

Е. Е. Турчанинов

**Теоретико-экспериментальное изучение
психологических защит
у подростков с легкой умственной отсталостью**

Проблема умственной отсталости является одним из актуальных и ведущих практических вопросов на сегодняшнее время в области современной специальной психологии. Интерес к данной теме вызван тем, что увеличивается количество детей с данным диагнозом. «F 70 – легкая умственная отсталость» по МКБ-10 (Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра, 1992) постепенно растёт и составляет от 2 до 5% от общей численности населения в различных странах мира (Шпек О., 2003).

Согласно статистической информации, предоставленной комитетом по образованию Санкт-Петербурга за 2017 год, 54% от общей массы всех специализированных (коррекционных) школ Санкт-Петербурга составляют школы, в которых обучаются дети и подростки с нарушениями в умственном развитии (это 31 школа из 57).

В рамках заявленной темы интересны также исследования особенностей психологических защит у детей и подростков с нарушением в развитии, которые можно встретить в работах следующих авторов: Вербрюгген А. А., 2008; Колодова Т. А., 2007; Ляпина Е. С., 2008; Рассудова Л. А., 2008; Чиркова Ю. Б., 2009.

Цель исследования – выявить особенности проявления механизмов психологических защит у выпускников с легкой

умственной отсталостью и сравнить результаты с нормально развивающимися сверстниками.

Объект исследования – подростки в возрасте от 15 до 18 лет с диагнозом F 70 – «легкая умственная отсталость» по Международной классификации болезней (по МКБ-10).

Методы исследования – методика «Индекс жизненного стиля» (в адаптации Л. И. Вассермана) и опросник защитных стилей Бонда (в адаптации Е. Е. Тунник).

Для написания данной статьи автор использовал оценку достоверности различий средних несвязных (независимых) выборок по *t*-критерию Стьюдента.

Организация исследования. Диагностика проводилась в двух типах школ: бюджетные учреждения средние общеобразовательные школы (*контрольная группа*) и государственные бюджетные специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, (*контрольная группа*).

Ученики были разделены на две группы: подростки с легкой умственной отсталостью (100 человек) и нормально развивающиеся подростки (100 человек). Всего выборка обследуемых составила 200 человек.

В ходе анализа методики «Индекс жизненного стиля» получены следующие значимые различия между показателями, имеющими большее значение в группе подростков с диагнозом «легкая умственная отсталость»: для шкалы: *вытеснение* ($p = 0,002$), *отрицание* ($p < 0,001$), *компенсация* ($p = 0,001$) и показателя *общей оценки напряжённости защит* ($p = 0,033$). Таким образом, подростки *экспериментальной группы* в сравнении со своими сверстниками из *контрольной группы* в большей степени склонны использовать механизмы, *искажающего типа*, возникающие в ответ

на негативное воздействие чувства, не допускать их до своего сознания. Кроме того, индекс показателя напряжённости защит свидетельствуют о сравнительно более низком благополучии респондентов этой группы и большей активации их защитных механизмов.

В сравнении с контрольной группой группа подростков из коррекционных школ обладает более высокими уровнями выраженности таких защит, как *ипохондрия* ($p = 0,003$), *изоляция* ($p < 0,001$), *расщепление* ($p < 0,001$), *отрицание* ($p = 0,003$), *ориентация на задачу* ($p = 0,005$) и *формирование реакции* ($p = 0,004$). Фактически это означает, что экспериментальная группа склонна реагировать на болезненные переживания с разной степенью адаптивности защитного механизма. В *экспериментальной группе* чаще встречаются неадаптивные реакции, такие, например, как: *ипохондрия*, подразумевающая совладание со стрессом через погружение в переживания, связанные с состоянием тела, реакции, искажающие воспринимаемую информацию (исключающие чувства, как при расщеплении или изоляции, и ряд защитных механизмов самопринижающего характера). Следует отметить, что не были выявлены устойчивые предпочтения данной группы для защитных механизмов четвертой группы, включающей наиболее адаптивные защиты. Это, вероятно, связано с тем, что наиболее адаптивные защитные механизмы ещё не сформированы окончательно у подростков, не достигших личностной зрелости. Фактически, это означает, что подростки с диагнозом «легкая умственная отсталость» в большей мере склонны пользоваться неадаптивными или слабоадаптивными защитами, чем их нормально развивающиеся сверстники.

А. С. Фасерова

Особенности эмоционально-волевой сферы детей с моторной алалией

Важнейшую роль в развитии психики ребенка играет речь, лежащая в основе всей познавательной деятельности и способствующая расширению представлений об окружающем мире. Главным условием осуществления межличностных отношений выступает сформированность речевых навыков. Тяжелые нарушения развития речи способствуют нарушению вербальной коммуникации. Расстроены взаимоотношения, объективно существующие между человеком и социумом и проявляющиеся в речевом общении.

На сегодняшний день особенностям эмоционально-волевой сферы детей с тяжелыми нарушениями речи уделяется недостаточно внимания со стороны не только специалистов, работающих с такими детьми, но и родителей этих детей. В работе с детьми акцент делается больше на формирование речи, улучшение памяти, внимание, мышление. Между тем работа по развитию эмоционально-волевой сферы является не менее важным аспектом. Специалистам зачастую не хватает не только времени на эту работу, но и достаточной осведомленности в данной области.

Моторная алалия – это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, выражающаяся несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Значительный вклад в изучение алалии внесли отечественные педагоги М. Е. Хватцев, Р. Е. Левина, Н. Н. Трауготт, Е. Ф. Соботович, Е. М. Мастюкова, С. Н. Шаховская и др.

Научно обоснованных статистических сведений о распространенности алалии не существует. Представлены данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается примерно у 1%, а среди детей школьного возраста – у 0,6–0,2%. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% всей популяции.

По мере взросления ребенок все больше начинает акцентировать внимание на своем речевом дефекте. Вероятно, это происходит потому, что ему трудно выстроить вербальную коммуникацию со своими сверстниками. Окружающие его дети с менее тяжелыми нарушениями речи отдают предпочтение общению с другими детьми. При моторной алалии ребенок начинает разговаривать поздно, что значительно затрудняет формирование эмоционально-волевой сферы. Дети с моторной алалией могут начать стесняться своего дефекта. На неокрепшую детскую психику накладывается груз переживаний, при этом одни дети становятся расторможенными, импульсивными, хаотичными в деятельности, гиперактивными, агрессивными, тогда как другие, наоборот, вялыми, заторможенными и инертными. Эти дети, пережив многочисленные разочарования в налаживании вербального контакта с другими детьми, начинают испытывать страх, что приводит их к замыканию в себе.

Анализ литературных источников показывает, что психологических исследований, посвященных проблеме эмоционального состояния детей с тяжелыми нарушениями речи, крайне мало. Однако хочется отметить, что, вероятно, неблагоприятное эмоциональное самочувствие негативно

отражается на психическом здоровье детей с недостатками речевого развития, а также ограничивает их социальные возможности в процессе адаптации и интеграции.

Специалистам, в данном случае логопеду, дефектологу, психологу, педагогу, важно владеть знаниями о закономерностях психического развития ребенка и методами психолого-педагогического обследования данной категории детей для своевременного выявления не только речевых нарушений, но и нарушений эмоционально-волевой сферы.

При наиболее раннем вмешательстве и проведении коррекционных мероприятий всех специалистов в совокупности существует вероятность, что дети данной категории не только овладеют речью, но и сохранят свое психическое здоровье.

Необходимым является проведение с данной категорией детей не только индивидуальных занятий, но и групповых. Игровая атмосфера групповых занятий будет способствовать улучшению вербальной коммуникации и, следовательно, снижению страхов и фиксации на своем речевом дефекте.

**Индивидуальный образовательный маршрут
как эффективная технология
психолого-педагогического
сопровождения ребенка
в условиях инклюзивного образования**

Индивидуализация психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – одна из специальных технологий дошкольного образования. Она предполагает проектирование индивидуального образовательного маршрута (ИОМ) и создание специальных условий: **организационных** (нормативно-правовая база, диагностика педагогическая и психологическая, поэтапное включение детей с ОВЗ в образовательную среду) и **педагогических** (создание адаптивной образовательной среды, психолого-педагогическое сопровождение, формирование инклюзивной культуры у детей, педагогов, родителей).

Основная цель индивидуального образовательного маршрута – построение индивидуальной образовательной траектории обучающегося с ОВЗ в соответствии с его реальными возможностями, исходя из особенностей его развития и образовательных потребностей.

Реализация индивидуального образовательного маршрута регламентируется локальными актами, это:

- *Положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме ДОУ*, который и принимает решение о применении такой технологии инклюзивного образования.
- *Положение о рабочей группе по разработке индивидуального образовательного маршрута*

- *Положение об индивидуальном образовательном маршруте*
- *Положение об организации обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в группе компенсирующей направленности.*

Индивидуальный образовательный маршрут является продуктом деятельности психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации и предполагает *систему конкретных совместных действий* по включению обучающегося с ОВЗ и его семьи в образовательный процесс, среду и определение стратегии и тактик психолого-педагогической поддержки.

Решение о разработке ИОМ на конкретного ребенка начинается после *педагогической* и психологической диагностики. В своей работе мы используем педагогическую диагностику Н. В. Верещагиной, адаптированную для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Диагностика проводится учителем-логопедом, педагогом-психологом, музыкальным руководителем и воспитателями.

По окончании диагностики заполняется **ИТОГОВАЯ ТАБЛИЦА**, результаты которой учитываются при построении индивидуальной образовательной траектории.

Утверждение кандидатур воспитанников, требующих реализации образовательной программы по ИОМ, осуществляется на заседании психолого-медико-педагогического консилиума ДОУ с представлением конкретной развернутой *Характеристики развития ребенка.*

В характеристике фиксируются реальные возможности ребенка в период диагностики. Характеристика заполняется совместно всеми педагогами, работающими с ребенком,

каждый в своей области вносит уточнения, исходя из результатов своей диагностики.

В течение следующего периода (октябрь) данные комплексного обследования, педагогической и психологической диагностики уточняются. Родители информируются об индивидуальных особенностях развития ребенка и о необходимости построения образовательной деятельности с учетом индивидуальных особенностей посредством разработки индивидуального образовательного маршрута (*Лист информирования*).

Следует понимать, что при разработке ИОМ не составляется отдельная или другая программа, а лишь **конкретизируются** действия (то есть оптимизируется работа) в рамках утвержденной АОП ДО, но с учетом индивидуальных особенностей ребенка на основе результатов диагностики. Таким образом, выстраивается маршрут для успешного освоения ребенком программы.

При разработке образовательного маршрута учитывается следующее:

- Факторы, препятствующие реализации программы;
- индивидуальные особенности и возможности ребенка (то есть *сохранные зоны*), которые являются базой и отправной точкой для составления маршрута.

Важно сформулировать задачи, способствующие развитию ребенка по выбранному направлению, то есть определить *зону ближайшего развития*.

Разработанный маршрут представляется в ноябре на обсуждение ПМПк. Принятое решение заносится в *ЖУРНАЛ учета воспитанников*, нуждающихся в индивидуальном сопровождении.

С 1-го декабря начинается работа по реализации разработанного и утвержденного ИОМ на первый период, который согласовывается с родителями (законными представителями ребенка). ИОМ находится в группе, посещаемой воспитанником. График индивидуального сопровождения имеется у каждого специалиста и родителя.

По истечении первого периода (трех месяцев) на очередном заседании ПМПк подводятся промежуточные итоги работы в рамках ИОМ, заполняется лист контроля динамики развития и выявляется результативность работы. Затем принимается решение о продолжении реализации маршрута или о его завершении. Решение консилиума заносится в *ЖУРНАЛ учета воспитанников*, нуждающихся в индивидуальном сопровождении.

Если принято коллегиальное решение о продолжении ИОМ, то процедура повторяется. Родители информируются о решении ПМПк. Планируется работа на следующий период. Разрабатывается график индивидуального сопровождения, который согласовывается с родителями, и осуществляется работа на протяжении следующих трех месяцев.

В мае, как и в начале года, заполняется *Характеристика развития ребенка*: фиксируются изменения в протоколе ПМПк, оценивается **результативность работы**, делаются выводы о полученных результатах. Выводы фиксируются в *ЖУРНАЛЕ учета воспитанников*, нуждающихся в индивидуальном сопровождении.

Реализуя ИОМ на протяжении трех лет, мы можем сделать вывод, что данная технология психолого-педагогического сопровождения является эффективной в условиях инклюзивного образования и способствует успешному освоению программы ДОУ ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

С. Ю. Цветкова, А. В. Канустянская

Арт-терапия в логопедической работе с детьми с системным недоразвитием речи

(тезисы к статье)

Арт-терапия – рассматривается как совокупность видов искусства, используемых в лечении и коррекции; как комплекс арттерапевтических методик.

Арт-терапия всё чаще используется в логопедической работе с детьми с нарушениями развития как одна из методик, обладающая большими ресурсами. Арт-терапия – один из самых приятных способов обучения. Это естественная и доступная для каждого ребенка форма деятельности. Арт-терапию применяют в коррекционной работе с детьми, имеющими различные неврологические отклонения, интеллектуальную недостаточность, поражения общей двигательной активности, речевые нарушения, нарушения органов слуха и зрения. Исследователи отмечают недостаточность разработок, соединяющих в себе различные виды терапии, направленные на коррекцию нарушений в развитии детей.

Логопеды ГБОУ ССО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 4» используют в работе элементы арт-терапии при решении логопедических задач в различных направлениях логопедической работы.

Постоянно изучая различные виды арт-терапии, логопеды ГБОУ ССО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 4» выбирают, адаптируют, применяют наиболее эффективные технологии, игры, элементы

арт-терапии для коррекции речевых нарушений у детей с интеллектуальной недостаточностью, учитывая индивидуальные особенности каждого ребёнка.

В статье представлены примеры использования элементов арт-терапии в работе логопеда с детьми с системным недоразвитием речи.

М. А. Уладьрова

Научный руководитель:

Т. П. Головина,

кандидат психологических наук

**Кооперация
как необходимое условие инклюзии
для групп младших школьников
с нарушенным зрением**

Мнения по поводу принципов инклюзивного образования, говорящих о ценности каждого ребенка, по поводу реальных взаимоотношениях в образовании и путей к толерантному обществу довольно разные и в настоящей действительности не совсем однозначные. Мы рассматриваем процесс инклюзии с позиции межличностного взаимодействия младших школьников. И мгновенно возникает вопрос о том, будут ли достигнуты между участниками процесса инклюзивного образования общие взгляды, единомыслие и дружеские отношения.

Младший школьный возраст – один из важных этапов развития личности ребенка, и процесс общения здесь играет немаловажную роль. От того, как развиты коммуникативные навыки, какие используются эффективные средства общения, зависит учебная и рабочая деятельность, строятся взаимоотношения с ровесниками и продолжается развитие самой личности младшего школьника. В системе межличностных отношений кооперация (сотрудничество) является наиболее продуктивным типом взаимодействия.

Мы рассматривали внутригрупповое взаимодействие в трех выборках младших школьников. В двух экспериментальных (незрячие дети и дети с функциональными нарушениями зрения – ФНЗ) и в третьей – контрольной – группе (нормально видящие). Всего 108 испытуемых.

Для выявления уровня кооперации была использована методика Г. А. Цукерман «Рукавичка», адаптированная нами для незрячих детей, так как они воспринимают мир гаптически. А для объективности получения результатов этот же вариант использовался для оставшихся двух групп детей.

Проанализированные исследования позволили отметить особенности межличностного взаимодействия внутри каждой группы детей. Было выявлено, что незрячим младшим школьникам труднее договариваться друг с другом, достигать общей цели вместе, преодолевать замкнутость. Находясь в изолированной группе, среди таких же сверстников, как они сами, незрячие легко передают инициативу тому, кто ее возьмет, редко отстаивают свою позицию, не зная, как ее обосновать. Это обусловлено узким кругом общения, нехваткой социальных контактов, трудностями, связанными с возможностью понимания партнера и самовыражением через неречевые средства коммуникации, отсутствием широкого опыта формирования межличностных отношений с другими школьниками.

Дети с ФНЗ внутри своей группы, в отличие от незрячих младших школьников, чаще контролируют поведение других, замечают у сверстников ошибки, обосновывают свое мнение. Обучаясь в классах охраны и развития зрения на базе общеобразовательной школы и находясь в условиях тесного контакта с нормально видящими сверстниками во внеурочное время,

они получают больше опыта взаимодействия, совершенствуя свои навыки общения.

В контрольной группе нормально видящих школьников взаимоотношения детей достаточно близкие, преобладает совместное желание для времяпрепровождения, совместного труда и сотрудничества.

Методика Г. А. Цукерман «Кто прав» показала, что младшим школьникам порой трудно между собой находить общий язык. Теоретически большинство из них готовы учитывать позицию собеседника, а вот в совместной практической деятельности преодолеть трудности удастся не всем.

Если внутри каждой группы складываются такие специфические процессы общения, то выявленные особенности могут оказать влияние и на межгрупповое взаимодействие и сотрудничество. Нарушение процесса общения отражается на социально значимых качествах личности и кооперации, что в свою очередь ведет к трудностям развития навыков межличностной коммуникации и включения в систему общественных отношений.

Наблюдая за поведением испытуемых в межличностных отношениях, возникло предположение, что существует ряд личностных особенностей, которые не способствуют эффективному взаимодействию.

Так, анализируя результаты, полученные с помощью методики Т. В. Сенько «Личностное поведение ребенка», мы видим, что в группе незрячих младших школьников у большинства основополагающей формой поведения явилось отрицательное подчинение. Эти дети боятся делать смелые поступки, высказывать свое мнение, стараясь только подчиняться и всегда слушаться. В группе школьников с ФНЗ у четвертой части преобладает отрицательное доминирование.

Они в приказном тоне требуют выполнения своих желаний другими детьми, вынуждая подчиняться этим требованиям и своей воле. Также методика Е. П. Ильина «Робость и стеснительность» показала нам, что почти половина незрячих младших школьников старается избегать обстановки, связанной с риском. Когда надо принимать решение, эти дети очень сомневаются, испытывая слишком избыточные колебания, или задерживают, максимально оттягивая его выполнение. Это может быть связано с тем, что они ожидают свой неуспех и не уверены, в том, какое оставляет впечатление их поведение у других, малознакомых им людей. В группе детей с ФНЗ испытуемых с сильно выраженной стеснительностью всего десятая часть, а в группе нормально видящих таких совсем нет.

Отечественная тифлологическая литература мало затрагивает проблему общения детей с тяжелой зрительной депривацией друг с другом, считая основной проблемой общение с нормально видящими. А в нашем исследовании прослеживается тенденция недостаточной развитости коммуникативных навыков во внутригрупповом взаимодействии. Проведенные исследования позволили нам выделить ряд коррекционных мишеней, это: повышение уровня поведенческой активности, изменение формы поведения в межличностном взаимодействии, формирование таких качеств, как решительность и уверенность в себе. Работа по выделенным параметрам позволит, на наш взгляд, повысить уровень кооперации, что в свою очередь положительно отразится на качестве межличностных отношений между участниками процесса инклюзивного образования.

Ю. В. Шлымова

**Проблема инклюзивного взаимодействия
между всеми участниками
образовательного процесса:
коммуникативный
и правовой аспекты**

В настоящее время в Российской Федерации вопросам получения высшего профессионального образования лицами с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью уделяется достаточное внимание, особенно в правовом и психолого-педагогическом аспектах. Однако остаются проблемы, к решению которых до сих пор еще не подошли. Одна из таких проблем – отсутствие эффективного инклюзивного взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса.

К участникам образовательного процесса в контексте данной статьи относятся: студенты-инвалиды различных нозологий, лица с ограниченными возможностями здоровья, условно здоровые студенты, представители профессорско-преподавательского состава, работники учебно-вспомогательного состава. Наличие обозначенной выше проблемы обосновывается и собственным социологическим исследованием, респондентами которого стали лица с ОВЗ по зрению (183 человека): абитуриенты, студенты, выпускники вузов Челябинской, Читинской, Свердловской, Смоленской, Тамбовской, Самарской, Нижегородской, Тюменской областей и ХМАО (см. таблицу).

Проблемы доступности высшего образования

Проблема	Количество респондентов, признающих наличие проблемы, в процентах от общего числа опрошенных
Транспортная доступность	20
Архитектурная доступность	9
Информационная доступность	45
Инклюзивное взаимодействие	63

Проблема инклюзивного взаимодействия многоаспектна.

Решение проблемы инклюзивного взаимодействия в коммуникативном аспекте наиболее часто сводится только к наличию информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) у вуза. Однако образовательный процесс не может ограничиваться только трансляцией информации – ИКТ способны обеспечить нормальное функционирование содержательного элемента образовательного процесса. Однако операционно-деятельностный элемент при этом остается без должного внимания (Амельченко Т. В., 2013). Предпосылкой нормального функционирования операционно-деятельностного элемента образовательного процесса является соблюдение всеми участниками образовательного процесса простейших правил инклюзивного взаимодействия. Эти правила непосредственно не связаны с процессом обучения, однако имеют большое значение в вопросе установления контакта с лицами с инвалидностью и могут быть приравнены к нормам делового этикета.

Предложение: ввести общекультурную компетенцию инклюзивного взаимодействия, условное обозначение –

ОК-100. *Знать*: основные правила и принципы инклюзивного общения. *Уметь*: взаимодействовать с лицами с ОВЗ различных нозологий. *Владеть*: общими навыками инклюзивного взаимодействия и инклюзивной коммуникативности.

Данная компетенция должна формироваться у всех участников образовательного процесса: у студентов с различными нозологиями, у студентов без ОВЗ, у профессорско-преподавательского состава, у технического персонала. У студентов формирование компетенции проводится в рамках следующих курсов: психология, социология, этика, правоведение. У профессорско-преподавательского состава – в рамках краткосрочных курсов повышения квалификации. У вспомогательного персонала – на семинарах по инклюзивному взаимодействию.

Знания, умения и навыки, формируемые компетенцией инклюзивного взаимодействия, должны стать нормами этикета в образовательной инклюзивной среде.

Помимо рассмотренной выше проблемы коммуникативного характера, в данной предметной области выявлены нормативно-правовые предпосылки нарушений основных правил инклюзивного взаимодействия, создающие серьезные препятствия на пути получения профессионального образования лицами с инвалидностью по зрению. Самой существенной является отсутствие в локальных нормативных актах образовательной организации норм, регулирующих вопросы формирования инклюзивной образовательной среды конкретного учебного учреждения. Считаем необходимым включение в локальные нормативные акты правил оформления письменных работ, которые могут быть соблюдены с использованием информационно-коммуникативных

технологий, доступных студенту, например, с инвалидностью по зрению.

Отсутствие же регулирования рассматриваемого вопроса на уровне локальных нормативных актов образовательной организации ставит студента с инвалидностью в зависимость от человеческого фактора. Так, по результатам социологического исследования, ситуация, связанная с невозможностью выполнения контрольного мероприятия доступными информационно-коммуникативными техническими средствами, повторяется регулярно, и каждый раз может приводить к нежелательным последствиям. Либо неудовлетворительный уровень формирования профессиональных компетенций у студента. Либо административные барьеры дискриминационного характера, демотивирующие студента к получению образования.

Что касается осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, то образовательная организация должна адаптировать фонды оценочных средств. Адаптированные фонды оценочных средств для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья позволяют правильно оценить достижение ими запланированных в основной образовательной программе результатов обучения и уровень сформированности всех компетенций, заявленных в образовательной программе. Адаптированные фонды оценочных средств должны исключать снижение оценки из-за отсутствия графического и табличного материала. Таким образом, для решения рассматриваемой проблемы в правовом аспекте предлагается вносить соответствующие дополнения в локальные нормативные акты образовательной организации, регулирующие создание и функционирование инклюзивной образовательной среды.

А. Д. Шуркина

Опыт инклюзивного обучения в ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат»

Как показывает практика, проблема успешной социализации и адаптации детей с нарушенным слухом тесно связана с проблемой инклюзии и требует новых подходов к обучению и воспитанию.

Впервые с 2005 года в Сясьстройскую специальную (коррекционную) школу-интернат поступили дети с сохранным слухом, и был сформирован первый смешанный класс, в котором обучались как слышащие дети, так и дети со слуховой депривацией. Учителя-дефектологи, работающие в нашем учебном заведении, понимали и осознавали, что опыт работы и высокий уровень педагогического мастерства позволят им продуктивно решать учебные и воспитательные задачи с обучающимися с разными категориями нарушений. В настоящее время Сясьстройская школа-интернат реализует и обучает детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) по адаптированным образовательным программам.

Итак, в 2011 году был сформирован класс, в котором в полной мере реализовался именно инклюзивный подход в обучении. Основная группа обучающихся класса – это слышащие дети с задержкой психо-речевого или социального развития. Вторая группа, в количестве трёх человек, – это дети с нарушением слуха, прошедшие дошкольную подготовку во Всеволожском специальном детском саду. Дети были одного возраста и быстро сдружились. Формирование единого коллектива не вызвала больших затруднений: в учебной

и во внеклассной деятельности (совместные игры, прогулки, экскурсии и подготовка праздников) дети учились общаться, сопереживать, понимать и поддерживать друг друга.

Безусловно, такая форма работы была и остается достаточно сложной для педагогов нашей школы. Подобные модели организации учебного процесса в специальных школах являются новыми для нашей страны, поэтому еще не достаточно разработаны учебно-методические материалы в помощь учителям, работающим в таких смешанных классах.

В работе мы использовали адаптированные образовательные программы для данного класса, составленные с учётом возможностей обучающихся. Также у нас предусматривалось проведение трех дополнительных коррекционных занятий, которые сурдопедагог использовал для дополнительной работы с детьми, имеющими нарушения слуха. Кроме того, программа хорошо продумана и направлена на коррекцию имеющихся недостатков у детей с ОВЗ.

Однако учителям пришлось перестраиваться в процессе преподавания предметов. В течение первого полугодия администрация школы пристально наблюдала и следила за тем, как идет процесс обучения, развития, общения между детьми, регулярно посещала уроки. Для всех нас было важно выявить, какой предмет займет ведущее место в обучении детей. С нашей точки зрения, им оказался урок развития речи, на котором каждый ребенок чувствует себя членом коллектива, участвует в работе, выражает свое мнение; урок, при проведении которого ярко выражена коммуникативная направленность в обучении языку как средству общения. Этот урок оказался важным не только для детей, имеющих проблемы со слухом, но и для слышащих детей с задержкой психо-речевого развития. Ведь у них тоже просматривались речевые

проблемы как произносительного, так и грамматического характера, а также было затруднено общение в силу недоразвития речи, особенно связной.

В начале второго полугодия комиссия, состоящая из представителей администрации и опытных педагогов, пришла посмотреть на достигнутые результаты инклюзивного класса. И осталась ими довольна – все дети были организованны, активно работали, общались на основе устной (слышащие) и устно-дактильной форм речи (дети с нарушением слуха). Нами были разработаны и использованы на уроках такие виды работ, методов и приемов, которые оказывают обучающее воздействие на всех детей данного класса, формируют у них хорошие знания, умения и навыки.

По результатам итоговых контрольных работ можно сказать следующее:

- оценка навыков чтения оказалась для нас более чем неожиданной: дети со слуховой депривацией научились читать значительно лучше, чем слышащие дети;
- письменные навыки были примерно одинаковы у всех детей;
- результаты по развитию связной речи оказались лучше у слышащих детей, но с большим количеством грамматических ошибок.

В конце второго полугодия педагоги, работающие на этом классе, провели исследование, цель которого заключалась в том, чтобы выяснить, как решаются социально-психологические проблемы, вызванные трудностями в организации коммуникативной деятельности неслышащих и слышащих учащихся инклюзивного класса, являющейся одним из условий их адаптации друг к другу и, как следствие, успешной

социализации в дальнейшем. Анализ полученных данных показал, что:

- в результате инклюзивного подхода у учащихся с разными видами отклонений в развитии формируются и совершенствуются коммуникативные навыки;
- у неслышащих детей появляется желание говорить более внятно, контролировать свое произношение, чтобы быть понятыми окружающими.

Результаты, полученные нами за первый год обучения детей в инклюзивном классе, оказались успешными: неслышащие учащиеся лучше адаптировались в социуме слышащих, перестали бояться непонимания, так как у них улучшились навыки чтения с губ; ребята стали более дружелюбными по отношению друг к другу, изменилось отношение слышащих школьников к неслышащим (*«Они такие же, как и мы, но только не слышат или плохо слышат, они разговаривают с нами, и мы их понимаем, даже можем общаться с ними речью, иногда жестами...»*). Сплачивание детей в единый коллектив способствовало тому, что у неслышащих детей появилась возможность для свободного общения со слышащими сверстниками через устную речь.

Знания у них, как мы считаем, усваиваются в соответствии со способностями. Родители обеих групп школьников остались, и по сей день остаются, довольными результатами своих детей, хотя сначала пристально следили за тем, что из этого получится, и даже выражали неуверенность в успехе такого совместного обучения.

М. М. Юрова

Перспективы инклюзии для школьников с детским церебральным параличом с разным уровнем развития интеллекта

Сегодня проблема обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в массовых образовательных учреждениях – одна из обсуждаемых. Инклюзия подразумевает получение образования детьми с нарушениями развития в общеобразовательных организациях совместно с нормально развивающимися детьми при условии удовлетворения их особых образовательных потребностей (Белявский Б. В., 2015).

В данной статье рассмотрена возможность обучения младших школьников с детским церебральным параличом (ДЦП) в массовом учебном заведении. Дети с ДЦП имеют ряд особенностей в своем интеллектуальном развитии, поэтому совершенно очевидно, что перед тем как поместить их в массовую школу, следует убедиться, что их интеллектуальные способности не имеют существенных отличий от здоровых детей.

В нашем исследовании приняли участие 45 детей с ДЦП и 45 детей, не имеющих отклонений в психическом развитии, в возрасте 9–12 лет. Выявление уровней невербального интеллекта было проведено стандартизированной методикой «Прогрессивные матрицы Дж. Равена» (черно-белый вариант). Диагностика вербального интеллекта проводилась с помощью методики Э. Ф. Замбацявичене «Исследование словесно-логического мышления». Результаты исследования представлены ниже.

Так, в заданиях теста Дж. Равена серии «А», где оценивается уровень внимания, воображения и визуальной дискриминации, 20% детей основной группы имеют *высокий* уровень, тогда как в контрольной группе такой уровень имеют 53,3% детей. *Хороший* уровень выполнения заданий имеют 57,7% детей, страдающих ДЦП, и 42,86% детей без патологии. В заданиях серии «В» *высокий* уровень в экспериментальной группе не показал ни один ребенок. В контрольной группе этот показатель составил 20,2% детей. *Хороший* уровень в экспериментальной и контрольной группах составил 26,67% и 67,3% соответственно. Большинство детей основной группы показали *нормальный* уровень способностей к линейной дифференциации и суждений – 44,4%. Дети с нормальным психическим развитием показали такой результат в 10,2% случаев. В серии «С» теста в основной группе 42,22% детей показали уровни *ниже среднего* и *слабый*, что говорит нам о снижении способности у детей с ДЦП к быстрой наблюдательности и прослеживанию непрерывных изменений, снижение способности представлять и т. д. В контрольной группе большинство детей (45%) показали *нормальный* уровень. По результатам серии «D» можно судить о низкой способности схватывать количественные и качественные изменения в составлении фигур, исходя из закономерностей используемых изменений в основной группе (80% детей). В контрольной группе *нормальный* уровень имеют 38,8% респондентов.

Самыми трудными заданиями для обеих групп стали задания серии «Е»». У детей с ДЦП результаты распределились на два уровня: *ниже среднего* (21,4%) и *слабый* (78,6%). Дети контрольной группы в 10,2% случаев показали *нормальный* уровень, а *ниже среднего* и *слабый* зарегистрированы в 46,9%

и 42,9% соответственно. В данном случае мы можем говорить о том, что высшие формы абстракции и динамического синтеза не доступны большинству школьников – как с детским церебральным параличом, так и для здоровых детей.

Рассматривая результаты по методике Э. Ф. Замбацян-ичене, следует отметить, что более половины детей основной группы (57,7%) показали *хороший* уровень по субтесту 1, который характеризует общую осведомленность ребенка. *Высокий* и *средний* уровни показали 20% и 17,8% детей. Уровень *ниже среднего* зафиксирован всего у 4,4% выборки. В контрольной группе *высокий* и *хороший* уровни в целом показали 83,5 % детей. Оценка уровней по субтесту 2, говорящему о навыках классификации распределилась следующим образом: *хороший* и *средний* уровни отмечены у большинства детей с ДЦП, 35,5% и 46% соответственно. *Высокий* уровень способностей к классификации зафиксирован у 11 % школьников с ДЦП. Наиболее заметны различия в результатах между группами в субтесте 3. Школьники контрольной группы выполнили задания успешнее детей с ДЦП. *Хороший* и *средний* уровни показали 61,3% детей. В то время как у основной группы соответствующие уровни представлены у 55,5 % школьников. Наиболее успешно выполнен субтест 4, отвечающий за оценку операции обобщения. Следует особо выделить, что 35,5 % детей с ДЦП показали *высокий* уровень. *Хороший* и *средний* уровни отмечены у 42,2% и 17% соответственно. Резюмируя результаты, можем сказать, что дети с ДЦП в своем большинстве успешно справились с выполнением теста. Они успешно дифференцируют признаки предметов и явлений, однако имеются некоторые проблемы в установлении логических связей и установлении аналогий.

Итак, из нашего исследования видно, что в группе детей с ДЦП результат, полученный по заданиям вербального интеллекта (75,7%) намного выше, чем невербального (17,8%). У контрольной группы также видно преобладание вербального интеллекта (89,7 %) над невербальным (61,2%).

Результаты исследования показали, что различия интеллектуального развития детей с ДЦП и их здоровых сверстников не значительные, что позволяет нам говорить о возможности инклюзивного образования. Принимая решение о поступлении таких детей в массовую общеобразовательную структуру, нужно принимать во внимание особенности их когнитивной сферы и с учетом этого строить их образовательный маршрут. Решение об инклюзии должно приниматься индивидуально, исходя из возможностей реализации особых потребностей ребенка и его собственных ресурсов.

Список авторов¹

Андреева М. Ю. – учитель, ГБОУ «Школа 627», Невский р-н, Санкт-Петербург

Артемова К. В. – логопед, клиническая больница № 122 им. А. Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург

Бабушкина Р. А. – учитель-логопед, кандидат педагогических наук, ГБДОУ «Детский сад № 11», Калининский р-н, Санкт-Петербург

Белозерова Е. В.

Бородачева И. А. – учитель-логопед, ГБОУ «Школа 627», Невский р-н, Санкт-Петербург

Бочарова А. Н. – педагог-психолог Центра развития ребенка – «Детский сад № 133», Оренбург

Бударина А. О. – доктор педагогических наук, профессор, директор Педагогического института, ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград

Бутятова А. В. – педагог-организатор, ГБОУ «Школа № 4», Санкт-Петербург

Вакуленко А. С. – кандидат педагогических наук, доцент, руководитель методического отдела ООО «Развивающие игры Воскобовича», Санкт-Петербург

Вартамян И. А. – доктор биологических наук, профессор, ФБГУН «Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова» РАН, ЧОУВО «Институт специальной психологии и педагогики», Санкт-Петербург

¹ Список составлен на основе сведений, предоставленных авторами (*ред.*).

- Высоцкая И. В.* – учитель-логопед, ГБОУ «Школа № 584 “Озерки”» Санкт-Петербург
- Геллер Н. Б.* – учитель-логопед, ГБДОУ «Детский сад № 11» компенсирующего вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург
- Горлач Н. А.* – педагог-психолог, ГБОУ «Школа № 4», Санкт-Петербург
- Гурылева С. И.* – соискатель, ЧОУВО «Институт специальной психологии и педагогики», Санкт-Петербург
- Дунаевская Э. Б.* – доцент кафедры возрастной психологии и педагогики семьи, РГПУ им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург
- Егорова О. В.* – учитель-логопед, ГБОУ «Школа № 627, Невский р-н, Санкт-Петербург
- Егорова С. В.* – педагог-психолог, МАДОУ № 29, Ленинградская обл., г. Кириши
- Екимова А. Г.* – учитель-логопед, ГБОУ «Школа № 627, Невский р-н, Санкт-Петербург
- Ермолаева Е. Ю.*
- Задумова Н. П.* – кандидат педагогических наук, доцент кафедры логопатологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург
- Закревская П. О.* – специалист по учебно-методической работе, лаборатория инклюзивного образования, ФГАОУ ВО «Балтийский Федеральный университет им. Иммануила Канта», Калининград
- Захаркина М. В.* – педагог-психолог ЦРР, ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

Заходякина К. Ю. – кандидат педагогических наук, ЧОУВО
«Институт специальной педагогики и психологии»,
Санкт-Петербург

Зеленская Ю. Б. – кандидат педагогических наук, ЧОУВО
«Институт специальной педагогики и психологии»,
Санкт-Петербург

Иванова Т. А.

Кандилиан К. – Санкт-Петербургский государственный уни-
верситет, Санкт-Петербург

Капустянская А. В. – методист, ГБСУ «Дом-интернат для
детей с отклонениями в умственном развитии № 4»,
Санкт-Петербург

Кашкаров А. П. – аспирант, ЧОУВО «Институт специаль-
ной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

Киселёва О. – студентка 4-го курса, кафедра специальной педа-
гогики, направление АФВ, ЧОУВО «Институт специаль-
ной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

Кислякова О. М. – музыкальный руководитель, ГБДОУ
«Детский сад № 11», Калининский р-н, Санкт-Петер-
бург

Клементьева А. В. – педагог-психолог, молодой специалист,
ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат», Сясьстрой

Командирова Л. А. – директор, ГБОУ «Школа № 4»,
Санкт-Петербург

Ланге Н. К. – учитель начальных классов, ГБОУ «Гимназия
№ 41 им. Э. Кестнера», Санкт-Петербург

Ларечина А. – студентка РГПУ им. А. И. Герцена, Институт
Детства, Санкт-Петербург

- Логина Л. И.* – кандидат психологических наук, доцент, ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург
- Луценко Т. В.* – аспирант кафедры клинической и специальной психологии, ГАОУ ВО «МГПУ», Москва
- Масленникова С. А.* – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург
- Михеева Е. В.* – воспитатель первой квалификационной категории, ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат», Сясьстрой
- Моисеенко Е. М.* – руководитель кабинета логопедической помощи и психологической коррекции, Санкт-Петербург
- Николаева И. А.* – учитель-дефектолог слухового кабинета, высшая квалификационная категория, ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат», Ленинградская обл., г. Сясьстрой
- Никонова Н. О.* – учитель-логопед, ГБДОУ «Детский сад № 69» комбинированного вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург
- Павлова Л. В.* – логопед высшей категории, ГБСУСО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 4», Санкт-Петербург
- Петрова Е. А.*
- Петш Е. В.* – педагог-психолог, ГБДОУ «Детский сад № 43», Санкт-Петербург
- Подгорнова Т. А.* – педагог-психолог, ГБДОУ «Детский сад № 46» компенсирующего вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург

Подколзина А. Г. – кандидат психологических наук, Санкт-Петербургский государственный институт культуры, Санкт-Петербург

Радищева Т. А. – аспирантка 3-го курса, ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

Рекуенко С. А. – зам. директора по учебно-воспитательной работе, ГБОУ «Гимназия № 41 им. Э. Кестнера», Санкт-Петербург

Романова Т. А. – учитель-логопед, МАДОУ № 29, Ленинградская обл., г. Кириши

Рыжова Е. С.

Савойник Р. Н.

Самарина О. А. – учитель-логопед, ГБДОУ «Детский сад № 69» комбинированного вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург

Самсонова А. В. – учитель-логопед, ГБОУ «Школа № 627», Невский р-н, Санкт-Петербург

Сафронова И. О. – логопед высшей категории, ГБСУСО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 4», Санкт-Петербург

Сенчурова М. А.

Сизова О. Б. – учитель-логопед, ИЛИ РАН / ГБДОУ «Детский сад № 85», Центральный р-н, Санкт-Петербург

Смирнова Н. К. – учитель-логопед; ГБДОУ «Детский сад № 46» компенсирующего вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург

Сорокин В. М. – доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

- Сорокина Н. В.* – учитель-логопед, ДБДОУ «Детский сад № 42» компенсирующего вида, Колпинский р-н, Санкт-Петербург
- Старовойт Н. В.* – кандидат педагогических наук, доцент Педагогического института, ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград
- Съемщикова Л. А.* – учитель-логопед, ДБДОУ «Детский сад № 42» компенсирующего вида, Колпинский р-н, Санкт-Петербург
- Теплышева Т. В.*
- Толстова А. В.* – учитель-логопед, ГБДОУ «Детский сад № 69» комбинированного вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург
- Третьякова У. С.* – глава администрации, внутригородское муниципальное образование Санкт-Петербурга муниципальный округ «Георгиевский», Санкт-Петербург
- Трошина Е. С.* – учитель-логопед, ГБУ ДО ЦППМСП, Невского р-н, аспирантка ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург
- Труфанова М. М.*
- Турчанинов Е. Е.* – педагог-психолог, ГБОУ СОШ № 237. Красносельский р-н, Санкт-Петербург
- Фагерева А. С.* – аспирантка ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург
- Филиппова Е. Н.* – старший воспитатель; ГБДОУ «Детский сад № 46» компенсирующего вида, Калининский р-н, Санкт-Петербург
- Цветкова С. Ю.* – логопед, ГБСУ «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии № 4», Санкт-Петербург

Шабурова М. А. – соискатель, ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург

Шуляк И. А. – учитель-логопед, ГБОУ «Школа № 584 “Озерки”», Санкт-Петербург

Шумова Ю. В. – доцент кафедры управления и права, ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)», Челябинск

Шукина А. Д. – учитель, ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат», Ленинградская обл., г. Сясьстрой

Юрова М. М. – ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии», Санкт-Петербург

«НАУЧНАЯ ВЕСНА ИСПиП-2018»

**Сборник материалов
научно-практической конференции
«Современное образовательное пространство –
опыт и перспективы инклюзии»
и IX Городского логопедического семинара
«Абилитация и реабилитация лиц
с нарушениями речи»**

Редактор *М. Ю. Чугорина*
Техническое редактирование
и компьютерная верстка *Г. А. Филичевой*

Подписано в печать 06.04.2018.
Формат 60 × 90¹/₁₆.

ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии»
194356, Санкт-Петербург, Б. Озерная, д. 92
Тел. (812) 596-24-42.