- детей с нарушением речи (логопаты).
- детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
- дети с умственной отсталостью и множественными нарушениями развития.
- детей с задержкой психического развития.
- детей с расстройствами аутистического спектра.

Данная классификация дает возможность выделить в характеристиках этих категорий детей особенности их нарушений в следующих сферах: сфера здоровья, общения, когнитивная и мотивационно-волевая, а также личностная сфера, где могут быть нарушены составляющие образа «Я», требующие коррекции и развития для их успешной адаптации в обществе.

Психологическая диагностика школьников с ОВЗ может включать:

- *изучение личностной готовности к обучению;*
- *исследование ряда психофизиологических, индивидуально-психологических и личностных особенностей обучающихся;*
- *исследование особенностей межличностного взаимодействия;*
- *осуществление психологической интерпретации отдельных состояний, особенностей, поведения обучающихся.*

Психолого-педагогический мониторинг необходимо осуществлять с целью оценки динамики личностных и психологических показателей развития обучающихся и степени взаимодействия субъектов образовательного процесса.

Результаты мониторинга могут способствовать:

- *обеспечению индивидуально—дифференцированного подхода в обучении, основывающегося на индивидуальных психологических особенностях школьника;*

- планированию коррекционных мероприятий, моделированию индивидуальных программ развития обучающихся;*
- осуществлению снятия психологических трудностей, с которыми сталкиваются обучающиеся в процессе обучения;*
- планированию мероприятий по предупреждению трудностей в интеллектуальном, личностном развитии, управлению психическим состоянием обучающихся;*
- выбору и проведению мероприятий, направленных на формирование определенных личностных качеств, организацию адекватных межличностных отношений между обучающимися и педагогами.*

При проведении тестирования необходимо помнить:

1. Проводить диагностирование в тихой комнате, где ничто не отвлекает ребенка и психолога.
2. Осуществлять предельную доброжелательность к ребенку, использовать похвалу, одобрение, независимо от результата выполнения заданий.
3. Соблюдать объективность при диагностировании, не стремиться оказывать сверх дозированную помощь ребенку, превращая методику из диагностирующей в обучающую.
4. Учитывать состояние здоровья ребенка на момент тестирования; если ребенок устал, дать ему возможность отдохнуть, а затем продолжить обследование.
5. Соблюдать этику общения с детьми и их родителями.

Характеристики учащихся с нарушениями развития

Для детей-инвалидов младшего школьного и подросткового возраста 7—16 лет на первый план выходит сформированность ведущей для этого возраста деятельности – учебной. В ее структуру входят учебно-познавательные мотивы, учебные задачи и форма учебных занятий.

Дети—инвалиды школьного возраста часто имеют отклонения в развитии интеллектуальной или двигательной сферы. Это вызывает трудности в усвоении учебного материала. У таких детей отмечается неразвитость саморегуляции, неумение управлять собой. Обнаруживаются специфические отклонения в развитии мотивационно-потребностной сферы психики. Они выражаются в задержке развития образного мышления, требующего внутреннего плана действия, что приводит к последующим трудностям в усвоении учебного материала. Дети-инвалиды младшего школьного возраста характеризуются недоразвитием произвольности в поведении, саморегуляции, планировании действий.

В подростковом возрасте на первый план выходят проблемы пубертатного периода. На этом этапе личностного развития социальное одобрение необходимо для развития чувства собственной значимости и собственного достоинства. Ребенок-инвалид не получает в полной мере от окружающих поддержки и заинтересованного внимания, не обладает всем репертуаром навыков социального поведения, который необходим для успешной социальной адаптации. У большинства подростков отмечается неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, переоценка или недооценка своих возможностей. Многим подросткам-инвалидам свойственна поверхностность чувств, моральное изживенчество или осознание своей ущербности.

У подростков могут проявляться разнообразные психопатические черты характера – агрессивность, истерические реакции, эмоциональная лабильность.

Сексуальное поведение подростков-инвалидов отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко приближается к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность.

Поскольку многих детей к этому времени воспитывает только мать, ввиду того, что отец оставил семью с больным ребенком, подросткам свойственна слабая ориентация на модель полоролевого поведения. Отмечается недостаточная представленность в опыте подростков-инвалидов типично мужских форм поведения, что особенно затрудняет полоролевою социализацию мальчиков. Мамы, опасаясь травматизма, не привлекают мальчиков к «мужским» видам труда, поэтому у подростков слабо формируются представления о трудовой деятельности.

Отношение взрослого, остается по-прежнему самым важным, его расположение – является опорой их самосознания. Поэтому сверстник является помехой «забирающей на себя» внимание взрослого, в связи с чем, в детском коллективе нередки конфликты и ссоры. Дети – инвалиды, как правило, не сравнивают себя со сверстниками и не утверждают через них, следовательно, у них нет основы для конкурентного отношения к другому ребенку, что так же является помехой для развития социального поведения. Так же затрудняет процесс социализации недостаточное выделение собственного «Я» ребенка, которое не сформировалось в раннем детстве из – за недостаточного общения с близкими взрослыми и из – за отсутствия личностного отношения к себе.

Дети с аутизмом

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Поведение детей с аутизмом характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.).

Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом – инвалиды.

Каким бывает аутизм?

Синдром Каннера. Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества», по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхолалии «граммофонная или попугайная речь»;
- 7) задержка развития «Я»;
- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2—3 лет.

Синдром Аспергера. Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему «красивость», мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен «внутрь себя». Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

Синдром Ретта. У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

Атипичный аутизм. Для атипичного аутизма характерно:

- достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,
- ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,
- тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза. Однако, они заслуживают внимания, это – гиперактивность (особенно в раннем детстве или подростковом возрасте), слуховая гипер и гипочувствительность и различные реакции на звук (четко проявляются в особенности в течение первых 2-х лет жизни), гиперчувствительность к прикосанию, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, нанесение себе повреждений, заниженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются, по меньшей мере, у 1/3 людей, имеющих это расстройство.

Любое нарушения развития необходимо диагностировать как можно в более раннем возрасте. именно поэтому мы здесь приводим раннюю диагностику аутизма. Это связано с тем, что в настоящее время существуют трудности в четком определении аутизации ребенка.

Существуют различные методики диагностики аутизма. Приводим одну из них. Это методика К. С. Лебединской и О. С. Никольской.

Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма

Использование предложенной специальной диагностической карты целесообразно для исследования ребенка первого и второго года жизни.

Приведенные вопросы добавляются к традиционному психиатрическому либо патопсихологическому анамнезу в случае, если основные жалобы родителей либо данные сопутствующих документов вызывают предположение о возможности РДА.

Естественно, что у данного аутичного ребенка будут проявляться не абсолютно все признаки РДА, западения в отдельных сферах будут выступать в разной степени. Поэтому представленная ниже подробная диагностическая карта, фиксирующая особенности развития всех неврологических сфер ребенка, должна способствовать не только ранней диагностике и терапии РДА, но и выбору методов психологической коррекции, адекватных клинко-психологическому варианту РДА и индивидуальным особенностям ребенка.

ВЕГЕТАТИВНО-ИНСТИКТИВНАЯ СФЕРА

Неустойчивость ритма «сон-бодрствование». Длительность сна. Длительность периода засыпания и сна. Засыпание лишь в определенных условиях (на улице, на балконе, при укачивании). Поверхность, прерывистость сна днем. «Спокойная бессонница». Ночные страхи. Крик и плач при пробуждении. Связь нарушений сна с психогениями, экзогениями.

Трудности взятия груди, задержка формирования автоматизма сосания. Вялость, недостаточность времени сосания.

Срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Склонность к запорам.

Отсутствие пищевого рефлекса. Анорексия. Возможность кормления лишь в особых условиях (ночью, в проселочном состоянии и т. д.). Избирательность в еде. Гиперсензитивность к твердой пище, употребление только протертой. Привычные рвоты.

Малоподвижность, пассивность. Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение.

Двигательное беспокойство, крик и сопротивление при пеленании, прикосновении, взятии на руки, купании, массаже и т. д.

АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА

Особенности общего эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность, индифферентность. Периодические «уходы в себя». Запаздывание формирования, слабость или чрезмерность выраженности эмоций удивления, обиды, гнева. Слабая эмоциональная откликаемость. Трудность вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Преобладание повышенного либо пониженного фона настроения. Выраженность и характер суточного ритма.

Немотивированные колебания настроения. Дистимические расстройства с капризностью, плаксивостью, «нытьем», эмоциональной пресыщаемостью. Дисфорические расстройства с напряженностью, пегативизмом, агрессивной готовностью. Склонность к эйфории с монотонным двигательным возбуждением, дурашливостью, булимией. Субдепрессивные состояния с малоподвижностью, гипомимией, двигательным плачем, потерей аппетита, нарушением сна, большей выраженностью аффективных расстройств по утрам.

Невротические реакции на неудачу, отношение близких: самоагрессия, тики, вегетативные расстройства.

Психопатоподобные реакции: негативизм, агрессия к близким детям. Истерифоричные реакции.

Первый возрастной криз. Время появления и длительность психомоторной возбудимости, страхи, тревога, нарушения сна и питания, пресыщаемость в игре. Явление негативизма: сопротивление умыванию, одеванию, стрижке, агрессивность.

Страхи. Время появления. Страхи животных. Страхи бытовых шумов (звуки пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т. д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т. д.). Боязнь изменения интенсивности света, предметов определенного цвета и формы, прикосновения, влаги.

Страхи остаться одному, потерять мать, чужих, высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Страхи, обусловленные ситуационно. Психогенные иллюзорные расстройства.

Страхи с идеями толкования: отношения, угрозы, перевоплощения и т. д.

«Феномен тождества». Трудности при введении прикорма. Приверженность узкому кругу еды, отвергание новых видов пищи. Ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму. Болезненная реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего (расположение мебели, предметов, игрушек). Негативизм к новой одежде.

Уровень патологической реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, переезд): нарушение вегетативных функций, невротическое, психопатоподобные расстройства, регресс приобретенных навыков, психотические явления.

Нарушение чувства самосохранения. Отсутствие «чувства края» (свешивание за борт коляски, стремление выбраться из манежа, выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке и т. д.). Отсутствие страха высоты, закрепление опыта контакта с горячим, острым.

СФЕРА ВЛЕЧЕНИЙ

Агрессия. Ее проявления. Жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки.

Легкое возникновение агрессии в аффекте. Агрессия как стремление привлечь внимание, вступить в игру. Агрессия при страхе. Влечение к ситуациям, вызывающим страх. Агрессия при радости.

Самоагрессия: спонтанная, при неудачах. Брезгливость. Понижение и повышение. Их сочетание.

СФЕРА ОБЩЕНИЯ

Визуальный контакт. Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека (взгляд вверх, «мимо», «сквозь»). Активное избегание взгляда человека. Характер взгляда: неподвижный, застывший, испуганный и т. д.

Комплекс оживления. Отставленность. Слабость реакции на свет, звук, лицо, погремушку. Отсутствие какого-либо компонента: двигательного, голосового, улыбки.

Первая улыбка. Слабость, редкость. Особенности внешней характеристики: «неземная», «лучезарная». Отнесенность не к человеку, а к неодушевленному предмету, возникновение на звук, ощущение. Отсутствие заражаемости от улыбки, интонации, смеха взрослого.

Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца, других близких. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения навстречу при приближении). Реакция на приход и уход близких.

Формирование наибольшей привязанности к кому-либо из близких. Малая потребность в матери, слабость реакции на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки. Сопротивление при взятии на руки. Симбиотическая связь с матерью: непереносимость ее самого кратковременного отсутствия (патологические вегетативные реакции, невротические, психопатоподобные реакции, регресс навыков). Симбиоз с другими членами семьи, няней.

Появление слов «мама», «папа» после других. Их неотнесенность к родителю. Другие необычные вербальные обозначения родителей. Эпизоды страха кого-либо из родителей. Смена симбиоза на индифферентность, избегание, враждебность.

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование. «Сверхобщительность».

Контакт с детьми. Игнорирование: пассивное, активное. Стремление лишь к физическому общению. Обследование как неодушевленного предмета. Импульсивные действия. Игра «рядом». «Механическое» заражение поведением детей. Амбивалентность в стремлении к контакту, страх детей. Сопротивление при попытке организации контакта извне. Агрессивность к детям. Агрессивная реакция на рождение сибса. Избирательность контактов с детьми. Особенности их круга.

Отношение к физическому контакту. Стремление, неприязнь. Гиперсинзетивность, переносимость лишь «малых доз» прикосновения, поглаживания, кружения, торможения и т. д.

Реакция на словесные обращения. Отсутствие отклика на имя. Слабость, замедленность, отсутствие реакции на другие обращения. «Псевдоглухота». Избирательность ответных реакций на речь. Отсутствие адекватного жеста.

Поведение в одиночестве. Отсутствие реакции. Непереносимость, страх. Предпочтение. Стремление к территориальному уединению.

Отношение к окружающему. Необычность первоначального объекта фиксации внимания (яркое пятно, деталь одежды и т. д.). Индифферентность к окружающему, отсутствие активности исследования предметов.

«Отсутствие» дифференциации одушевленного и неодушевленного. «Механическое» использование руки, туловища взрослого. Диссоциация между отрешенностью и эпизодами, указывающими на хорошую ориентацию в окружающем.

ВОСПРИЯТИЕ

Зрительное восприятие.

Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, участке блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Завороженность таким созерцанием. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев у лица.

Рассматривание и перебирание пальцев матери. Упорный поиск определенных зрительных ощущений. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения, мелькания страниц. Длительное вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей, двигании стекол полок, верчении колес, пересыпании мозаики и т. д.).

Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Зрительная гиперсинзетивность: испуг, крик при включении света, раздвигании штор; стремление к темноте.

Слуховое восприятие.

Отсутствие реакции на звук. Страхи отдельных звуков. Отсутствие привыкания к пугающим звукам.

Стремление к звуковой аутоstimуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков.

Ранняя любовь к музыке. Характер предпочитаемой музыки. Ее роль в осуществлении режима, компенсация поведения. Хороший музыкальный слух. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

Тактильная чувствительность.

Измененная реакция на мокрые пеленки, купание, причесывание, стрижку ногтей, волос. Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Удовольствие от ощущения разрывания, расслоения тканей, бумаги, пересыпания круп. Обследование окружающего преимущественно с помощью ошупывания.

Вкусовая чувствительность.

Непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Обонятельная чувствительность.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.