

Понятие «дети с особыми образовательными потребностями» охватывает всех учащихся, чьи образовательные проблемы выходят за границы общепринятой нормы.

Общепринятый термин «дети с особыми образовательными потребностями» делает ударение на необходимости обеспечения дополнительной поддержки в обучении детей, которые имеют определенные особенности в развитии.

Логичным и обоснованным может быть принято определение, которое дает французский ученый Г. Лефранко: «Особые потребности – это термин, который используется в отношении лиц, чья социальная, физическая или эмоциональная особенность требует специального внимания и услуг, предоставляется возможность расширить свой потенциал».

Если мы говорим об инклюзивном образовании, то имеем в виду, прежде всего, особые образовательные потребности у детей, имеющих нарушения в психофизическом развитии.

Инклюзивное образование – это система образовательных услуг, которая базируется на принципе обеспечения основного права детей на образование и права обучаться по месту проживания, что предусматривает обучение в условиях общеобразовательного учебного заведения.

Дети с особенностями психофизического развития разделяются по следующим категориям:

- с нарушениями слуха (глухие, оглохшие, со сниженным слухом);
- с нарушениями зрения (слепые, ослепшие, со сниженным зрением);
- с нарушениями интеллекта (умственно отсталые, с задержкой психического развития);

- с речевыми нарушениями;

- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- со сложной структурой нарушений (умственно отсталые слепые или глухие, слепоглухонемые и др.);

- с эмоционально-волевыми нарушениями и дети с аутизмом.

Дети с особенностями психофизического развития имеют, как и все другие дети, определенные права, среди которых и право на получение качественного образования.

Цель данного пособия проинформировать педагогов о характере различных психофизических нарушений, дать конкретные рекомендации по обучению таких детей.

1.Речевые нарушения

К речевым нарушениям относятся:

- дислалия (нарушения звуко речи);

- нарушения голоса (дисфония и афония);

- ринолалия (нарушения звуко речи и тембра голоса, связанные с врожденным дефектом

формирования артикуляционного аппарата);

- дизартрия (нарушения звукоречи и мелодико-интанационной стороны речи, обусловленные недостаточностью иннервации мышц артикуляционного аппарата);

- заикание;

- алалия (отсутствие или недоразвитие речи у детей, обусловленное органичным локальным поражением головного мозга);

- афазия (полная или частичная утрата речи, обусловленная органичными локальными поражениями головного мозга);

- общее недоразвитие речи;

- нарушение письма (дисграфия) и чтения (дислексия).

Большинство этих нарушений устраняется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Одновременно имеются случаи, когда и в средних и старших классах эти нарушения не преодолены.

Учащиеся с речевыми нарушениями имеют функциональные или органические отклонения в состоянии центральной нервной системы. Они часто жалуются на головные боли, тошноту, головокружение. У многих детей сохраняются нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движения пальцев рук и артикуляционных движений. Во время обучения они быстро истощаются, утомляются. Им характерны раздражительность, возбудимость, эмоциональная нестойкость. У них сохраняется неустойчивость внимания и памяти, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная трудоспособность.

Особую группу среди детей с нарушениями речи составляют дети с нарушениями процессов чтения и письма.

Трудности восприятия текста (дислексия) характеризуется как неспособность воспринимать печатный или рукописный текст и трансформировать его в слова.

При дислексии во время чтения наблюдаются такие типы ошибок: замена и смешивание звуков, побуквенное чтение, перестановка и др.

Помощь таким детям должна быть комплексной и осуществляться группой специалистов: невропатологом, логопедом, психологом, педагогом. Эффективность работы в значительной мере определяется своевременностью применения мероприятий и вобором оптимального метода и темпа обучения.

Нарушение навыков письма – дисграфия – искажение или замена букв, искривление звуко-составляющей структуры слова, нарушение элитного написания слов, аграматизмы. В основу классификации дисграфии положена несформированность определенных операций процесса письма:

- артикуляционно-акустическая дисграфия проявляется в заменах, пропусках букв, которые соответствуют пропускам и заменам в устной речи;

- дисграфия на основе нарушения фонематического распознавания проявляется в заменах букв соответствующих фонематично близким звукам, хотя в устной речи звуки проговариваются правильно; (работа по устранению этих двух видов нарушений направлена на развитие фонематического восприятия: уточнение каждого звука, который замещается, выработка артикуляционного и слухового образов звуков);

- дисграфия на основе нарушения речевого анализа и синтеза, которое проявляется в искажении звуко-буквенной структуры слова, деления предложений на слова;

- грамматическая дисграфия связана с недоразвитием грамматического строения речи (морфологический и синтаксических обобщений);

Работа по устранению этих двух видов нарушений направлена на уточнение структуры предложения, развитие функций словоизменения, умения анализировать состав слова по морфологическим признакам.

- оптическая дисграфия связана с недоразвитием зрительного анализа и синтеза и пространственных представлений, которые проявляются в заменах и искажениях букв при письме, к оптической дисграфии относится и зеркальное письмо;

Работа направлена на развитие зрительных восприятий, расширение и представление зрительной памяти, формирование пространственных представлений и развитие зрительного анализа и синтеза.

Заикание – одно из наиболее сложных и длительных речевых нарушений. Медики характеризуют его как невроз (дискоординация сокращения мышц речевого аппарата). Педагогическая трактовка: это нарушение темпа, ритма, плавности речи судорожного характера. Психологическое определение: это нарушение речи с преобладающим нарушением его коммуникативной функции. Речевая судорога прерывает речевой поток остановками различного характера. Судороги возникают только при продуцировании речи. Заикание бывает невротическое и неврозоподобное.

При заикании с ребенком работают логопед, невропатолог, психотерапевт, психолог, педагог. Лишь команда, в состав которой входят эти специалисты, может квалифицированно разработать меры по преодолению заикания.

Логопед может назначить охранную терапию – режим молчания, а врач – проведение всего комплекса лечения, которое рекомендовано при невротических состояниях у детей. Независимо от форм заикания, всем детям параллельно с логопедическими, необходимы занятия по логоритмике, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Рекомендации учителям:

- Когда вы заметили, что в вашем классе есть ученик, который имеет схожие трудности, проконсультируйтесь с учителями, которые обучали ребенка в прежние годы.

- Обратитесь к психологу и логопеду, поговорите с родителями. используйте все указания и рекомендации специалистов.

- От состава команды, которую вы организуете, зависит правильность определения диагноза, стратегии коррекционной помощи и выбор необходимых мер для успешного обучения ребенка в вашем классе.

- Спрашивайте учащегося о трудностях, которые он чувствует во время восприятия, обработке, применении информации (нового материала). Определите, какую информацию ученик не воспринимает.

- Предложите другие способы (если ученик не может читать, поясните устно, если не воспринимает на слух – подайте в письменном виде).

- Выполняйте все рекомендации логопеда, других специалистов, родителей относительно специальных упражнений и адаптации материала для конкретного учащегося.

- Узнайте о возможности использования специальных компьютерных программ (например, преобразование печатного текста в аудио воспроизведение), других технических способов, в зависимости от особенностей обучения конкретного ученика.

2. Дети с задержкой психического развития

Задержка психического развития может обуславливаться разнообразными причинами.

В частности, это: наследственная склонность, нарушение функционирования мозга в период внутриутробного развития, половые осложнения, хронические и длительные заболевания в ранней возрасте, несоответствующие условия воспитания и др.

В зависимости от этих факторов различаются различные формы задержки.

- **Конституционного и соматогенного происхождения** – ребенок миниатюрный и внешне хрупкий, структура его эмоционально-волевой сферы соответствует более раннему возрасту, частые болезни снижают возможности родителей, общая слабость организма снижает продуктивность его памяти, внимания, трудоспособности, тормозит развитие познавательной деятельности.

- **Психогенного происхождения** – обусловлена несоответствующими условиями воспитания (чрезмерная опека или недостаточная забота о ребенке). Развитие задерживается вследствие ограничения комплекса раздражений, информации, которая поступает из окружающей среды.

- **Церебрально-органического происхождения** – стойкая и сложная, обусловлена поражениями головного мозга ребенка вследствие патологических влияний (преимущественно во второй половине беременности). Характеризуется снижением обучаемости даже на низком уровне умственного развития. и проявляется в трудностях усвоения учебного материала, отсутствии познавательного интереса и мотивации обучения.

Значительная часть детей с задержкой психического развития, получив своевременную коррекционную помощь, усваивает программный материал и «выравнивается» по окончании начальной школы. Одновременно, немало учеников и следующие годы школьного обучения требуют особых условий организации педагогического процесса из-за значительных трудностей в усвоении учебного материала.

Ученик, который имеет подобные трудности, требует тщательного психолого-педагогического изучения для определения оптимальных и эффективных методов обучения. Работа с родителями таких детей имеет исключительно важное значение, поскольку их понимание природы трудностей и соответствующая помощь в кругу семьи способствуют преодолению трудностей в обучении.

Рекомендации учителям:

- Сосредоточьте внимание на сильных сторонах ученика и опирайтесь на них в процессе обучения. Одновременно будьте готовы, что придется постепенно заполнять пробелы в знаниях, умениях и навыках ученика.

- Подавайте содержание учебного материала небольшими частями, используя мультисенсорный подход (слуховой, визуальный, манипуляционный). Как можно больше повторяйте и закрепляйте изученное.

- Заинтересуйте ученика, поддерживайте позитивную мотивацию обучения.

- Старайтесь снизить темп обучения, учитывая психическую выносливость и умственную трудоспособность ученика. Будьте терпеливы, если ученику необходимо объяснить или показать что-то неоднократно. Найдите оптимальный вариант взаимодействия с ним (поясните новый материал до урока, на занятии дайте письменный тезисный план, алгоритм действий и др.).

- Расчлените задание на отдельные небольшие части. Если необходимо – составьте письменный алгоритм поэтапного выполнения задания. Устные инструкции давайте по одной, пока ученик не научится удерживать в памяти одновременно несколько.

- Практикуйте прикладное использование приобретенных учеником знаний.

- Совместно с учеником пошагово анализируйте выполнение задания.
- Разнообразьте учебную деятельность, однако, обеспечивайте плавный переход от одних видов деятельности к другим.
- Задания должны соответствовать возможностям учеников и исключать чувства стойких неудач.
- Предоставляйте ученикам достаточно времени для выполнения задания и практического применения новых умений и навыков, одновременно, достаточно длительное выполнение одного задания может утомить его.
- Не перекладывайте преодоление проблем в обучении исключительно на родителей. Помогайте им осознавать малейшие успехи ученика и закреплять их. Ученики с трудностями в обучении требуют не авторитарных подходов в семейных отношениях, а взвешенного, добродушного отношения к ребенку.
- Преодоление трудностей в обучении – это результат совместной длительной и кропотливой работы педагогов, психологов, родителей и даже терапевтов.

3. Дети с нарушениями зрения

На сегодняшний день в Украине нарушения зрения занимают первое место среди других расстройств. К этой группе принадлежат слепые (около 10%) и слабовидящие (люди со сниженным зрением). Слепыми считаются лица, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения или же те, которые имеют лишь частично светоощущения (острота зрения до 0,004). Слабовидящие – те, кто имеет значительное снижение зрения (в границах от 0,05 до 0,2 при использовании корректирующих очков).

Основной причиной снижения остроты зрения являются врожденные заболевания или аномалии глаз (70% случаев). Факторы, которые явились причиной аномалии глаз, чрезвычайно разнообразны. Среди эндогенных (внутренних) – наследственность, гормональные нарушения у матери и плода, резус-несовместимость, возраст родителей, нарушение обмена веществ и др. К эндогенным (внешним) факторам можно отнести различные интоксикации, инфекционные и вирусные заболевания и др.

Среди распространенных расстройств органов зрения – микрофтальм, анофтальм, катаракта, глаукома, атрофия зрительного нерва, дегенерация сетчатки, астигматизм, близорукость, дальнозоркость и др.

Заболевание глаз приводит к сложным нарушениям зрительной функции – снижается острота, суживается поле зрения, нарушается пространственный взгляд.

Вследствие неполного или искаженного окружения представления таких детей в полной мере обеднены, фрагментарны, полученная информация плохо запоминается. Дети чувствуют трудности во время чтения, письма, практических работ; быстро утомляются, что обуславливает снижение умственной и физической трудоспособности. Именно по этому они требуют дозированного зрительного напряжения и охранного режима во время организации учебного процесса.

В связи с тем, что в течение обучения зрение учащихся может изменяться (соответственно изменяются офтальмологические рекомендации), необходима скоординированная работа педагогов, школьного врача, офтальмолога и родителей, которые должны держать под контролем допустимые физические и зрительные нагрузки ученика.

Организовывая учебный процесс для таких учащихся, педагог должен учитывать офтальмологические данные о степени снижения зрения, характер заболевания, особенности его протекания и прогноз на будущее (возможность ухудшения или улучшения). Учитывая это, учитель должен быть ознакомлен с рекомендациями офтальмолога по использованию обычных и специальных мер коррекции (очки, контактные линзы и др.), также дополнительных способах, которые улучшают зрение (увеличенные линзы, проекторы, тифлоприспособления, аудиозаписи, специальные компьютерные программы, которые трансформируют письменный текст в звуковой и др.). Педагог должен знать кому из учеников очки предназначены для постоянного

использования, а кому для работы лишь на дальней или близкой дистанции и контролировать соблюдение детьми определенного режима.

Врач должен дать рекомендации в отношении освещения рабочего места ученика (это не всегда первая парта или место возле окна).

Рекомендации учителям:

- Через каждые 10-15 минут ученик должен 1-2 минуты передохнуть, делая специальные упражнения.
- Освещение рабочего места должно быть не менее 75-100 кд/кв.м.
- Устранить все препятствия на пути к рабочему месту ученика.
- В наглядных пособиях целесообразно увеличить шрифт.
- Записывая на классной доске, стремитесь расположить материал таким образом, чтобы он у ученика не сливался в непрерывную линию. Узнайте, какой цвет ученик видит лучше всего.
- Давайте возможность ученикам подойти ближе к доске или к наглядному пособию, чтобы лучше увидеть написанное.
- Озвучивайте то, что пишете.

- Стремитесь все, что пишете на доске, дублировать раздаточным материалом.
- Обратите внимание на качество раздаточного материала: должен быть матовая, а не глянцевая бумага, шрифт крупным и контрастным.
- Ученикам с нарушением зрения необходимо больше времени на выполнения заданий, чтения текста. Не перегружайте ученика чтением больших текстов во время самостоятельной обработки материала, лучше пояснить еще раз устно, убедитесь, что он все понял.
- По таким предметам как литература, история, география можно использовать аудио библиотеки литературных произведений и других учебных материалов, которыми учитель может пользоваться для индивидуальных занятий со слабовидящими учениками.
- Целесообразно пересмотреть требования к письменным работам. Иногда слабовидящему ученику необходимо писать с использованием трафарета, чтобы правильно расположить текст на странице и придерживаться строчек.
- Чаще проверяйте понимание учеником материала, который дается на уроке.
- Следите за осанкой ученика, одновременно, не ограничивайте его, когда он очень близко подносит текст к глазам.
- Ребенок может плохо видеть выражение вашего лица и не понимать, что обращаетесь к нему. Лучше подойти к нему, и дотрагиваясь до него, обратиться по имени.
- Не делайте лишних движений и не заслоняйте источник света, не используйте не вербальные методы общения (кивание головой, движения рук и др.).

4. Дети с нарушениями слуха

Понятие «нарушение слуха» часто используется для описания широкого диапазона расстройств, связанных со снижением слуха, что включает и глухоту.

Среди причин снижения слуха можно назвать следующие: половые травмы, инфекционные заболевания, отиты, воспаления, последствия употребления соответствующих медицинских препаратов.

Глухота определяется как абсолютное отсутствие слуха или его значительное снижение, вследствие которого восприятие и распознавание устной речи невозможно.

По сравнению с глухими, дети со сниженным слухом (слабослышащие) имеют слух, который с помощью аудио усиливающей аппаратуры, дает возможность воспринимать речь окружающих и самостоятельно говорить. Дети, которые имеют утрату слуха от 15 до 75 дБ, считаются слабослышащими, выше 90 дБ – считаются глухими (по педагогической классификации).

Частично снижение слуха компенсируется слуховыми аппаратами и кохлеарными имплантами. При нормальных условиях обучения у детей с нарушенным слухом формируется речевое общение и развивается речевой слух, что дает им возможность достаточно успешно обучаться общеобразовательных школах, получать высшее и профессиональное образование.

Одновременно, необходимо учитывать определенные особенности учащихся с нарушениями слуха. Некоторые слабослышащие могут слышать, однако воспринимают отдельные звуки отрывочно, особенно начальные и конечные звуки в словах. В этом случае необходимо говорить более громко и четко, подбирая принятую учеником

громкость. В других случаях необходимо снизить высоту голоса, поскольку ученик не в силах воспринимать на слух высокие частоты. В любом случае учитель должен ознакомиться с медицинской картой ученика, проконсультироваться со школьным медиком, отоларингологом, сурдопедагогом, логопедом, родителями, учителями, у которых обучался ученик в предыдущие годы. Посоветуйтесь со специалистами относительно возможностей индивидуального слухового аппарата ученика, специальных заданий для развития речевого дыхания.

Рекомендации учителям:

- Научиться проверять исправность слухового аппарата.

- Ознакомьтесь со специальными техническими средствами, которые направляют эффективность учебного процесса. Целесообразно, что учебное заведение приобрел необходимую аппаратуру.

- Ученик должен сидеть достаточно близко, хорошо видеть учителя, одноклассников и наглядные пособия. Он должен четко видеть артикуляционный аппарат всех участников урока.

- Используйте как можно больше наглядности.

- Следите за тем, чтобы ученик получил информацию в полном объеме. Звуковую информацию необходимо подкреплять и дублировать зрительным восприятием текста, таблиц, опорных схем и т.д.

- Начиная разговор, проверьте внимание ученика: назовите его имя или дотроньтесь до него рукой. Обращаясь и разговаривая с учеником, смотрите на него, чтобы он мог видеть все ваши движения (артикуляцию, выражение лица, жесты).

- Перед тем, как начать объяснение нового материала, инструкций по выполнению заданий, убедитесь, что ученик смотрит на вас и слушает.

- Не закрывайте лицо руками, не говорите, отвернувшись от ученика. Если необходимо – сделайте запись на доске, а потом, повернувшись лицом к классу, повторите написанное и прокомментируйте.

- Говорите достаточно громко, в нормальном темпе, не увлекаясь артикуляцией, движением губами.

- Время от времени убеждайтесь, что ученик вас понимает. Но при этом не задавайте ему нетактичных вопросов про это.. Если ученик просит что-то повторить, попробуйте перефразировать сведения, используя короткие простые предложения.

- Если вы не поняли речь ученика, попросите его повторить еще раз, или написать, что он хотел ответить.

- Если вы объясняете сложный материал, который содержит термины, формулы, даты, фамилии, географические названия, целесообразно дать его ученику в письменной форме. Используйте раздаточный материал, что полнее передает содержание урока.

- Убедитесь, что все слова в тексте понятны. По возможности упрощайте текст.

- Иницируйте речевое общение ученика. Не перебивайте его, дайте возможность высказать мысль.

5. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

Такие нарушения встречаются у 5-7% детей и могут быть врожденными или приобретенными. Среди нарушений опорно-двигательного аппарата выделяют:

- заболевания нервной системы: детский церебральный паралич; полимиелит;

- врожденные патологии опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих тазобедренного сустава, кривошея, косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей: аномалии развития пальцев кисти; атрогипоз (с рождения калека);

- приобретенные заболевания и поражение опорно-двигательного аппарата: травмы спинного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У всех этих детей ведущим нарушением является недоразвитие, нарушение либо утрата двигательных функций.. Доминирующим среди них является детский церебральный паралич (около 90%).

Для приспособления социальной среды, необходимо подготовить учителей и учеников школы, класса к восприятию ими ребенка с такими нарушениями как обычного ученика.

Дети с детским церебральным параличом (ДЦП)

Церебральный паралич возникает вследствие поражений мозга плода в дородовой период или во время родов. Среди факторов, которые приводят к церебральному параличу – костная недостаточность, родовые черепно-мозговые травмы, интоксикация в период беременности, инфекционные заболевания и др. Частота детского церебрального паралича в популяции – 1,7 случаев на 1000 детей.

Характерными для ДЦП являются двигательные нарушения (параличи, неполные

параличи), неспособность контролировать и координировать движения, слабость движений, нарушения общей и мелкой моторики, пространственной ориентации, речи, слуха и зрения, в зависимости от того, какие отделы мозга получили поражения, нестойкий эмоциональный тонус. Эти состояния могут усиливаться при волнении, неожиданном обращении к ребенку, переутомления, стремление выполнить определенные целенаправленные действия. Чем значительнее поражения мозга, тем сильнее проявляется церебральный паралич. При этом церебральный паралич не прогрессирует со временем.

В зависимости от тяжести поражения, такие дети могут передвигаться самостоятельно, на колясках, с помощью ходунков. Одновременно, немало из них могут обучаться в общеобразовательной школе при условии создания для них безбарьерной среды, обеспечения специальным приспособлением (устройство для письма, шины, которые помогают лучше контролировать движения рук; рабочее место, которое дает возможность удерживать соответствующее положение тела).

Обычно дети с церебральным параличом могут требовать различных видов помощи. Специальное обучение и услуги могут охватывать физическую терапию, оккупационную терапию и логопедическую помощь.

Физическая терапия помогает развивать мышцы, учиться лучше ходить, сидеть и удерживать равновесие.

Оккупационная терапия помогает развивать моторные функции (одеваться, есть, писать, выполнять ежедневные действия).

Логопедические услуги помогают развивать коммуникативные навыки, корректировать нарушенную речь (что связано со слабыми мышцами языка и гортани).

Дополнительно к терапевтическим услугам и специальному оборудованию детям с церебральным параличом может понадобиться вспомогательная техника. В частности:

Коммуникационные приспособления (от простейших до более сложных).

Коммуникационные доски, например с рисунками, символами, буквами или словами.

Ученик может общаться показывая пальцем или глазами на рисунки, символы.

Существуют и более сложные коммуникационные приспособления, в которых используются голосовые синтезаторы, которые помогают «разговаривать» с другими.

Компьютерные технологии (от простых электронных приспособлений до сложных компьютерных программ, которые работают от простых адаптированных клавиш).

Рекомендации учителям.

- Узнайте больше о церебральном параличе, об организации, которые оказывают помощь и источники, из которых вы можете получить полезную информацию.

- Иногда вид ученика с церебральным параличом дает ощущение, что он не сможет учиться как другие. Обратите внимание на конкретного ребенка и узнайте непосредственно о его особых потребностях и способностях.

- Проконсультируйтесь с другими учителями, которые в предыдущие годы обучали ребенка, относительно организации учебной среды именно для этого ученика. Родители лучше знают о потребностях своего ребенка. Они могут много рассказать об особых потребностях и возможностях ученика. Пригласив в свою команду физиотерапевта, логопеда и других специалистов, вы можете выработать лучшие подходы по отношению к конкретному ученику, с точки зрения на его индивидуальные и физические возможности.

- Путь ученика к его рабочему месту должен быть беспрепятственным (удобное открывание дверей, достаточно широкие проходы между партами и др.). Продумайте, каким образом он будет достигать класса, передвигаться в границах школы, пользоваться туалетом и др. Скорее всего в учебном заведении придется сделать соответствующие архитектурные изменения (пандус,, специальные поручни, приспособления в туалете и т.д.).

- Возможно понадобится, чтобы кто-то из персонала или учеников всегда был готов помочь ученику с церебральным параличом (поддержать двери пока заедет коляска, во время спуска с лестницы или в преодолении порогов). Такие помощники должны быть проинструктированы специалистом (ортопедом, физиотерапевтом, инструктором по лечебной физкультуре).
- Научитесь использовать вспомогательные технологии. Найдите экспертов в школе и за ее границами, которые бы помогли вам. Вспомогательные технологии могут сделать вашего ученика независимым (специальные пристройки для письма, дополнительное оборудование для компьютера и т.д.).
- С помощью специалистов или родителей оборудуйте рабочее место ученика с учетом его физического состояния и особенностей развития учебных навыков.
- Проконсультируйтесь с физиотерапевтом относительно режима нагрузки ученика, необходимых перерывов и упражнений. Напоминайте об этом ученику и следите, чтобы он не переутомлялся.
- Иногда у детей с церебральным параличом может наблюдаться снижение слуха на высокочастотном тоне, одновременно сохраняться на низком. Стремитесь говорить на низких тонах, убедитесь, что ученик хорошо слышит звуки т, к, с, э, ф, ш.
- Необходимо снизить требования к письменным работам ученика. Возможно ему будет удобно использовать специальные приспособления, компьютер либо другие технические средства.
- Следите, чтобы необходимые материалы, учебные приспособления, наглядные пособия были в пределах досягаемости ученика.
- Не окружайте ученика безмерным попечительством. Помогайте, когда уверенно знаете, что он не может что-то освоить, или когда он обращается за помощью.

- Ученику необходимо больше времени для выполнения задания. Адаптируйте упражнения соответствующим образом, разработайте задания в виде тестов и др.

6. Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания

Одним из распространенных нарушений, характерным по разным данным 3-5 – 8-15% детей и 4-5% взрослым. Причины этого состояния до сих пор изучаются. Среди факторов, которые обуславливают его, можно выделить наследственные и соматические нарушения. Соматический (от греч. – мело, телесный) в медицинской практике используется для определения явлений, которые связаны с телом, в отличие от явлений психического характера. Заболевание в этом значении разделяются на соматические и психические. У таких детей наблюдается комплекс клинических, физиологических и биохимических изменений, иногда определенные минимальные мозговые дисфункции (сборная группа разных патологических состояний, которые проявляются в комбинированных нарушениях восприятия, моторики, внимания). Одновременно, такое состояние может иметь ряд других нарушений: неврозы, задержка психического развития, аутизм. Иногда гиперактивность с дефицитом внимания тяжело отмежевать от нормального развития с характерной для определенного возраста двигательной активностью, от особенностей темперамента отдельных детей. Обычно такое состояние наблюдается чаще у мальчиков.

Среди характерных черт гиперактивности с дефицитом внимания можно чрезмерную активность, нарушение внимания, импульсивность в социальном поведении, проблемы в отношениях с окружающими, нарушение поведения, трудности в обучении, низкую академическую успешность, низкую самооценку и др.

Если ребенку не предоставляется своевременно психолого-педагогическая помощь, в подростковом возрасте это состояние может перерасти в антисоциальное поведение.

Педагог, заметивший черты гиперактивности с дефицитом внимания, должен привлечь в команду специалистов: психолога, невропатолога, терапевта, родителей. В отдельных случаях может понадобиться медикаментозное лечение. В повседневной работе и общении с учеником все члены команды должны придерживаться выработанной совместной стратегии поведения. Полезными будут семейные психологические

тренинги, который снизят уровень стресса в семье, уменьшат вероятность конфликтов в социальном взаимодействии с ребенком, выработают у родителей навыки позитивного общения с ним.

Рекомендации учителям:

- Целесообразно посадить ребенка за первую парту, он меньше будет отвлекаться.

- Расписание уроков должно учитывать ограниченные возможности ученика сосредотачиваться на восприятии материала.

- Виды деятельности на уроке должны быть структурированными для ученика в виде карты четко сформулированных действий, алгоритма выполнения задания.

- Указания должны быть короткими и четкими, повторяться несколько раз.

- Ученику трудно сосредоточиться, потому его необходимо несколько раз подтолкнуть к выполнению, контролировать этот процесс до его завершения, адаптировать задания таким образом, чтобы ученик успевал работать в темпе всего класса.

- Требуйте выполнения задания и проверяйте его.

- Находите различные возможности для выступления ученика перед классом (например, как выполнял задание, что делал во время дежурства, как готовил творческую работу и др.).

- Учебный материал необходимо по возможности сделать наглядным настолько, чтобы он удержал внимание и был максимально информативным.

- Хвалите ребенка, используйте обратную связь, эмоционально реагируйте на небольшие достижения, повышайте его самооценку, статус в коллективе.

Необходимо постоянно заинтересовывать ученика, реже указывать на недостатки, находить корректные способы указывать на ошибки.

- Необходимо вырабатывать позитивную мотивацию в обучении.

- Опирайтесь на сильные стороны ученика, отмечайте его особые успехи, особенно в деятельности, к которой он проявляет интерес.

В случае неадекватных проявлений или действий ученика, придерживайтесь тактики поведения, выбранной командой специалистов.

Как можно тесно и часто общайтесь и сотрудничайте с родителями ученика.

7. Дети с ранним детским аутизмом (неконтактные дети)

Ограниченное товарищество ребенка может быть следствием разных причин: боязнь, пугливость, эмоциональные нарушения (депрессии), незначительные потребности в общении.

Характеристика особенностей мало контактных детей:

1) неумение организовать совместную игру и установить дружеские отношения со сверстниками;

2)отсутствие чуткости к людям, равнодушие к проявлениям любви, физического контакта;

3)негативные реакции на приветствия;

4)недостаточность очного контакта и мимического реагирования;

5)повышенный уровень тревоги от контакта с другими людьми;

Ряд особенностей детей с синдромом раннего детского аутизма:

- неподвижный или «несквозной» взгляд;

- не любит физический контакт, избегает объятий;

- неадекватная реакция на новое;

- отсутствие контакта со сверстниками (не общается, попытки убежать);

- любит звуковые игрушки и те, что двигаются;

- агрессия к животным, детям, аутоагрессия;

- задержка навыков жевания, самообслуживания;
- отказ от общения, эхολалии, речь о себе от третьего лица;

Помощь ребенку: занятия с психологом, обеспечение вниманием и любовью, чувство безопасности, привлекать к дотрагиваниям, мимическим реагированиям, самостоятельности, музыке, стихов, складывания пазлов.

Коррекционная работа при аутизме.

Коррекционная работа с аутистами ориентировочно разделяется на два этапа.

Первый этап: «Установление эмоционально контакта, преодоление негативизма в общении со взрослыми, нейтрализация страхов».

Взрослым следует помнить о 5 «нет»:

- не говорить громко;
- не делать резких движений;
- не смотреть прямо в глаза ребенка;
- не обращаться на прямую к ребенку;

- не быть через чур активным и навязчивым.

Для установления контакта необходимо найти подход, которые отвечает возможностям ребенка, вызвать его на взаимодействие со взрослым. Контакты и общение базируется на поддержке элементарных, не соответствующих возрасту, эффективных проявлениях и стереотипных действиях ребенка посредством игры. Для организации начальных этапов общения взрослый должен спокойно и сосредоточенно заниматься чем-либо, например, что-то рисовать, складывать мозаику и т.д. Требования в начале должны быть минимальными. Успехом можно считать то, что ребенок не отходит от взрослого, пассивно следит за действиями взрослого. Если ребенок не выполняет задания, его внимание следует переключить на более легкие, нельзя давить, доводить ребенка до негативной реакции. После окончания задания необходимо вместе порадоваться успеху. Для поднятия настроения организовываются игры с эмоциональными проявлениями: музыкой, светом, водой, мыльными пузырями. Эмоциональный дискомфорт ребенка снижается путем постоянно контроля. Одним из показателей такого состояния является моторика, сила голоса, усиление стереотипных движений.

Смягчению страхов способствуют специальные игры, в которых подчеркивается безопасность ситуации.

Необходимо правильно подбирать игры, книжки, стихи, отбрасывая те, которые могут эмоционально травмировать ребенка.

Второй этап: «Преодоление трудностей целенаправленной деятельности ребенка».

Обучение специальным нормам поведения, развитие способностей.

Для детей с аутизмом очень важна целенаправленная деятельность. Они быстро утомляются, отвлекаются, даже от интересных занятий. Предупреждению этого способствует частая смена видов деятельности и учет пожеланий и готовности ребенка взаимодействовать с педагогом. Содержательной стороной занятий с ребенком является деятельность, которую он любит, которая поддерживает состояние приемлемых сенсорных ощущений, т.е. необходимо учитывать интересы ребенка.

В начале работы с ребенком активно обыгрываются его стереотипы.

Во время обучения взрослый находится сзади ребенка, незаметно помогает, создает чувство самостоятельности выполнения действий.

Необходимо дозировать похвалу, чтобы не выработать зависимость от подсказки. Неадекватная реакция у ребенка свидетельствует о переутомлении или непонимании задачи.

У ребенка с аутизмом есть специфическая потребность в сохранении постоянства в обстановке, следовании заведенному порядку. Необходимо использовать режим, расписание, картинки, рисунки, чередовать труд и отдых.

Специфические приемы следует использовать для социальной адаптации. Взрослый должен не только заинтересовать ребенка, а понять внутренний мир, встать на позицию понимания реальности.

Прежде всего корректируется эмоциональная сфера. Эмоциональные процессы в норме являются той сферой психического бытия, которая заряжает и регулирует все остальные функции: память, внимание, мышление и т.д. К сожалению, у детей-аутистов с большими усилиями формируются высшие чувства: сочувствие, сопереживание. Не формируется у них правильное эмоциональное реагирование в различных ситуациях.

На основе результатов обследования ребенка составляется индивидуальная карта коррекции.

Рекомендации учителям:

- Установите позитивный эмоциональный контакт.
- Используются стереотипы ребенка.
- Обучать ребенка языку чувств, фиксировать внимание на эмоциональном состоянии людей и животных.
- Обучать поведенческой этике на эмоциональной основе, анализировать мир эмоций. В дальнейшем развитие творческих способностей и представлений позволяет ребенку адекватно воспринимать литературные сказки.
- Педагогам не следует использовать травмируемые слова «ты испугался...», «не вышло...». Задача педагога – предупредить нарастание негативизма, преодолеть коммуникативный барьер.
- Одним из направлений работы является социально-бытовая адаптация детей, формирование навыков самообслуживания.

8. Психический инфантилизм

Психический инфантилизм – форма психологической незрелости ребенка, которая приводит при неправильном воспитании к задержке возрастной социализации и поведению ребенка, как не отвечающего возрастным требованиям к нему.

Способствует инфантилизму: гипоксия, инфекции, интоксикации во время беременности, конституционно-генетические, эндокринно-гормональные факторы, асфиксия при родах, тяжелые инфекционные заболевания в первые месяцы жизни. Также эгоцентрическое и тревожно-уязвимое воспитание.

Первый вариант психического инфантилизма – истинный или простой - базируется на задержке развития лобных долей головного мозга, обусловленный выше приведенными факторами.

Как результат, у ребенка задерживается формирования понятие нормы поведения и общения, выработка понятий «нельзя» и «необходимо», чувство дистанции в отношениях со взрослыми, задержка созревания способности верно оценивать ситуации, предусматривать развитие действий, угрозы.

Дети с простой формой психического инфантилизма по своему поведению оцениваются как младшие от своего истинного возраста на 1-2 года.

Психический инфантилизм – это не общая задержка умственного развития. При его наличии дети осуществляют фразовую речь в обычный период и даже раньше, задают вопросы в полном соответствии к возрастным нормам, своевременно усваивают чтение, счет, психически активны. Часто высказывают оригинальные мысли и свежо воспринимают природу. Родителей и воспитателей смущает их непосредственность, несоответствие поведения возрасту и неприспособленность к реальности. Они не то, чтобы не способны обдумать свои действия, они скорее всего просто над ними не задумываются. Живость инфантильного ребенка – не расторможенность, а эмоциональность, которая бьет через край, их небрежность – это результат не умственной отсталости, а наивность ребенка, который не представляет, что его можно обидеть. Они добрые и не желают зла, их манера свободного обращения к взрослым не вид грубости или бесцеремонности, а вид щенячей радости жизни и той безоглядной живости, когда отсутствует представление о том, что можно, а чего нельзя. Психически инфантильные дети наивно предлагают взрослому побегать или поиграть с ними, не понимая, что взрослым не до этого. Они во всем идут от себя, своего восприятия жизни. Поэтому они проявляют веселость, если плачут, то недолго и не помнят зла. Взрослые часто любят непосредственность ребенка до тех пор, пока реальность адаптации в школе не толкает родителей идти на консультацию к психиатру.

Ровесники подходят к таким детям, как к равным, но общения не получается, т.к. они в общении явно выглядят младше. Дети очень не самостоятельны. ничего не умеют, т.к. то, что требует усилий, делали для них другие. Почувствовав реалии жизни, такой ребенок вначале удивляется, а затем сильно смущается – даже до проявлений истеричного невроза.

Неправильное воспитание усложняет инфантильность волевого фактора у детей. Волевой компонент заложен в темпераменте, но и эту сторону, как и другие, не развивали.

Второй вариант психического инфантилизма – общая психофизическая незрелость по инфантильному типу.

Причины те же, что и в первом варианте. Однако при втором варианте незрелость касается также физического развития. Это дети миниатюрные, слабые, хрупкие. Дети своевременно развиваются в моторном, психоречевом развитии, они своевременно усваивают все навыки и умения, рисования, счета, чтения. Часто дети имеют склонности к музыке, однако у них задерживается созревание высших ориентационных функций. Время идет, а ребенок не готов к общению с одноклассниками и крайне несамостоятелен. Состояние ребенка вызывает тревогу у родителей, он часто болеет, в отличие от детей первого варианта психического инфантилизма.

Тревожное воспитание «защищает» ребенка и закрепляет в нем инфантильность. Правильное же воспитание может избавить ребенка от инфантильности. В 6-8 лет идет дозирование высших психических функций и идет прибавление качеств мужественности. После завершения полового созревания ребенок отличается от одноклассников малым ростом и миниатюрностью при физической крепости и нормальном здоровье. Психически инфантильного по второму типу ребенка не подгоняют в развитии. Ребенок будет следовать за ровесниками с отставанием от них приблизительно на 1 год. А затем постепенно выравнивается со сверстниками. Необходимо лишь терпение, любовь и мудрость родителей.

Третий вариант психического инфантилизма.

Ребенок рождается психически и физически здоровым, но защищая его от реальности, родители задерживают его социализацию эгоцентричным или тревожным характером воспитания. Часто такие случаи происходят у тех родителей, которые мечтали о ребенке, очень ждали его. Они любят и тешатся им, задерживая его в 2-3 летнем возрасте.

Этот вид инфантилизма целиком обусловлен неправильным воспитанием, когда здорового ребенка сделали незрелым и развитие лобных функций мозга штучно задержали. Инфантилизм в этом случае культивируют гиперопекой, от ровесников и жизни отгораживают.

Ребенка с врожденным психическим инфантилизмом или с приобретенным в первые месяцы жизни лечит врач-психоневролог. Лечение должно способствовать созреванию высших нервно-психических функций. По показаниям ребенка консультирует и врач-эндокринолог.

Главное в преодолении психического инфантилизма – правильное воспитание. Усилия направляются прежде всего на социализацию ребенка.

Воспитатели, родители осуществляют влияние на ребенка методами игры, отрабатывая необходимые для успешной адаптации в детском саду.

Если инфантильный ребенок до 7 лет будет не готов к школе, то лучше его задержать еще на 1 год и отправить в школу со сформированной позицией школьника.

9. Дети с синдромом Дауна

Особенности развития детей с синдромом Дауна.

В настоящее время не вызывает сомнения, что дети с синдромом Дауна проходят те же этапы, что и обычные дети. Общие принципы обучения разработаны на основе современных представлений о развитии детей с учетом специфических особенностей, присущих детям с синдромом Дауна. К ним относятся:

1. Медленное формирование понятий и становление навыков:

- снижение темпа восприятия и замедленное формирование ответа;
- необходимость большого количества повторений для усвоения материала;
- низкий уровень обобщения материала;
- утрата тех навыков, которые оказываются недостаточно востребованными.

2. Низкая способность оперировать несколькими понятиями одновременно, с чем связаны:

- трудности, возникшие у ребенка, когда ему необходимо объединить новую информацию с уже изученным материалом;
- сложности с перенесением усвоенных навыков из одной ситуации в другую. Замена гибкого поведения, учитывающего обстоятельства, паттернами, т.е. однотипными, заученными многократно повторяемыми действиями;
- трудности при выполнении заданий, требующих оперирования несколькими признаками предмета, или выполнения цепочки действий.

3. Неравномерность развития ребенка в различных сферах (двигательной, речевой, социально-эмоциональной) и тесная связь когнитивного развития с развитием других сфер.

4. Особенностью предметно-практического мышления является необходимость

использования нескольких анализаторов одновременно для создания целостного образа (зрение, слух, тактильная чувствительность, проприоцепция). Наилучшие результаты дает зрительно-телесный анализ, т.е. лучшим объяснением для ребенка оказывается действие, которое он выполняет, подражая взрослому или вместе с ним.

5.Нарушение сенсорного восприятия, что бывает связано со сниженной чувствительностью и часто встречающимися нарушениями зрения и слуха.

6.Дети с синдромом Дауна обладают различным исходным уровнем, и темпы их развития также могут существенно различаться.

10.Дети с минимальной мозговой дисфункцией (ММД)

По данным российских ученых у 35-40% детей имеются отклонения в функционировании центральной нервной системы (это в большинстве своем отклонения в работе мозга, которые приобретаются внутриутробно). Относят к функциональным нарушениям, которые исчезают по мере созревания мозга. Часто ассоциируют с задержкой психического развития, психопатиями, в начале обучения в школе.

Функциональные отклонения в работе ЦНС у медиков не считаются тяжелым дефектом, в 1-2 года снимаются с диспансерного учета, если родители не проявляют волнения. С начального школьного обучения этот процесс идет лавиноподобно. Часто дети в тяжелых случаях направляются к психиатру, психологу или дефектологу. Коррекция застарелых случаев является очень сложной.

Характерные особенности:

- неврозы;

- заикания;

- девиантное поведение;

- антисоциальные проявления.

Рекомендовано: придерживаться режима труда и отдыха (так как у детей наблюдается повышенная умственная утомляемость, нарушения внимания). Заторможенный темп роста о дозревания мозга.

От нормальных детей с ММД отличает:

- быстрая утомляемость, сниженная умственная работоспособность;

- резко снижены возможности произвольной регуляции поведения (составить план, придерживаться обещания);

- зависимость умственной деятельности от социальной активности (один - двигательная разторможенность, при многолюдной обстановке – дезорганизация деятельности);

- снижение объема оперативной памяти;

- несформирована зрительно-моторная координация (ошибки при письме при списывании, зачеркивания);

- смена рабочих и релаксационных ритмов в работе мозга (состояние переутомления, рабочие ритмы 5-10 минут, релаксационные – 3-5 минут, ребенок не воспринимает информацию; (есть грамотные и неграмотные тексты, взять ручку и не помнить; сказать грубость и не помнить). Похожи на стертые эпилептические приступы, но разница в том, ребенок продолжает свою деятельность.

Характерные недостатки: внимания, оперативной памяти, повышенная утомляемость.

Рекомендации: после второго урока проводить час релаксации: прогулки, завтрак, затем возобновляется трудоспособность. Групповые формы работы, которые не требуют тишины и дисциплины, психотерапия и игровые методы обучения.

Гипердинамический синдром.

В основе гипердинамического и гиподинамического синдромов – микроорганические нарушения головного мозга, которые возникают вследствие кислородного внутриутробного голодания, микрородовые травмы приводят к минимальной мозговой дисфункции (ММД). Отсутствуют грубые органические нарушения, но имеется много микронарушений коры и подкорковых структур головного мозга.

Основные признаки:

- неустойчивость внимания;

- двигательная расторможенность;, которая проявляется в первые месяцы жизни ребенка, когда младенца тяжело удерживать на руках. Гипердинамический ребенок двигается как ртуть. Руки такого ребенка пребывают в постоянной работе: что-то мнут, вертят, обрывают, отколупывают.

Пик проявления гипердинамического синдрома – 6-7 лет и при благоприятных условиях

воспитания снижается к 14-15 годам. При неправильных условиях воспитания проявляется в судьбе взрослого человека.

Часто гипердинамические дети становятся лидерами в группах трудных подростков, игнорируют обучение.

Гиподинамический синдром.

При ММД наблюдается у каждого четвертого ребенка. Во время микрородовой травмы нарушаются подкорковые структуры головного мозга, ребенок заморожен, малоподвижен и вял.

Ослаблены мышцы тела, слабая координация способствуют накоплению избыточного веса, что приводит к обособленности ребенка в коллективе. Такие дети напоминают умственно отсталых и лишь мать знает что ребенок разумный.

Плохая успеваемость в школе, смущает ребенка потому, что это смущает его маму. Часто дети стремятся сесть на последнюю парту, быть незаметными, избегают уроков физкультуры, одноклассники дают им прозвища. Ребенок вялый не только физически, но и эмоционально и умственно.

Помощь: заинтересовать чем-либо, по - доброму относиться; развивать физическую активность, диета.

Часто проявляется диартрия, дисграфия – плохой почерк, пропуски гласных, зеркальное письмо. Помощь невропатолога и психиатра необходима