



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)  
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ И  
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

**Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся младшего  
школьного возраста с детским церебральным параличом**

**Выпускная квалификационная работа по направлению  
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность программы магистратуры  
«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями  
здоровья»  
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:  
81,74% авторского текста

Работа рекомендована к защите  
«26» января 2023 г.  
Зав. кафедрой ПППО и ПМ  
Корнеева Н.Ю.

Выполнил:  
Студент группы ЗФ-309-170-2-2  
Нурханова Шолпан Адильбековна

Научный руководитель:  
д.ф.н., профессор,  
Кожевников М.В.

Челябинск  
2023

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ .....	10
1.1 Понятие «психолого-педагогическое сопровождение», его сущностные характеристики .....	10
1.2 Содержание процесса психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья .....	27
1.3 Психолого-физиологические особенности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом .....	41
Выводы по 1 главе .....	62
ГЛАВА II ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	65
2.1 Характеристика психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом .....	65
2.2 Теоретические и методологические основы разработки модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом .....	75
2.3 Методические рекомендации по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом .....	81
Выводы по 2 главе .....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	84
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	87
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	94

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность** исследования. В последнее время в нашей стране и за рубежом наметилась устойчивая тенденция увеличения количества детей с отклонениями в физическом и психическом развитии. По последним статистическим данным в России насчитывается более 2 млн. детей с ограниченными возможностями (8 % всех детей), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды. Неутешительная ситуация и в Р. Казахстан.

Среди причин, обуславливающих увеличение количества детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях, отмечены: осложнения беременности в результате различных, в том числе экзогенных воздействий, бытовые травмы, рост хронической заболеваемости, экология. Из поколения в поколение люди страдают от того, как живет мегаполис, уменьшая свои шансы на то, чтобы родить здорового ребенка. Неблагоприятные социально-экономические условия, с которыми связано: снижение уровня жизни населения и его качественного состояния.

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что психолого-педагогическое сопровождение - это форма педагогической поддержки, в основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения актуальных проблем ребенка, поиск его скрытых ресурсов, опору на его собственные возможности, и создание на этой основе условий для восстановления связей с миром людей.

Детский церебральный паралич—понятие, объединяющее множество видов двигательных нарушений. Церебральный паралич возникает из-за повреждения или нарушения развития головного мозга, произошедшего в период внутриутробного развития или в раннем возрасте. В зависимости от локализации поражения головного мозга различают спастические, атаксические и дискинетические формы церебрального паралича.

Они нередко сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций многих других анализаторных систем (зрения,

слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями имеют особенности в развитии всех психических процессов: мышления, памяти, восприятия, внимания, особенности в эмоциональной сфере. Дети с ДЦП обнаруживают эмоциональную лабильность, раздражительность, беспокойство, особенно ярко проявляющееся в раннем возрасте. В более позднем возрасте у детей с церебральными параличами обнаруживается неспособность к управлению аффектами, иногда агрессивность. У них также наблюдается эгоцентризм, неспособность к планомерной систематической деятельности, повышенная возбудимость. Также отмечаются некоторые особенности поведения: робость, тревожность, склонность к страхам, свойственные, именно больным ДЦП, и связываемые с наличием двигательного дефекта. Среди детей с ДЦП многочисленную группу составляют дети, имеющие нарушения произносительной стороны речи по типу дизартрии, различные по форме и степени тяжести.

Тем не менее многие дети с ограниченными возможностями здоровья, находящиеся в образовательных учреждениях, испытывают трудности, связанные со сложностями адаптации таких детей к образовательной среде образовательной организации.

Противоречие между увеличением количества детей с детским церебральным параличом и недостаточностью психолого-педагогического и методического обеспечения помощи им обусловило актуальность и определило тему исследования - «Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся младшего школьного возраста с детским церебральным параличом».

Проблема исследования: Каковы пути психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом в учебно-воспитательном процессе образовательного учреждения? Решение данной проблемы является целью нашего исследования.

**Цель** исследования – теоретически обосновать и определить условия, способствующие эффективному психолого-педагогическому сопровождению младших школьников с детским церебральным параличом.

**Объект** исследования - процесс психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом.

**Предмет** исследования – условия психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом в учебно-воспитательном процессе.

**Гипотезу исследования** составило предположение о том, что:

психолого-педагогическое сопровождение младших школьников с детским церебральным параличом в учебно-воспитательном процессе будет результативным при следующих условиях:

- если на теоретическом уровне определено содержание организации психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом;
- выявлены и учтены психолого-физиологические особенности младших школьников с детским церебральным параличом;
- разработана модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом.

В соответствии с указанной проблемой, целью, объектом, предметом и гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Раскрыть понятие «психолого-педагогическое сопровождение», его сущностные характеристики;
2. Описать процесс психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья;
3. Выявить психолого-физиологические особенности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом;

4. Изучить особенности психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом в образовательной организации;
5. Определить теоретические и методологические основы разработки модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом;
6. Предложить методические рекомендации для субъектов образовательного процесса по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом.

**Теоретико-методологическую основу** исследования составили:

положения специальной педагогики и психологии, представленные в научных трудах А.А. Дмитриева, Т.А. Власовой, Л.С. Выготского, В.И. Лубовского, Т.Г. Щедрина, Л.М. Шипицыной и др.; научные работы о структуре двигательного дефекта, изложенные Л.О. Бадалян, Е.И. Гусевым, М.В. Ипполитовой, С.С. Ляпидевским, Е.М. Мастюковой, Е.Д. Хомской и др.; принципы коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса Л.С. Выготского, В.И. Лубовского и др.; принципы консультирования семей В.В. Ткачевой, И.Ю. Левченко; теории педагогических технологий обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата Е.В. Ключковой, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, А.А. Потапчук и др.; основы организации физической реабилитации и адаптивной физической культуры С.П. Евсеева, Л.В. Шапковой, К.А. Семеновой, Н.С. Попова и др.

**Положения, выносимые на защиту.**

1. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности в целом.

Психолого-педагогическое сопровождение младших школьников с детским церебральным параличом будет результативным при выявлении и учете психолого-физиологических особенностей младших школьников с детским церебральным параличом.

2.Использование модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом будет способствовать эффективности психолого-педагогического сопровождения детей данной категории.

3.При организации процесса психолого-педагогического сопровождения необходимо учитывать методические рекомендации по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом.

**Научная новизна** исследования заключается в том, что:

- проведено исследование проблемы психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ДЦП, обогащающее теорию и практику коррекционной педагогики;

- изучены условия и разработана модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом в учебно-воспитательном процессе.

**Теоретическая значимость** исследования заключается в том, что теоретически обосновано содержание модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ДЦП в условиях образовательной организации.

**Практическая значимость** исследования заключается в том, что, предложенная модель и рекомендации для внедрения модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ДЦП могут быть использованы в практической работе психологами, учителями, дефектологами и другими специалистами.

Для решения поставленных задач и выявления состоятельности гипотезы были использованы следующие **методы** исследования:

теоретический анализ психолого-педагогической и специальной литературы, анализ реализуемой системы психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом в условиях образовательной организации.

**База исследования.** Исследование проводилось на базе КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат № 2» для детей с особыми образовательными потребностями» Управления образования акимата Костанайской области. В исследовании участвовало 6 младших школьников с детским церебральным параличом и 6 специалистов.

**Этапы исследования.** Исследование проводилось в течение 2020 - 2022 г. в три этапа:

- первый этап был посвящен изучению и анализу общей и специальной литературы по проблеме исследования; определению понятийного аппарата исследования; разработке программы констатирующего эксперимента;

- второй этап предусматривал разработку модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом и методических рекомендаций по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом;

- третий этап заключительно-обобщающий. Включал анализ, обобщение и систематизацию результатов экспериментальной работы; оформление материалов диссертационного исследования.

### **Апробация результатов исследования**

Результаты исследования представлены на научно-практических конференциях, проходящих в Профессионально-педагогическом институте Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета.

По проблеме исследования опубликовано 2 статьи.

**Структура** магистерской диссертации. В соответствии с общим замыслом и логикой построения исследования его итоги изложены в



диссертации, которая состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованных источников и приложений.

# ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

## 1.1 Понятие «психолого-педагогическое сопровождение», его сущностные характеристики

Для успешного включения ребенка с ограниченными возможностями в среду общеобразовательного процесса необходимо психолого-педагогическое сопровождение, которое затрагивает все сферы жизнедеятельности ребенка.

Новая концепция российского образования выдвигает на первый план цели и задачи, на решение которых требуется построение оптимальной системы психолого-педагогического сопровождения. Организация и содержание психолого-педагогического сопровождения обусловлены переосмыслением задач специального образования, интегративными тенденциями в образовании, реализацией принципов гуманизации, гуманитаризации и демократизации в современной школе. Меняются приоритеты образования. Существовавшая многие годы направленность на формирование знаний, умений и навыков уступает приоритетные позиции воспитанию и социализации. В связи с выше изложенным рассмотрим основные понятия, передающие сущностную характеристику процесса психолого-педагогического сопровождения.

Рассматривая в научной литературе понятие психолого-педагогическое сопровождение необходимо проанализировать основные понятия, как «сопровождение». Изучая представленные в научной литературе интерпретации понятия «сопровождение» отметим их множество и разнородность. Идеи сопровождения и психолого-педагогического сопровождения, в частности, активно развиваются в работах Л.В. Байбородовой, Н.Г. Битяновой, О.С. Газмана, И.В. Дубровиной, С.В. Дудчик,

Е.И. Казаковой, Н.В. Ключевой, и др. В наиболее общем смысле сопровождение характеризуют как помощь ребенку в преодолении возникающих трудностей, в поиске путей решения актуальных противоречий, встречающихся при организации образовательного процесса, как непрерывный процесс изучения, формирования и создания условий для принятия субъектом оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора, обеспеченных командной работой специалистов различных профилей. Идеи психолого-педагогического сопровождения соответствуют прогрессивным идеям зарубежной гуманистической психологии (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, Дж. Мид, М. Кун, И. Блумер), отечественной психологии (Е.В. Бондаревская, Р.Л. Кричевский, С.В. Кульневич, И.А. Якиманская и др.), педагогики сотрудничества (Ш.А. Амонашвили, И.П. Волков и др.) (приводится по Л.Н. Харавина, 2011).

Термин «сопровождение» обозначает «действие, сопутствующее какому-либо явлению». Этимологически он происходит от слова «сопровождать», которое имеет несколько содержательных трактовок. Смысл интерпретации зависит от сферы применения слова, но обозначает одновременность происходящего явления или действия. Интересно, что при употреблении данного глагола с возвратной частицей «ся» в содержательной характеристике смещается акцент на курируемого. Таким образом, приобретает следующий смысл – «влечь за собой как непосредственное продолжение или следствие», «быть снабженным, дополненным чем-либо» [18] Изучение этимологии понятия «сопровождение» с помощью различных словарей и справочников позволяет трактовать его как совместные действия (система, процесс, вид деятельности) людей по отношению друг к другу в их социальном окружении, осуществляемые ими во времени, в пространстве (институциональность взаимодействия) и в соответствии с присущими им ролями.

Термин «сопровождение» прочно вошло в профессиональную жизнь психологов, педагогов и употребляется как концептуально, так и в

отношении практической деятельности по решению конкретных проблем, нет еще единства мнений специалистов в определении этого понятия. Так, в работах Слюсарева Ю.В. – основоположника данной теории в психологическом аспекте, «сопровождение» употребляется для обозначения «недирективной формы оказания психологической помощи», направленной не просто на укрепление или достройку, а на развитие и саморазвитие самосознания личности, помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека [12; 32].

Мухина В.С. отмечает, что сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное психологическое сопровождение, по ее мнению, открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна [58].

Л.М. Шипицына сопровождение рассматривается как метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора (Л.М. Шипицына). При этом под субъектом развития понимается как развивающийся человек, так и развивающаяся система (психолого-педагогическая система). Л.М. Шипицына отмечает, что, сопровождение – это комплексный метод, в основе которого лежит единство взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого. Автор рассматривает процесс сопровождения как непосредственное или опосредованное взаимодействие психолога, педагога, медика и учащихся, результатом которого является помощь личности в разрешении проблем, которые у нее возникают [41]. По мнению ряда ученых (И.С. Якиманская, В.С. Мухина, Н.А. Менчинская, Г.Л. Бардиер, Ю.В. Слюсарев, М.Р. Битянова), сопровождение – это системная комплексная технология помощи личности. Осухова Н.Г. определяет психологическое сопровождение как помощь, под которой подразумевается специально организованный процесс, характеризуется созданием условий

для реализации индивидуально личностного потенциала. Она считает, что в каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями личности или семьи, которым оказывается помощь, и той ситуации, в которой осуществляется сопровождение [65].

А.А. Майер полагает, что сопровождение - это особая форма пролонгированной медико-валеологической, социальной, психологической, педагогической помощи. Результатом такой помощи личности в процессе социализации и индивидуализации является новое качество - адаптивность, т.е. способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими в благоприятных и в экстремальных ситуациях. По мнению автора, основными характеристиками сопровождения можно назвать процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную жизнь человека, особые отношения между участниками процесса. Т.Г. Яничева под сопровождением понимает систему организационных, диагностических, развивающих мероприятий для педагогов, родителей и детей, создающих оптимальные условия для функционирования образовательной среды, дающей личности самореализоваться [35]. Э. М. Александровская резюмирует, что психолого-педагогическое сопровождение — это особый вид помощи ребенку, технология, предназначенная для оказания помощи на определенном этапе развития в решении возникающих проблем, или в их предупреждении в условиях образовательного процесса. Автор сближает идею сопровождения с идеей поддержки. Она отмечает, что технологии сопровождения помогают анализировать ближайшее окружение, диагностировать уровни психического развития, использовать активные групповые методы, индивидуальную работу с детьми и их родителями, педагогами [5].

Изученные в современной научной литературе понятие «сопровождение» понимается, прежде всего, как поддержка психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают какие-либо трудности. Важно подметить, что поддержка трактуется как

сохранение личностного потенциала и содействие его становлению. Значимость такой поддержки заключается в реализации права на полноценное развитие личности и ее самореализацию в социуме. Анализируя сущность понятия сопровождения, необходимо остановиться на близких понятиях, таких как, «обеспечение», «помощь», «поддержка». Использование термина «сопровождение» продиктовано необходимостью дополнительно подчеркнуть самостоятельность субъекта в принятии решения. Термин «сопровождение» может быть раскрыт через «обеспечение условий для принятия субъектом решения»; однако, лексически - это более жесткая форма, которая подчеркивает приоритет личности «обеспечивающего». Теорию «педагогической поддержки», как третьего компонента вместе с «обучением» и воспитанием» разрабатывает лаборатория учеников О.С. Газмана и группой его коллег (Н.Н. Михайловой, С.М. Юсфиним, Т.В. Анохиной и др.). «Педагогическая поддержка — особое направление педагогической деятельности, последовательно реализующее принципы личностно ориентированного образования. Оно не только провозглашает обучающегося субъектом образования, но и стремится обеспечить субъект-субъектные, равноправные отношения взрослого и ребенка, направленные на решение проблем, преодоление трудностей, на индивидуальное саморазвитие. Под педагогической поддержкой мы понимаем деятельность профессионалов — представителей образовательного учреждения, направленную на оказание превентивной и оперативной помощи детям в решении их индивидуальных проблем, связанных с физическим и психическим здоровьем, успешным продвижением в обучении, эффективной деловой и межличностной коммуникацией, жизненным самоопределением» [25]. Поддержка проистекает из реальных нужд, которые ребёнок испытывает, но в силу ряда причин не может самостоятельно удовлетворить. Поэтому ему необходима помощь и поддержка другого человека (других людей). Можно сформулировать следующую закономерность: «Поддержка обнаруживает себя в ситуации реальной проблемы ребёнка, которую педагог

увидел и при этом осознал своё желание (необходимость) помочь ему». Поскольку поддержка является откликом взрослого на реальную проблему ребёнка, то взрослый должен не только суметь увидеть, обнаружить существование самого факта затруднения у конкретного ребёнка, но и понять, как тот сам его видит, понимает, чувствует.

Таким образом, мы видим, что сопровождение рассматривается как одна из форм педагогической поддержки.

Концепция сопровождения как образовательная технология разработана Е.И. Казаковой. Источниками создания данной концепции послужили исследования и опыт оказания комплексной помощи детям в специализированных учреждениях, а так же опытно-экспериментальная и инновационная деятельность специалистов, взаимодействующих с детьми в системе образования. В теории сопровождения Е.И. Казаковой относительно развития детей дошкольного возраста утверждается, что в каждом конкретном случае носителем проблемы ребенка выступает как сам ребенок, так и его ближайшее окружение: педагоги, воспитатели, родители. Таким образом, автор считает, что для осуществления права свободного выбора личностью различных вариантов развития необходимо научить человека разбираться в сущности проблемы, вырабатывать определенные стратегии принятия решения. Основными принципами сопровождения ребенка в условиях жизнедеятельности в образовательном учреждении, по мнению Е.И. Казаковой являются: рекомендательный характер советов сопровождающего; непрерывность сопровождения; приоритет интересов сопровождаемого («На стороне ребенка»); непрерывность сопровождения; мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения; стремление к автономизации [36]. Рассмотрим каждый из этих принципов более подробно. Рекомендательный (необязательный для исполнения) характер. Ключевой идеей сопровождения выступает положение о необходимой самостоятельности ребенка в решении актуальных для его развития проблем, именно поэтому логика сопровождения диктует необходимость отказа от

«законодательных» решений, все решения могут носить только рекомендательный характер. Ответственность за решение проблемы остается за ребенком, его родителями или лицами их заменяющими. Чем более компетентен в решении своих проблем ребенок, тем больше прав на окончательное решение должно быть именно у него. «На стороне ребенка». Все участники сопровождения должны пытаться решить проблему ребенка с максимальной пользой для него. Непрерывность сопровождения. Ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Сопровождение прекратится, только тогда, когда проблема будет решена или подход к решению будет очевиден. Этот принцип означает также и то, что дети, находящиеся под постоянным воздействием факторов риска (хронически больной ребенок, ребенок в системе специального образования, ребенок- сирота), будут обеспечены непрерывным сопровождением в течение всего периода их становления. Мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения. Принцип требует согласованной работы «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов. Стремление к автономизации предполагает создание в образовательной организации службы или группы сопровождения. В состав которых могут входить самые разные специалисты: воспитатели, классные руководители, социальные педагоги, педагоги-организаторы, учителя, психологи, дефектологи, медики, объединенные в группу по принципу осуществления деятельности общего или тематического сопровождения детей или психолого-медико-педагогического консилиума. Эти принципы помогают осуществлять на практике различные виды психолого-педагогического сопровождения: индивидуальное и системное.

Индивидуальное сопровождение развития ребенка - направлено на всестороннее развитие его задатков и способностей. Эффективность образовательного процесса во многом зависит от степени знаний педагогом своих воспитанников, умения осуществлять к ним дифференцированный



подход. Эту задачу помогает решить всесторонняя диагностика, которая дает возможность получать данные о характере и динамике психического развития, о личностных особенностях ребенка, о состоянии его здоровья и социального благополучия. Поэтому первым этапом деятельности по сопровождению ребенка является сбор информации о нем. Это первичная диагностика соматического, психического, социального здоровья ребенка. При этом используется широкий спектр различных методов: тестирование, анкетирование родителей и педагогов, наблюдение, беседа, анализ продуктов разных видов труда и деятельности ребенка, документации ОУ. Второй этап - анализ полученной информации. Третий этап: совместная выработка рекомендаций для ребенка, педагога, родителей, специалистов; составление плана комплексной помощи ребенку. Четвертый этап: консультирование всех участников сопровождения о путях и способах решения проблем ребенка. Пятый этап: решение проблем, то есть выполнение рекомендаций каждым участником сопровождения. Шестой этап: анализ выполненных рекомендаций всеми участниками. Седьмой этап: дальнейший анализ развития ребенка. Все этапы условны, т.к. у каждого ребенка своя проблема и в ее решении требуется индивидуальный подход. Системное сопровождение представляет собой комплекс работ, направленных на проблемы не одного ребенка, а системы в целом. Педагоги, методисты, педагоги-психологи, логопеды, дефектологи и т.п. разрабатывают и реализуют программы развития образовательной системы с учетом создания более благоприятных условий для детского развития. Кроме этого, разрабатываются программы, которые направлены на решение актуальных проблем сегодняшнего времени. При создании данных программ учитывается специфика современного понимания проблемы и путей ее разрешения. Одним из направлений системного сопровождения является проектирование и реализация программ психолого-педагогической и медико-социальной помощи группе детей с характерными для этой группы проблемами (гиперактивностью, застенчивостью, и др.).

Системное сопровождение строится по следующему алгоритму.

**Диагностический этап.** Целью является осознание сути проблемы, ее носителей и потенциальных возможностей решения. Данный этап начинается с фиксации сигнала проблемной ситуации, затем разрабатывается план проведения диагностического исследования. На этом этапе важно установить доверительный контакт со всеми участниками проблемной ситуации, помочь им вербализовать проблему, совместно оценить возможности ее решения.

**Поисковый этап.** Цель — сбор необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доведение этой информации до всех участников проблемной ситуации, создание условий для осознания информации самим ребенком (включая возможность адаптации информации).

**Договорной этап.** На этом этапе обсуждаются со всеми заинтересованными лицами возможные варианты решения проблемы, обсуждают позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности, помогают выбрать различные методы. Важно проявить внимание к любым способам решения проблемы, которые называет сам ребенок, не высказывая оценочных и критических суждений. Стимулирование такого рода активности — одна из важнейших задач правильно организованного процесса сопровождения. После того как выбор способа решения проблемы состоялся, важно распределить обязанности по его реализации, определить последовательность действий, уточнить сроки исполнения и возможность корректировки планов. В результате разделения функций возникает возможность для самостоятельных действий по решению проблемы как у ребенка, так и у взрослых (педагога, родителей).

**Деятельностный этап.** Этот этап обеспечивает достижение желаемого результата. Необходимо помочь участникам решения проблемы почувствовать «вкус успеха» в выполнении договоренности. Рефлексивный этап — период осмысления результатов деятельности по решению той или иной проблемы. Этот этап может стать заключительным в решении индивидуальной проблемы или стартовым в проектировании специальных

методов предупреждения и коррекции массовых проблем, имеющих в образовательной организации.

Таким образом, анализ научной литературы показывает, что психолого-педагогическое сопровождение имеет неограниченное разнообразие видов и форм, которые различаются по направленности, предмету и объекту: сопровождение родительства; сопровождение ребенка (одаренного, гиперактивного, с трудностями в обучении, в критической ситуации и т.д.).

Подводя итоги вышесказанному, сформулируем несколько общих выводов: психолого-педагогическое сопровождение — это форма педагогической поддержки, в основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения актуальных проблем ребенка, поиск его скрытых ресурсов, опору на его собственные возможности, и создание на этой основе условий для восстановления связей с миром людей.

Теоретическими основами психолого-педагогического сопровождения являются системно-ориентационный подход к развитию человека, концепция педагогической поддержки и педагогика успеха. Основными принципами психолого-педагогического сопровождения ребенка являются: рекомендательный характер советов сопровождающего; непрерывность сопровождения; приоритет интересов сопровождаемого; непрерывность сопровождения; мультидисциплинарность сопровождения; стремление к автономизации. Основными характеристиками сопровождения можно назвать процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную жизнь ребенка, особые отношения между участниками процесса. Видами психолого-педагогического сопровождения являются индивидуальное и системное сопровождение. Технология сопровождения представлена последовательной сменой следующих этапов (шагов): диагностического, поискового, договорного, деятельностного и рефлексивного этап. По мнению О.С. Газмана, дифференциация социального и индивидуального в развитии личности приводит к необходимости

вычленения в педагогическом процессе педагогической поддержки (помощи в саморазвитии) [25].

Основными принципами обеспечения педагогической поддержки могут быть следующие (Т. В. Анохина, 1996):

- согласие ребенка на помощь;
- опора на наличные силы и потенциальные возможности личности; вера в эти возможности;
- ориентация на способности детей самостоятельно преодолевать трудности;
- совместность, сотрудничество, содействие;
- конфиденциальность (анонимность);
- доброжелательность и безоценочность;
- безопасность, защита здоровья, прав, человеческого достоинства;
- реализация принципа «не навреди»;
- рефлексивно-аналитический подход к процессу и результату [10].

Рассмотрим понятие сопровождение лиц с ОВЗ. Само понятие «сопровождение» следует распространять не только непосредственно на ребенка с ОВЗ, ребенка с инвалидностью, но и на других субъектов инклюзивного образовательного пространства - остальных детей класса, группы, родителей всех участников образования, но и на весь педагогический коллектив, реализующего это образование.

Роль основных характеристик сопровождения, в первую очередь по отношению сопровождению ребенка с ОВЗ, выступают его процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную ситуацию человека, особость отношений между участниками, приоритет опоры на внутренний потенциал развития субъекта, право субъекта самостоятельно совершать выбор и нести за него ответственность [13].

Наиболее обобщенной гуманистически ориентированной целью является понимание сопровождение как защиты прав детей, их прав на

развитие и образование. Парадоксальным следствием этого утверждения является то, что есть что-то в образовательной среде, что нарушает или, по крайней мере, может нарушать эти права. В первую очередь содержание сопровождения должно быть распространено на защиту прав детей в части сохранения «позитивного здоровья», которое нарушаются, в том числе, и в виде перегрузок образовательных программ, несоответствия образовательной среды потенциальным возможностям детей, эмоциональных перегрузок, а также эмоционального насилия [46].

Таким образом, определяемое понятие «защита», в первую очередь, должно быть распространено на отдельного ребенка или группу детей, которые по ряду причин имеют ограниченные возможности адаптации к образовательной среде, понимаемой в расширительном смысле. В любом случае речь идет о создании равновесной (с точки зрения соотношения потенциальных возможностей ребенка, оптимальности его развития, обучения и воспитания и образовательных воздействий) системы ребенок - образовательная среда.

Таким образом, понятие «сопровождение» теснейшим образом сочетается как с понятием сохранение позитивного здоровья, так и с вытекающим отсюда пониманием сопровождения как текущей (динамической) оценки адаптированности ребенка в образовательной среде, с одной стороны, и поддержанием оптимальной его адаптации в этой среде, — с другой. Как уже отмечалось, понимание задач сопровождения должно исходить из общей гуманистической цели образования, которое формулируется как: «Максимальное раскрытие потенциальных возможностей личности ребёнка, содействие полноценному его развитию в личностном и познавательном плане, создание условий для полноценного и максимального проявления положительных сторон индивидуальности ребенка, условий для максимально возможной и эффективной амплификации (обогащения) им образовательных воздействий». В ситуации, когда в ходе образовательного процесса увеличиваются нагрузки на ребенка (не важно,

эмоциональные — в плане воспитательных и «излишне» мотивационных воздействий или непосредственно когнитивные), субъектами образовательного процесса явно планируется не желание «перегрузить» ребенка, но большая обученность, воспитанность и т. п. в соответствии с имеющимся федеральным стандартом. Отсутствие четких и понятных для педагогов критериев максимальной, но в то же время оптимальной нагрузки вызывает необходимость со стороны других «вспомогательных» субъектов образования контролировать состояние ребенка с целью оптимизации воздействий со стороны образовательной среды и «уравнивания» этих воздействий с имеющимися у ребенка ограниченными возможностями. Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение как реализация защиты прав ребенка (в наиболее широком смысле), реализация индивидуальной образовательной программы в данном случае должно осуществляться как адаптация образовательных и иных социально-психологических нагрузок. Последние, с одной стороны, должны определяться как максимально-оптимальные и достаточные для разно-стороннего полноценного развития ребенка, освоения в достаточном объеме образовательных воздействий, с другой — не выходящих за пределы индивидуально допустимых для данного ребенка, с целью не допустить образовательной и социальной дезадаптации.

Таким образом, рассматривая любого ребенка с ограниченными возможностями адаптации как основного субъекта инклюзивной образовательной среды, можно конкретизировать цели и задачи сопровождения: Непрерывное поддержание силами всех специалистов — субъектов образовательного процесса равновесной ситуации между реальными возможностями ребенка по амплификации образовательных воздействий (определяемых, в первую очередь, закономерностями индивидуального развития ребенка) и объемом, динамическими показателями этих образовательных воздействий, со стороны педагогов, родителей, других субъектов образовательного процесса. Подобная

формулировка позволяет подойти к пониманию процесса сопровождения как к регулируемой динамической системе, с отрицательной обратной связью. Резюмируя, можно определить, по крайней мере, два методологических подхода к определению понятия «сопровождение» и его содержания применительно к практике психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ, включаемого в инклюзивное пространство школы. Первый подход базируется на понимании сопровождения как: проектирования образовательной среды, исходящее из общегуманистического подхода к необходимости максимального раскрытия возможностей и личностного потенциала ребенка (создания условий для максимально успешного обучения данного конкретного ребёнка), опираясь на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста как критерии адекватности образовательных воздействий, в логике собственного развития ребенка, приоритетности его потребностей, целей и ценностей (М.Р. Битянова, 1997, 1998). Второй — на понимание процесса сопровождения как: Поддержание функционирования ребенка в условиях оптимальной для успешного раскрытия своего личностного потенциала и успешности амплификации образовательных воздействий за счет не допустимости его дезадаптации (М. М. Семаго, 2003). Несмотря на внешнюю «одинаковость» семантических и содержательных «полей» обоих подходов — последнее исходит из понимания ограниченности индивидуальных возможностей адаптации ребенка да же в специально созданной адаптивной образовательной среде и базируется на определении критериев зоны дезадаптации и зоны риска по дезадаптации как границ, за которые в своем воздействии образовательная среда не должна выходить. Последнее и определяет содержание деятельности всех специалистов психолого-педагогического сопровождения, в первую очередь, в рамках разработки индивидуальной образовательной программы, ее основных системообразующих компонентов.

В общем виде психолого-педагогическое сопровождение как процесс — целостная деятельность всех субъектов образовательного процесса будет

определяться следующими тремя основными взаимосвязанными компонентами:

1. Систематическим отслеживанием психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития в процессе обучения.
2. Созданием социально-психологических условий для развития личности каждого ребенка, успешности его обучения.
3. Созданием специальных социально-психологических и образовательных условий для сопровождения и помощи в обучении и развитии детей с ОВЗ (в образовательной парадигме — особыми образовательными потребностями).

Подобные определения можно отнести не только непосредственно к ребенку с ОВЗ, но и ко всем остальным детям, включенным в инклюзивное пространство класса. В соответствии с этими компонентами процесса сопровождения определяются конкретные формы и содержание работы специалистов сопровождения: комплексная диагностика, развивающая и коррекционная деятельность, консультирование и просвещение педагогов, родителей, других участников образовательного процесса, деятельность по определению и корректировке компонентов индивидуальной образовательной программы (в структуре реализации индивидуального образовательного маршрута). Каждое направление включается в единый процесс сопровождения, обретая свою специфику, конкретное содержательное наполнение. В тоже время реализация подобных целей и задач, определение форм и содержательное наполнение деятельности субъектов образовательного пространства требует определения критериев создания и поддержания оптимальности и эффективности сопровождения как равноценной составляющей инклюзивного образовательного процесса в целом. В качестве критериев необходимо определить такие показатели существования ребенка (всех детей) в инклюзивном образовательном пространстве, которые отражают ситуацию равновесия между образовательными воздействиями со стороны среды и эффективностью



обучения и развития ребенка в целом, проявляющие себя в оптимальном включении этих образовательных воздействий в психические структуры. В отечественной психологической науке этот процесс получил название амплификация.

Таким образом, с одной стороны образовательные воздействия должны быть индивидуально максимально-оптимальными, с другой — индивидуально допустимыми, то есть не превышать пределов индивидуальных адаптационных возможностей ребёнка, группы детей в целом. В этом «ключе» понимание целей и задач сопровождения детей всех категорий (в том числе и с нормативным развитием), определение непосредственного содержания этого процесса с точки зрения деятельности соответствующих образовательных подразделений и структур должно находиться на путях: поддержания оптимальной адаптации ребенка/детей к воздействиям образовательной среды; на основе определения индивидуальных образовательных возможностей ребенка создание и поддержание условий для оптимальности образовательных воздействий, их амплификации и, тем самым, полноценного «природосообразного» развития ребенка адекватного в данной образовательной ситуации и данном образовательном учреждении. Из вышесказанного следует, что одной из первостепенных задач сопровождения является определение критериев максимально-оптимально допустимых образовательных воздействий (как в количественной, так и качественной представленности). Одной из возможных дефиниций понятия «сопровождение ребёнка в образовательной среде» является создание ситуации как путем оптимальной организации этой образовательной среды с приспособлением ее к возможностям ребенка, так и специально организованного «доразвития» (в рамках индивидуально-ориентированного обучения и реализации коррекционно-развивающих программ компонента ИОП). В этом случае силами основных участников образовательного процесса — педагогов и специалистов сопровождения создается оптимальное для ребенка с ОВЗ равновесие между

образовательными воздействиями (адаптацией образовательной программы, характером и организацией межличностного взаимодействия, в том числе мотивационных воздействий, структурно-топологической организацией образовательного пространства, тьюторским сопровождением ребенка и т. п.) и его (ребёнка) индивидуальными амплификационными возможностями. Подобное равновесное состояние должно поддерживаться для каждого от дельного момента нахождения ребенка в инклюзивном образовательном пространстве, то есть иметь динамический характер.

Таким образом, одним из качественных критериев эффективности психолого-педагогического сопровождения ребенка является «нахождение» ребенка в индивидуально-адаптивной зоне уровня образовательных воздействий и динамический контроль изменения показателей адаптации для «недопущения» сдвига этих показателей в пограничную и, тем более, дезадаптивную зону, что может достигаться как за счет индивидуально-специфической для каждого ребенка организации образовательной среды в целом (индивидуализация образовательной, в том числе коррекционной программ), так и в результате поддержания амплификационных возможностей ребенка развивающими и/или коррекционными средствами всеми специалистами, включенными в сопровождение. Исходя из этого, определяется весь «веер» психолого-педагогических технологий, используемых специалистами психолого-медико-педагогического консилиума, а также и разработка основного компонента индивидуальной образовательной программы — адаптированного учебного материала, который и будет составлять содержание учебного процесса. При этом нельзя забывать и об еще одном компоненте ИОП — социализации включаемого ребенка. Этот процесс является неотъемлемой составляющей индивидуальной образовательной программы. В целом его также можно отнести к психолого-педагогическому сопровождению. Причем социализацию включаемого ребёнка нельзя рассматривать в отрыве от социализации всех остальных детей класса, группы. Фактически это

полисубъектный процесс (по И.В. Вачкову) и, следовательно, ориентирован, по крайней мере, на двух субъектов сопровождения: ребенка с ОВЗ и других детей, окружающих его в образовательном пространстве.

Таким образом, мы видим, что сопровождение рассматривается как одна из форм педагогической поддержки. Сущность сопровождения заложена в этимологии самого слова. Сопровождать - значит сопутствовать, идти вместе, быть рядом и помогать. Сопровождение – это не единовременная помощь, а долговременная поддержка ребенка, в основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения его актуальных проблем. В отличие от коррекции сопровождение предполагает не «исправление недостатков», а поиск скрытых ресурсов человека, опору на его собственные возможности, и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей [36].

## **1.2 Содержание процесса психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья**

Под индивидуальным сопровождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья понимается комплекс мер, направленных на развитие личности ребенка, имеющего жизненные ограничения, в ходе которого формируется адекватное восприятие собственного «Я» и окружающей действительности, устойчивость к внешним и внутренним травмирующим воздействиям, способность адаптироваться в окружающую среду и эффективно с ней взаимодействовать.

Основная цель индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья – ценностное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей при помощи комплекса разнообразных социально-педагогических, социально-психологических средств.

Система индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья обеспечивает возвращение ребенка, получившего инвалидность, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включение его в систему общественных отношений.

Компонентами такого сопровождения в условиях общеобразовательной школы, на наш взгляд, являются следующие: диагностический, консультационный, практический, прогностический и социально-реабилитационный [32].

Диагностический компонент представляет собой изучение личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его взаимоотношений со средой.

Реализация диагностического компонента предполагает: изучение личности самого ребенка, состояние его интеллектуальной, эмоциональной, волевой и других сфер. В процессе диагностики изучаются возможности и имеющиеся у ребенка способности, особенности течения его заболевания, степень влияния имеющегося дефекта на общий уровень развития и восприятие своего «Я», а также особенности его взаимоотношений с ближайшим окружением, положение в семье и возможности включения в детскую группу.

Проведенное комплексное диагностическое исследование позволяет выделить основные затруднения, которые испытывает ребенок в отношении восприятия себя и имеющегося дефекта, дать общую характеристику развития его личности и отношений с окружающей средой.

Консультационный компонент индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья представляет собой организацию консультирования данной категории детей. Консультации детей должны носить индивидуальный характер, они направлены на преодоление тех затруднений, которые испытывает ребенок.

Практический компонент предполагает выбор и реализацию конкретных мер, средств и форм социально-педагогической и социально-

психологической помощи ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Реализация практического компонента включает несколько этапов: подготовительный, решения возникающих в ходе обучения проблем, или основной.

На первом этапе осуществляется подготовка ребенка с ограниченными возможностями здоровья и членов его семьи к обучению.

Вторым, или основным этапом реализации практического компонента социально-педагогической помощи, является этап решения возникающих в процессе обучения проблем. У здорового ребенка начало обучения в школе – это определенный кризис, который в литературе принято называть «кризисом первых недель обучения». Для ребенка с ограниченными возможностями здоровья адаптационный период больше по времени и сопряжен с решением проблемы, возникших в результате того или иного дефекта, научиться включаться в разнообразную деятельность, находить ей альтернативу, если ограничения, заданные дефектом, не дадут ему возможности ее выполнения [41].

Следующим компонентом индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательной школы является прогностический компонент.

Прогнозирование – это определение потенциальных возможностей ребенка к обучению в условиях массовой общеобразовательной школы. При прогнозировании таких возможностей специалист должен изучить особенности дефекта, имеющиеся у ребенка с ограниченными возможностями здоровья, влияние его последствий на его жизнедеятельность и тенденции развития последствий дефекта.

Еще одним компонентом индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья является социально-реабилитационный компонент.

Реабилитация – это целенаправленный процесс, осуществляемый с помощью медицинских средств, а также средств специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки, направленный на устранение или смягчение дефектов развития [45]. В процессе реабилитации компенсируются функции, нарушенные болезнью.

В отличие от реабилитации социальная реабилитация – это целенаправленный процесс возвращения ребенка, имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий, а также комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей.

Социально-реабилитационный компонент индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья реализуется на основе модулей сопровождения.

Модули сопровождения:

- психологическое сопровождение;
- логопедическое сопровождение;
- педагогическое сопровождение;
- социально-правовое сопровождение;
- лечебно-оздоровительное сопровождение;
- социокультурное сопровождение;
- профориентационное сопровождение.

#### 1. Психологическое сопровождение

Цель психологического сопровождения предполагает коррекцию и психопрофилактику личностной (эмоциональной, познавательной, поведенческой) сферы ребенка.

Задачи психологического сопровождения:

- предупреждение возникновения проблем развития ребенка;

- психологическое обеспечение образовательных программ;
- развитие психологической компетентности (психологической культуры) учащихся, педагогов.

Суть психологической работы с ребенком с ограниченными возможностями здоровья состоит в снятии нервно-психического напряжения; коррекции самооценки; развитии психических функций – памяти, мышления, воображения, внимания; преодолении пассивности; формировании самостоятельности, ответственности и активной жизненной позиции; преодолении отчужденности и формировании коммуникативных навыков.

В своей работе педагог-психолог использует следующие методы: беседы, индивидуальные психологические консультации, психологическую помощь, ролевые игры, тренинговые упражнения, группу психологической взаимопомощи и взаимной поддержки, как для детей с ограниченными возможностями здоровья, так и для членов их семей.

Следует выделить два направления психологического сопровождения:

- актуальное, ориентированное на решение уже имеющихся трудностей, возникших у ребенка;
- перспективное, ориентированное на профилактику отклонений в обучении и развитии.

Оба направления могут быть реализованы только совместными усилиями всех специалистов службы сопровождения.

## 2. Педагогическое сопровождение

Социально-педагогическое сопровождение – это процесс своевременной помощи ребенку на основе постоянного отслеживания изменений в процессе его развития, адаптации его в детском коллективе и развития компенсаторных механизмов.

Основная функция социально-педагогического сопровождения – это фасилитация процесса социальной адаптации ребенка-инвалида в условиях обучения в массовой общеобразовательной школе.

Мы в своем исследовании под социальной фасилитацией понимаем облегчение процесса социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях школы. Говоря иными словами, мы должны помочь им в решении проблемных ситуаций.

Задачи педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

- предупреждение возникновения проблем развития ребенка;
- помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации;
- обеспечение соответствующих образовательных программ;
- развитие педагогической компетентности учащихся, педагогов.

Педагогическое сопровождение можно рассматривать в нескольких аспектах: как профессиональную деятельность педагога, способного оказать помощь и поддержку в индивидуальном образовании ребенка; как процесс, содержащий комплекс целенаправленных последовательных педагогических действий, помогающих ученику сделать нравственный самостоятельный выбор при решении ребенком образовательных задач; как взаимодействие сопровождающего и сопровождаемого; как технологию, включающую ряд последовательных этапов деятельности педагога и других специалистов по обеспечению учебных достижений учащимися.

Таким образом, педагогическое сопровождение направлено на обеспечение двух согласованных процессов:

1) сопровождение развития ребенка и сопровождение процесса его обучения, воспитания, и развивающую работу, направленную на раскрытие потенциальных возможностей ребенка, достижение им оптимального уровня развития;

2) комплексная технология сопровождения, особый путь поддержки ребенка, помощи ему в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации.



Педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья мы будем рассматривать как комплексную технологию педагогической поддержки и помощи ребёнку в решении задач обучения, воспитания, социализации со стороны специалистов разного профиля, действующих согласованно.

Педагогическое сопровождение образовательной деятельности всегда персонифицировано и направлено на конкретного ученика, даже если педагог работает с группой. Субъектами педагогического сопровождения индивидуальной образовательной деятельности учащегося являются: классный руководитель, психолог, социальный педагог. Объектом педагогического сопровождения является ученик, который имеет свой опыт обучения, взаимодействия со взрослыми, другими учащимися, свой особый характер личностного и индивидуального развития. Особенности конкретного ребенка влияют на содержание и формы педагогического сопровождения его индивидуальной образовательной деятельности.

Индивидуальная программа педагогического сопровождения может решать следующие проблемы:

- 1) помощь в разрешении трудностей в обучении,
- 2) помощь во взаимоотношениях с окружающими (учителями, сверстниками, родителями).

Педагогического сопровождения может быть представлена следующими содержательными направлениями работы:

- постановка проблемы на основе повышения информированности заинтересованных лиц о субъекте сопровождения, стоящих задачах и целях сопровождения;
- коллегиальное обсуждение проблемы сопровождения (участвуют в этом процессе все педагоги, имеющие отношение к данному ученику или проблеме, родители, специалисты);
- рефлексивность деятельности педагогов, аккумуляция и трансляция педагогического опыта, что достигается отслеживанием динамики процесса

сопровождения, возникших проблем, организацией обратной связи, фиксацией идей и предложений, анализом результатов предыдущей работы.

### 3. Профессиональное сопровождение.

Особое место в работе с ребенком с ограниченными возможностями здоровья отводится профессиональному обучению таких детей, которое заключается в профессиональной ориентации и профессиональной подготовке.

Основная задача, стоящая перед специалистами, состоит в том, чтобы на основе использования различных форм и методов групповой и индивидуальной работы с детьми подготовить их к обоснованному выбору профессии с учетом их индивидуальных особенностей.

Формы и методы профориентационной работы в процессе трудового обучения используются разнообразные:

- профориентационный рассказ или беседа;
- занятия в кружках по интересам;
- освоение трудовых навыков, проба себя в различных видах труда в группах;
- экскурсия на предприятия, профессиональные учебные заведения, в службу занятости;
- встреча с различными специалистами; использование средств массовой агитации: изготовление стендов, фотоальбомов, участие в конкурсах, выставках;
- цикл занятий «Основы производства. Выбор профессии» и т.д.

Профориентационную работу можно разделить на ряд этапов:

- на первом этапе (младший школьный возраст) осуществляется подготовка детей к трудовым усилиям, ознакомление их с профессиями (с учетом возрастных особенностей), формирование у них потребности своим трудом приносить пользу другим. Достичь этого можно включением детей в посильный общественно-полезный труд, в различные виды учебной и трудовой деятельности;

- на втором этапе (10-12 лет) дети включаются в общественно-полезный труд, у них формируются общественно-значимые мотивы выбора профессии, интерес к конкретной трудовой деятельности;

- на третьем этапе (12-14 лет) у детей должны быть сформированы систематические знания, а также умение ориентироваться в мире профессий, интерес к конкретной профессии.

- на четвертом этапе (14-17 лет) основное внимание должно быть обращено на социально-профессиональную направленность подготовки к труду в сфере материального производства с учетом их психофизических возможностей.

#### 4. Логопедическое сопровождение

Цель логопедического сопровождения предполагает коррекцию и развитие речи ребенка с проблемами в развитии.

Коррекционная логопедическая работа проводится с детьми, имеющими нарушения речи, специфические нарушения навыков письма и чтения.

Основные направления работы:

- совершенствование движений и сенсомоторного развития.
- развитие мелкой моторики кистей и пальцев рук.
- развитие артикуляционной моторики.
- коррекция отдельных сторон психической деятельности.
- развитие зрительной памяти и внимания.
- формирование обобщённых представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина).
- развитие пространственных представлений и ориентации.
- развитие представлений о времени.
- развитие слухового внимания и памяти.
- развитие фонетико-фонематических представлений, формирование звукового анализа.

#### 5. Социокультурное сопровождение

Социокультурное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья направлено на полную интеграцию каждого ребенка в обычную социокультурную жизнь. Основные направления работы:

- разработка и внедрение технологий реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием средств культуры и искусства (гарденотерапия, зоотерапия, глиноотерапия, сказкотерапия, музыкотерапия, эстетотерапия, арттерапия, изотерапия, библиотерапия, и другое);

- разработка и внедрение комплексной методики музыка-, свето- и арттерапии;

- проведение различных культурно-массовых мероприятий, посвященных празднованию Нового года, проходам зимы, Всероссийской декады инвалидов, фестивалей, конкурсов;

- проведение спортивно-оздоровительных мероприятий, что позволяет детям преодолевать страх, формировать культуру отношения к еще более слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым;

- организация экскурсионных поездок;

- проведение профориентационно-кружковой работы с детьми-инвалидами: обучение компьютерной грамотности, бисероплетению, современному моделированию одежды, индивидуальные занятия на дому по декоративно-прикладному искусству;

- посещение мероприятий, проводимых в учреждениях культуры и спорта города, театрах, музеях и библиотеках города.

#### 6. Социально-правовое сопровождение.

Цель социально-правового сопровождения состоит в ознакомлении обучающихся и семью с правами и основными свободами человека и развитии навыков социальной компетенции и правового поведения.

По нашему мнению, в контексте получения образования детьми с ОВЗ следует выделить два уровня организации правовой материи. Первый уровень – законодательные нормы, закрепляющие право каждого на получение образования, а в случае возникновения особых образовательных потребностей или трудностей в обучении, право на получение образования в специальных условиях. Второй уровень – нормы отраслевых подзаконных актов, устанавливающие порядок реализации права на специальное образование, дифференциацию круга субъектов в целях наилучшего обеспечения для них образовательных условий.

Необходимо разграничить нормы правового регулирования в социальной и образовательной сферах. Реализация права на получение образования в специальных условиях должна определяться критериями психолого-педагогического характера на основании комплексного обследования ребенка, прогностической оценке его обучаемости, использования коррекционно-развивающих методов, создания индивидуальных планов и программ обучения.

Для защиты интересов детей с ограниченными возможностями здоровья необходима единая терминология, содержание которой должно определяться, прежде всего, законодательством РФ в сфере образования.

#### 7. Лечебно-оздоровительное сопровождение.

Цель лечебно-оздоровительного сопровождения включает формирование привычек здорового образа жизни, оздоровление обучающихся, профилактика соматических заболеваний, развитие способности справляться со стрессами и болезнями.

Таким образом, система индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательной школы выполняет ряд функций.

Компенсаторная функция заключается в создании условий, обеспечивающих развитие детей-инвалидов с использованием путей и

средств, «превращение минусов дефекта в плюсы компенсации» (Л.С. Выготский).

Стимулирующая функция направлена на активизацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья в процессе общения.

Развивающая функция предполагает создание условий для нормальной социализации детей-инвалидов.

Коррекционная функция – процесс индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья – предполагает коррекцию травмирующих воздействий на ребенка и нейтрализацию факторов, вызывающих вторичные или психологические последствия дефекта.

Анализ психолого-педагогической литературы по исследуемой в работе проблематике, практического опыта педагогического коллектива школы г. Красноярска позволил нам разработать критерии эффективности данного вида помощи.

По результатам нашего исследования таковыми являются:

- когнитивный критерий, предполагающий систему знаний специалистов о проблеме детской инвалидности, действиях последствий дефекта на развитие личности ребенка, проблеме компенсации дефекта;
- критерий субъектности, выражающийся в том, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья является не пассивным объектом процесса оказания ему помощи, а активным его участником;
- критерий эмоциональной комфортности, представляющий собой умение обеспечить оптимальные условия для комфортного обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и реализации имеющихся у него возможностей;
- действенно-практический критерий, рассматриваемый как система умений и навыков специалистов по организации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Принципами, лежащими в основе организации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья являются: персонификации (индивидуальный характер помощи каждому обучающемуся ребенку), мотивации (формирование внутреннего побуждения к взаимодействию у ребенка-инвалида), гуманности (требует внимательного, доброго отношения к ребенку-инвалиду, умения сосредоточиться на его проблеме и понять ее), сотрудничества и взаимодействия субъектов оказания данного вида помощи на основе диалога, сотрудничества и взаимного партнерства (при оказании ребенку социально-педагогической помощи необходимо тесное сотрудничество с его семьей; только понимание родителями значимости такой помощи и участие в ее оказании ребенку обеспечат положительные результаты данному процессу), принцип развивающей среды (социальная среда, в которой находится ребенок, должна способствовать действию компенсаторных механизмов его организма и нормальному развитию его личности, реализации имеющихся у него потребностей в соответствии с теми возможностями, которыми обладает данный конкретный ребенок).

Процесс индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья будет способствовать его нормальной адаптации при следующих условиях: формирование у ребенка понимания своего дефекта и действия его последствий как иной, чем у здоровых детей, путь развития и участия в жизнедеятельности; ориентация в его ходе на субъектное включение ребенка и его семьи в данный процесс; создание специальной развивающей среды как формы жизнедеятельности ребенка.

Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями имеет целью помочь такому ребенку адаптироваться к условиям и требованиям современного общества, содействовать саморазвитию личности, способной к самопознанию и максимальной самореализации интеллектуальных, физических и творческих способностей.

К сожалению, на сегодняшний день в России мало разработана целостная, эффективная система организации индивидуального сопровождения детей с ограниченными возможностями и включения их в социальную жизнь и гарантирующая им полноценную социальную защиту, возможности удовлетворения основных потребностей, реализацию интересов. Слабо разработана в научном смысле и проблема индивидуального сопровождения данной категории детей в условиях общеобразовательной школы.

Служба индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это объединение специалистов разного профиля, осуществляющих процесс сопровождения, т.е. совокупность последовательных действий, позволяющих создать условия для оптимального развития, социальной адаптации и интеграции ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общество.

Индивидуальное сопровождение детей в образовательном учреждении предполагает создание условий для выявления потенциальной и реальной «групп риска» (то есть детей, находящихся под воздействием одного или нескольких факторов риска) и гарантированную помощь тем детям, которые в ней нуждаются. Такой метод работы является противоположностью так называемому, «заявительному» сопровождению, в логике которого центры (или соответственные службы) работают только с теми детьми, по поводу которых в центр обратились родители (или педагоги). Часто именно те, кто более всего нуждается в поддержке, выпадают из круга заботы и внимания взрослых.

Таким образом, основной целью индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья будет являться развитие его личности в рамках социальной адаптации ее к условиям окружающей среды. Ведущее лицо в системе индивидуального сопровождения должно обладать знаниями не только в области специальной педагогики, но и в



области возрастной и специальной психологии, логопедии, педагогики и других науках.

### **1.3 Психолого-физиологические особенности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

Чрезвычайно актуальной является проблема интеграции детей с двигательными нарушениями в общество здоровых людей, превращение их в активных членов этого общества.

Успешность социальной интеграции лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата зависит от особенности их личности. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что дети с двигательными недостатками имеют ряд неразрешенных психологических проблем, связанных с негативным воздействием их микросоциального окружения и психогенной травматизацией в связи с наличием физического дефекта. Для них характерны дезадаптационные срывы и кризы, проявляющиеся в перенапряжении эмоциональной сферы и поведенческих нарушениях. Решающее значение в социальной адаптации и интеграции имеют индивидуальные особенности развития ребенка, которые представляют собой компенсаторный потенциал личности и позволяют выработать адекватные условиям среды формы поведения и жизнедеятельности. При этом важную роль играет своевременная и эффективная диагностика, профилактика и коррекция поведенческих, нервно-психических, патохарактерологических расстройств [44].

Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейдю. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП

развивается в результате поражения головного и спинного мозга, от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах [34].

К основному симптому ДЦП — двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром.

В 1983 году Л.О. Бадалян (4) предложил назвать детские церебральные параличи «дизонтогенетические постуральные дискинезии». Автор справедливо отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» [12].

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций [38].

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять: пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего

встречаются комбинации таких факторов, действующих на разных этапах развития [34]. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения головного мозга во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде), т. е. в период его интенсивного развития. Наибольшее значение в возникновении детского церебрального паралича придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов [43]. Детский церебральный паралич возникает в результате недоразвития или же повреждения мозга в раннем онтогенезе. В данном случае наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария. Именно они и регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Стоит отметить, что ведущими в клинической картине детских церебральных параличей являются двигательные нарушения. Они нередко сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций многих других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием [43]. Для непосредственного анализа роли внутриутробного поражения мозга плода в этиологии детского церебрального паралича обязательно нужно учитывать критические периоды, когда происходит наиболее интенсивный процесс развития тех или иных органов и систем. Физиологическую основу развития нервной системы разработал П. К. Анохин в своей теории системогенеза. Первое положение или принцип теории системогенеза состоит в том, что раньше всего в эмбриогенезе созревают и готовы к функционированию те функциональные системы, которые обеспечивают наиболее важные приспособительные реакции, необходимые к моменту рождения. Второе положение касается хода развития функциональных систем. Развивающиеся вначале как независимые отдельные компоненты функциональной системы (соматические и нервные,

периферические и центральные) в определенный момент объединяются, и в этот критический момент «ведущее значение приобретает центральный компонент системы, придающий окончательную физиологическую архитектуру этой системе». Третий принцип системогенеза относится к характеристике функциональных систем на самых первых этапах их консолидации и назван Анохиным принципом минимального обеспечения. Он состоит в том, что с момента консолидации функциональная система «становится уже в какой-то степени продуктивной задолго [10] до того, как все ее звенья получают окончательное, структурное оформление» [10]. Иначе говоря, функциональная система, сложившись как целостное образование, способна играть приспособительную роль намного раньше и задолго до того, как она полностью и окончательно созреет. Ее дальнейшее совершенствование идет как развитие этого исходного целого, а одним из существенных аспектов этого является переход от диффузных, генерализованных форм активности к более локальным.

Согласно воззрениям А.А. Волохова (1951), формирование функций нервной системы в онтогенезе протекает в виде последовательного проявления характерных фаз рефлекторной деятельности, каждая из которых обусловлена морфологическим и функциональным созреванием определенных отделов периферической и центральной нервной системы. При этом важным фактором, влияющим на формирование фаз рефлекторной деятельности, является то, что позже созревающие отделы мозга уже в эмбриогенезе оказывают регулирующее (тормозящее) влияние на функции ранее сформировавшихся отделов [22].

В настоящее время насчитывается более 400 факторов, способных нарушать ход нормального внутриутробного развития плода. В свою очередь, для возникновения мозговой патологии большое значение имеют наследственные особенности организма, период развития зародыша, а также многие специфические свойства и интенсивность воздействия самого повреждающего фактора [10]. К вредным факторам, действующим на плод

внутриутробно и вызывающим детский церебральный паралич, относят инфекционные заболевания матери (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз и др.). Названные заболевания угрожают возможностью перехода инфекции из крови матери через плаценту в систему кровоснабжения плода и поражением его центральной нервной системы.

Также к факторам, которые неблагоприятно действуют на развитие плода в период беременности, относятся сердечно – сосудистые и эндокринные нарушения матери, излучение, а также токсикозы беременности и иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Отметим, что одним из вредоносных факторов возникновения двигательных нарушений является внутриутробная гипоксия. При хронической гипоксии страдает прежде всего развитие нервной системы. Развитие плода в условиях хронической гипоксии нарушается, может иметь место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, недостаточность адаптационных механизмов, пониженная сопротивляемость к действию вредных факторов.

У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую возможность для возникновения родовой травмы, которая в свою очередь усугубляет изменения, возникшие внутриутробно. В настоящее время асфиксия и родовая травма как возможные причины детского церебрального паралича оцениваются с учетом особенностей внутриутробного развития плода и часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. В результате кислородного голодания могут возникать изменения во многих органах и тканях, и прежде всего в нервной системе.

Многими авторами было показано, что даже при сравнительно неглубокой асфиксии, когда нет еще грубых структурных повреждений нервных клеток, всегда имеет место нарушение обмена веществ [30]. Особенно чувствительна к недостатку кислорода кора головного мозга.

Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме. Это связано с тем, что у незрелого плода недоразвита сосудистая система, недостаточно эластичны сосудистые стенки и большая склонность их к разрывам, слабая сердечная деятельность, недоразвит дыхательный центр. Слишком быстрые роды (меньше двух часов), выдавливание плода, долгое стояние головки в родовых путях, тугое обвитие пуповиной и пр. могут вызвать мелкоточечные кровоизлияния в нижние отделы ЦНС. Последствия этих нарушений могут быть самыми разными: от повышенного мышечного тонуса и задержки речи до серьезных проблем с двигательной активностью. Также существуют и послеродовые факторы, способные влиять на мозг новорожденного. К ним относятся нейроинфекции: менингит и энцефалит. Также имеют место травмы, инсульты младенцев. Зафиксированы случаи постпрививочных осложнений в виде нарушений двигательной сферы.

Структурные изменения мозга у детей с ДЦП подразделяют на 2 группы: неспецифические изменения самих клеток; изменения, связанные с нарушением развития мозга, т.е. с дизонтогенезом.

В работах К.А. Семеновой с соавторами выделены три основные стадии течения ДЦП: ранняя стадия - первые месяцы жизни; ранняя резидуальная - первые годы жизни и поздняя резидуальная с 2-4 до 16 лет. Ранняя стадия характеризуется острыми нарушениями гемо- и ликвородинамики, возникающими в процессе родов. Это вызывает у ребенка значительные нарушения регуляции мышечного тонуса по типу экстензорной ригидности. Кроме того, прогностическими симптомами ДЦП являются не только нарушения мышечного тонуса, но и наличие стойких позотонических (детских) рефлексов, задержка в развитии движений, наличие атипичных движений. В большинстве случаев наблюдается задержка психического и речевого развития. У некоторых больных проявления задержки в развитии психоречевых функций с возрастом сглаживаются, однако у подавляющего большинства детей с ДЦП задержка психического развития носит стойкий

характер и проявляется на последующих стадиях. Ранняя резидуальная стадия ДЦП продолжается в зависимости от формы и тяжести заболевания от нескольких месяцев до трех-четырех лет. Эта стадия является непродолжительной при двойной гемиплегии и тяжелой спастической диплегии. Она характеризуется тем, что активность тонических рефлексов у ребенка остается и даже может нарастать. Установочные рефлексы не формируются, или формируются их элементы. Произвольная моторика у ребенка резко задерживается в своем развитии.

Кроме того, нарастают патологические синергии, формируются патологические двигательные стереотипы. Третью стадию условно называют конечной стадией заболевания. Она характеризуется окончательным развитием патологического двигательного стереотипа, организацией контрактур и деформаций на основе неврологических синдромов, которые развиваются в течение первых стадий заболевания. Внутри этой стадии К.А. Семенова выделяет две подстадии: - конечная стадия первой степени характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребенку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладевать письмом, теми или иными элементами самообслуживания, трудовыми процессами. Речь ребенка может развиваться нормально или могут иметь место негрубые речевые нарушения; - конечная стадия второй степени может наступить очень рано, в первые месяцы жизни ребенка. У ребенка быстро нарастают массивные, множественные артрогенные контрактуры, тяжелые деформации. Как правило, у детей наблюдается выраженное недоразвитие интеллектуального и речевого развития [29].

Таким образом, детский церебральный паралич (ДЦП) – это полиэтиологическое заболевание, которое возникает в результате поражения головного мозга внутриутробно, во время родов и в раннем периоде развития, клинически проявляющееся наличием двигательных нарушений, часто сочетающихся с изменениями психики, речи, зрения, слуха.

Клинические проявления детского церебрального паралича разнообразны. Поскольку термин ДЦП не может включить в себя все многообразие патологических сдвигов, возникающих при этом заболевании, уже много лет ведутся поиски и разработки оптимальной классификации этого страдания. Ведущее место занимают двигательные нарушения. В исследованиях Н. А. Бернштейна, а затем и А. Р. Лурия, было показано, что при нормальном развитии премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикальной и экстрапирамидной системами [5]. Это отражается на характере нарушений. При премоторном дефекте возникает дисфункция «кинетической мелодии» движения [46]. Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных не связанных друг с другом элементов.

При постцентральных нарушениях коры головного мозга наблюдается так называемая афферентная апраксия с недостаточностью коркового анализа кинестетических импульсов, выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений [46]. Предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основываются на этиологических признаках, характере клинических проявлений. Классификация К.А. Семеновой базируется не только на клинических, но и морфологических признаках. В зависимости от преимущественного характера двигательных нарушений выделяют пять основных форм детского церебрального паралича: двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гемипаретическая, гиперкинетическая и атонически-астатическая формы. На практике выделяют еще смешанную форму ДЦП. Остановимся на кратком описании клинических форм ДЦП [51].

Двойная гемиплегия характеризуется особой тяжестью поражения как верхних, так и нижних конечностей. В данном случае руки поражены так же тяжело, как и ноги. Основной признак-преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием позотонических рефлексов. Произвольная моторика резко ограничена или отсутствует. При этом ребенок не держит



голову или держит ее очень неуверенно, не сидит, не стоит. Функции рук практически не развиваются. У 90% детей с двойной гемиплегией присутствуют грубые нарушения интеллекта, грубые нарушения речи в виде анартрии или тяжелой степени дизартрии. Более 50% таких детей страдают от судорог.

При спастической диплегии также имеет место поражение всех четырех конечностей. Это фактически та форма ДЦП, которая носит название «Болезнь Литтля». Названная форма детского церебрального паралича диагностируется у 50 % всех случаев. В данном случае ноги поражены больше, чем руки. Поражение верхних конечностей может быть различно: от выраженных парезов до незначительных нарушений мелкой моторики рук, выявляемой только лишь при специальном исследовании. Основным признаком данной формы ДЦП - спастичность в конечностях, обусловленная повышенным мышечным тонусом, ограничение силы и объема движений из-за парезов и параличей, позотонических рефлексов. Нарушения психики чаще проявляются в виде задержки психического развития, которая может быть компенсирована в результате коррекционно-развивающих занятий. При спастической диплегии речевые и интеллектуальные нарушения наблюдаются примерно у 50—60% детей. Речевые расстройства чаще всего наблюдаются в виде дизартрии. Также имеет место задержка речевого развития и моторная форма алалии. Может отмечаться умственная отсталость различной степени тяжести. Среди учащихся специальных школ 40—50% составляют дети со спастической диплегией.

Гемипаретическая форма характеризуется односторонними двигательными нарушениями. Различают правосторонний (поражено левое полушарие мозга) и левосторонний гемипарез (поражено правое полушарие мозга). Подобная форма отмечается у 20 – 25 % детей, страдающих церебральным параличом. Правосторонний гемипарез наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. Двигательными навыками дети

овладевают позже здоровых сверстников. Объем спонтанных движений ограничен. Паретичная рука в большей степени приведена к туловищу. Кисть сжата в кулак. Большой палец приведен. Ходить дети начинают с опозданием на один – два года. Им свойственна специфичная походка – «ходьба сенокосца». При этом здоровая сторона тела выносится вперед, а паретичную оставляют несколько сзади («ходьба сенокосца»). Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. У детей отмечается замедление роста костей, а отсюда — укорочение паретичных конечностей. Атрофированные конечности отстают в развитии, рука обычно в большей степени, чем нога. Нарушения интеллекта зависят от степени поражения головного мозга – от легкой задержки психического развития до грубой интеллектуальной недостаточности. В речевом плане выявляется дизартрия либо, если задеты речевые центры Брока и Вернике в левом полушарии, то алалия.

Гиперкинетическая форма связана с поражением подкорковых отделов мозга. Одна из причин - несовместимость матери и плода по резус – фактору во внутриутробном периоде и кровоизлияния в мозг во время родов или во младенчестве. Нарушения движений связаны как с патологией мышечного тонуса, так и с наличием непроизвольных насильственных движений (гиперкинезов), различных по характеру и степени выраженности. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Все произвольные движения дискоординированные, размашистые, затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и

ходить. Очень поздно (лишь к 2—4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно осваивают стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда только в 9—12 лет. При этой форме интеллект чаще нормальный. Однако почти у 90% детей отмечаются тяжелые нарушения речи в виде дизартрии. Слух нарушен примерно у 10—15% детей, наблюдаются судороги [46].

Атонически-астатическая форма ДЦП связана с поражением мозжечка и в некоторых случаях сочетается с поражением лобных отделов коры головного мозга. Характеризуется в первую очередь недоразвитием реакций равновесия, а также определенным нарушением координации движений в сочетании с низким мышечным тонусом во всех группах мышц. Функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Сидение формируется к 1—2 годам, стояние и ходьба — к 6—8 годам или позже. Длительное время эти функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, тело совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм.

Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и выполнение трудовых и учебных операций (письмо, рисование). Стоит отметить, что при данной форме довольно часто можно встретить речевые расстройства в виде задержки речевого развития, дизартрии, может иметь место моторная алалия. При поражении лобных отделов мозга дети малоэмоциональны, безразличны к окружающим, малоинициативны, могут быть очень агрессивными. Интеллект широко варьирует от нормального или задержанного психического развития до атипичной формы олигофрении различной степени

тяжести. Эта форма заболевания встречается у 10—15% учащихся специальных школ.

Наиболее часто встречающаяся смешенная форма ДЦП. При ней имеются сочетания всех перечисленных выше форм: спастико-гиперкинедическая, гиперкинетически-мозжечковая и так далее. Нарушения речи и интеллекта встречаются с той же частотой. Иногда заболевание протекает как спастическая форма, а в дальнейшем появляются и проявляются все отчетливее гиперкинезы.

По двигательному дефекту различаются три степени тяжести ДЦП при всех перечисленных формах заболевания: легкая — физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания; средняя — дети нуждаются в частичной помощи окружающих при движении и самообслуживании; тяжелая - дети целиком зависят от окружающих.

Значительно ухудшает течение ДЦП наличие у больных гипертензионного, гидроцефального, судорожного синдромов; нарушение функций гипоталамуса, всей гипоталамо-гипофизарно-надпочечной системы, адаптирующей организм к внешней среде.

Психологические особенности детей с ДЦП. В исследованиях отечественных и зарубежных клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с церебральным параличом, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза [12; 49].

Поскольку при ДЦП ведущим дефектом являются двигательные нарушения, определяющие специфику психического развития детей, рассмотрим особенности формирования двигательной сферы при этой патологии.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом представляют

собой своеобразное отклонение моторного развития, которое без соответствующей коррекции оказывав неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка. У детей с ДЦП задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, с временем начал.

У некоторых детей при нерезко нарушенном мышечном тоне отмечаются явления апраксии. Такие дети с особым трудом осваивают навыки самообслуживания: одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуривания ботинок и т.п. Многие затрудняются в рисовании, конструировании и т.д. Необходимо отметить, что целенаправленные практические действия формируются в процессе двигательного опыта. Такие дети испытывают трудности в обучении письму, формированию трудовых и бытовых навыков, испытывают затруднения на уроках физической культуры.

Таким образом, двигательные расстройства у детей с ДЦП отрицательно влияют на весь ход их психического развития, формирование навыков самообслуживания, учебной и трудовой деятельности.

Патогенез нарушения познавательных процессов у детей с ДЦП чрезвычайно сложен. Вместе с патологией двигательно-кинестетической функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные, интеллектуальные и речевые расстройства, наблюдаемые у этих больных) [38; 52].

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений — например, тяжелые двигательные расстройства, могут сочетаться с легкой задержкой психического развития и остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения [28].

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1. неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

2. выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3. сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

- затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств [37].

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

При всех формах церебрального паралича имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз — невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Перцептивные расстройства у больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности. В норме кинестетическое восприятие совершенствуется у ребенка постепенно. Прикосание к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность представить себя как единый объект. Далее развивается пространственная ориентация. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП.

Чаще всего страдают отдельные корковые функции т. е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений.

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и прямоугольник [45].

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения, У них нарушен целостный образ предметов. Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений - замедленность, истощаемость психических



процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность [28].

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности — абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. Тяжелая степень

умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Следует осторожно оценивать тяжесть поражения двигательной, речевой и особенно психической сферы в первые годы жизни ребенка с двигательными нарушениями. Тяжелые нарушения двигательной сферы, речевые расстройства могут маскировать потенциальные возможности ребенка. Нередки случаи гипердиагностики умственной отсталости у детей с тяжелой двигательной патологией [42].

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры, с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнения целого и частей целого, усвоения состава числа, восприятия разрядного строения числа и усвоения арифметических знаков.

Важно подчеркнуть, что отдельные локальные нарушения высших корковых функций — пространственного гнозиса и праксиса, функции счета (последнее принимает иногда форму выраженной акалькулии) — могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако, несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной

расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом — реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков — реже, чем у детей с атетоидными гиперкинезами [28].

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью [42].

Итак, психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Перед специалистами, работающими с этими детьми, встает важная задача профилактики и коррекции этих нарушений. Конкретные задачи этой работы в отношении каждого ребенка могут быть определены только после комплексного обследования.

Описанные формы и характеристики церебрального паралича обусловлены поражением различных структур головного мозга. Тем самым, ДЦП — это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций (как у взрослых при поражении двигательных систем головного мозга), а заболевание, характеризующееся извращенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику двигательного, психического, речевого развития ребенка, приводя к своеобразной аномалии развития в целом.

Семья, в которой есть инвалид — это особая микрогруппа. Для членов такой семьи, в особенности для родителей, жизнь протекает в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Отмечается значительная частота психогенных расстройств у членов семей [29], более 40% матерей

испытывают интенсивное чувство вины, у них возникают суицидальные мысли. Отмечается также, что с годами психогенные расстройства усугубляются, так как по мере взросления ребенка ситуация усложняется. Так, опрос родителей показал, что если заботы и проблемы родителей ребенка дошкольного возраста связаны с его поведением, сном, ходьбой к обеспечением общего ухода за ним, то в школьном возрасте и особенно по окончании школы предметом тревог становятся все более сложные проблемы, касающиеся будущего ребенка, его профессионального определения, отношений с окружающими [19].

Семьи с ребенком - инвалидом часто бывают неполными, и все бремя забот ложится на одного из родителей. При этом нередко формируется как бы замкнутая система «ребенок — родитель», семья функционирует как единое целое. Воздействие на одного из членов этой диады будет неэффективным, если другой этому воздействию сопротивляется. У многих детей с церебральными параличами частыми являются страхи [34].

По данным Э. С. Калижнюк намечается некоторая корреляция между характером неврологических расстройств (формой ДЦП) и эмоциональными и характерологическими особенностями больных. Дети со спастическими параличами склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакты с окружающими, глубоко переживают дефект; больные же с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, имеют много друзей, меньше переживают дефект [38]. Личность больного ДЦП характеризуется высоким уровнем невротизации, что существенно сказывается на особенностях взаимоотношений больных с окружающими, в частности, возникает повышенная зависимость детей от взрослых, прежде всего от родителей. Этой категории больных свойственны импунитивные реакции, примиренческие позиции, уход от конфликтов, сочетающиеся с заниженной самооценкой и фиксацией на дефекте. Некоторые личностные характеристики детей с детским церебральным параличом различного возраста представлены в работах Калижнюк Э.С.,

Мамайчук И.И., И.Ю. Левченко. Авторы отмечают эмоциональную лабильность, раздражительность, беспокойство больных детей, особенно ярко проявляющееся в раннем возрасте. В более позднем возрасте у детей с церебральными параличами обнаруживается неспособность к управлению аффектами, иногда агрессивность. У них также наблюдается эгоцентризм, неспособность к планомерной систематической деятельности, повышенная возбудимость.

Также авторы отмечают, что некоторые особенности поведения: робость, тревожность, склонность к страхам и др., свойственны, именно больным ДЦП, и связывают их с наличием двигательного дефекта. Дети с ДЦП имеют сравнительно небольшой жизненный опыт. Дети общаются с малым кругом людей. Неблагоприятное влияние на развитие речи в данном случае оказывают ошибки родителей в их воспитании. Довольно часто родители таких детей опекают их, предупреждают все желания своего ребенка с ДЦП и не дают ему никакой самостоятельности. Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является гиперопека [38]. Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной ему преданности. Такое отношение к ребенку сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей. Известно, что такая модель воспитания приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга.

### **Выводы по 1 главе**

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что психолого-педагогическое сопровождение это форма педагогической поддержки, в

основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения актуальных проблем ребенка, поиск его скрытых ресурсов, опору на его собственные возможности, и создание на этой основе условий для восстановления связей с миром людей.

Теоретическими основами психолого-педагогического сопровождения являются системно-ориентационный подход к развитию человека, концепция педагогической поддержки и педагогика успеха. Основными принципами психолого-педагогического сопровождения ребенка являются: рекомендательный характер советов сопровождающего; непрерывность сопровождения; приоритет интересов сопровождаемого; непрерывность сопровождения; мультидисциплинарность сопровождения; стремление к автономизации.

Основными характеристиками сопровождения можно назвать процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную жизнь ребенка, особые отношения между участниками процесса. Видами психолого-педагогического сопровождения являются индивидуальное и системное сопровождение. Технология сопровождения представлена последовательной сменой следующих этапов (шагов): диагностического, поискового, договорного, деятельностного и рефлексивного этап.

Выявили, что индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение осуществляется специалистами разного профиля, которое предполагает совокупность последовательных действий, позволяющих создать условия для оптимального развития, социальной адаптации и интеграции ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общество.

Таким образом, основной целью индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья будет являться развитие его личности в рамках социальной адаптации ее к условиям окружающей среды. Ведущее лицо в системе индивидуального сопровождения должно обладать знаниями не только в области специальной педагогики, но и в

области возрастной и специальной психологии, логопедии, педагогики и других науках.

Итак, детский церебральный паралич - понятие, объединяющее множество видов двигательных нарушений. Церебральный паралич возникает из-за повреждения или нарушения развития головного мозга, произошедшего в период внутриутробного развития или в раннем возрасте. В зависимости от локализации поражения головного мозга различают спастические, атаксические и дискинетические формы церебрального паралича.

Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах.

К основному симптому ДЦП — двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром.

Нарушения двигательных функций, приобретенных в первые годы жизни, не прогрессирующих, отчасти поддающихся функциональной коррективке. Хотя моторные нарушения у детей с ДЦП составляют большую часть проблем, однако зачастую они не являются главной проблемой.



## ГЛАВА II ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

### 2.1 Характеристика психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом

В данном параграфе дано описание констатирующего эксперимента. Экспериментальное изучение проводилось на базе КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат № 2» для детей с особыми образовательными потребностями» Управления образования акимата Костанайской области. В исследовании принимали участие шесть учащихся первого и второго класса с ДЦП.

Характеристика экспериментальной группы представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Список участников эксперимента

Ребенок	Возраст	Форма детского церебрального паралича
1	9	Гиперкинетическая
2	7	Атонически-атактическая
3	7	Спастический тетрапарез
4	9	Спастический тетрапарез
5	8	Спастический тетрапарез
6	9	Двойная гимеплигия. Спастический тетрапарез

Результаты анализа медицинской документации показали, что трое детей имеют Спастический тетрапарез, 1 ребенок имеет гиперкинетическую форму ДЦП, 1 ребенок - атонически-атактическую форму, 1 ребенок двойную гимеплигию.

Представим краткую психолого-педагогическую характеристику обучающихся (таблица 2).

Таблица 2 - Краткая психолого-педагогическая характеристика обучающихся

Ребенок	Возраст	Краткая психолого–педагогическая характеристика
1	9	ЗПР. Расстройство произносительной стороны речи. Низкая активность внимания, трудность его концентрации. Словесно-логическое мышление недоразвито. Информацию воспринимает замедленно. С учебный материал осваивает удовлетворительно.
2	7	УО легкой степени. Системное недоразвитие речи. Внимание не устойчивое. Словесную инструкцию понимает. Мышление конкретное. Восприятие замедленно. В урок включается 15-20 мин. Учебный материал не достаточно осваивает.
3.	7	УО легкой степени Речью не владеет. Внимание не устойчивое. Мышление конкретное. Восприятие замедленно. В урок включается 15-20 мин. Учебный материал не достаточно осваивает.
4	9	УО умеренной степени. Системное недоразвитие речи. Дизартия. Внимание не устойчивое. Восприятие сужено. Память снижена. Мышление конкретное. Словесную инструкцию понимает частично, но чаще нужно подкреплять показом, жестом. В урок включается на 10-15 мин., выкидывает предметы со стола, кричит и смеется без повода. Задания, связанные с письмом, рисованием, лепкой, раскрашиванием выполняются с помощью учителя рука в руке. Но переложить предмет может сам. Учебный материал не усваивает. На замечания реагирует криком.
5	8	УО легкой степени. Системное недоразвитие речи. Внимание устойчивое. Понимает словесную инструкцию, выполняет. В урок включается 20-30 мин. Учебный материал осваивает.
6.	9	УО умеренной степени. Грубое системное недоразвитие речи, но понимает простые инструкции: положи, дай, принеси и др. нюхает все предметы,

		пробует на вкус. Включается в работу на 10-15 минут. Учебный материал не усваивает. На контакт с учителем идет в зависимости от настроения. На замечания не реагирует.
--	--	--

С сентября 2020 года нами проводилось изучение и анализ процесса психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ДЦП в КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат № 2» для детей с особыми образовательными потребностями» Управления образования акимата Костанайской области.

Психолого-педагогическое сопровождение – это профессиональная деятельность педагогического персонала, взаимодействующего с ребёнком в школьной среде.

Целью сопровождения является создание социально – психологических условий для развития личности учащихся и их успешного обучения.

Задачи развития – это потенциально-возможные изменения в человеке, в его знаниях, способностях и ценностях, которые одновременно важны и для решения задач образования, и для индивидуального развития ребенка.

В основе государственного стандарта лежит системно – деятельностный подход, который включает в себя: учет индивидуальных психологических, личностных, возрастных, физиологических особенностей обучающихся; воспитание и развитие качеств личности, отвечающих требованиям современного общества; обеспечение преемственности образования; разнообразие организационных форм. В связи с этим важное место в образовательном процессе занимают психическое здоровье учащихся, индивидуализация образовательных маршрутов, создание психологически безопасной и комфортной образовательной среды.

Школа перед собой ставит задачу, которая предполагает не только обучение детей с детским церебральным параличом, но и его социализацию, введение в культуру, развитие социального опыта всех детей, в том числе

детей с особыми образовательными потребностями. Процесс психолого-педагогического сопровождения реализуется через разные модели.

Одной из важных моделей психолого-педагогического сопровождения является психолого-педагогический консилиум (ПМПК), в рамках которого происходит разработка и планирование единой психолого-педагогической стратегии сопровождения каждого ребёнка в процессе его обучения.

Сопровождение обучающихся в образовательном учреждении осуществляется специалистами психолого-медико-педагогического консилиума.

Индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение осуществляется в школе через создание школьного психолого-медико-педагогического консилиума (ШПМПК). Начинается работа по сопровождению обучающегося только с согласия родителей или законного представителя на основании договора о взаимодействии с родителями и договора о взаимодействии с ПМПК. Задачами которого, является разработка адаптированной основной образовательной программы обучения, индивидуального образовательного маршрута обучающегося с нарушением опорно-двигательного аппарата в соответствии с его реальными возможностями, исходя из особенностей его развития и образовательных потребностей. На ШПМПК присутствуют: классный руководитель, дефектолог, педагог-психолог, логопед, тьютер, под руководством заместителя директора по учебно-воспитательной работе. Медицинский персонал не присутствует на консилиумах, его деятельность заключается в том, заполняет медицинский анамнез на ребенка.

Целью ШКМПк — обеспечение в образовательном учреждении дигностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии, создание условий для их обучения и воспитания.

К задачам школьного консилиума относятся: определение образовательного маршрута детей с трудностями в обучении, детей с ОВЗ

при переводе их на обучение по другим образовательным программам; выявление детей, нуждающихся в дополнительной специализированной помощи, т.е. индивидуализация образовательного маршрута; динамическая оценка состояния ребёнка и коррекция ранее намеченной программы; отслеживание эффективности дополнительной специализированной помощи детям и координация взаимодействия специалистов по её оказанию.

Стержнем данной модели является психолого-педагогический консилиум, который позволяет объединить усилия педагогов, психолога, и всех других субъектов учебно-воспитательного процесса, заинтересованных в успешном обучении и полноценном развитии детей, наметить целостную программу индивидуального сопровождения и адекватно распределить обязанности и ответственность за реализацию.

Рассмотрим более подробно этапы построения организации работы специалистов.

#### 1. Диагностико-консультативный.

На этом этапе собираются первичные сведения об учащемся. Составляется общая картина учебной деятельности в классе, изучается медицинский анамнез. Также проводится наблюдение за обучающимся на уроке и переменах с целью сбора информации об особенностях его поведения, степени включенности в учебный процесс, уровне сконцентрированности на заданиях, уровне работоспособности, наличии истощаемости и т.д. Беседа с учителем и родителями дополняют сведения о ребенке, помогают обозначить те проблемы и трудности, которые не были выявлены в процессе наблюдения. Кроме того, встреча с родителями дает возможность специалистам помочь им справиться с трудными ситуациями в обучении и способствует лучшему пониманию проблем ребенка. Основным моментом данного этапа является многоуровневая диагностика учащихся специалистами развития ребенка: дефектолог (учебная и познавательная деятельность, т.е. знание программы, обучаемость и обученность); логопед (речевая деятельность); психолог (межличностные отношения, эмоционально

-личностная сфера, познавательная деятельность). По результатам диагностики каждый специалист заполняет представления на учащегося (см. Приложение).

Далее проводится повторная консультативная встреча с родителями и учителем с целью доведения до их сведений результатов диагностики с ребенком, разъяснение этапов коррекционной программы, включение родителей и учителя в реализацию индивидуального образовательного маршрута, индивидуальных коррекционных программ.

## 2. Организационно-методический.

Организуется проведение консилиума, целью которого является, формирования коррекционной работы, составляется индивидуальные программа развития. В составе консилиума принимают участие: зам. директора по учебно-воспитательной работе – руководитель консилиума, психолог, дефектолог, логопед, учитель (классный руководитель), тьютор. Обсуждение строится на основе представлений каждого специалиста об уровне развития ребенка. По итогам консилиума выносятся решение и рекомендации о необходимости проведения той или иной коррекционной работы, направлениях этой работы, далее составляются комплексные программы развития на весь учебный год, планируется суммарная нагрузка на ребенка. В данном случае могут разрабатываться различные модели взаимодействия специалистов в каждом отдельном случае.

## 3. Коррекционно-развивающий.

На данном этапе необходимо, учитывая учебную нагрузку, особенности обучающегося, правильно выстроить процесс работы. Здесь важно не перегрузить ребенка, сформировать положительную мотивацию на совместную деятельность, учесть индивидуальные особенности личности, особенности социального окружения. В работе специалистов можно выделить следующие направления коррекционной работы – коррекционная работа с эмоционально-волевой сферой ребенка, коррекционная работа с познавательной сферой ребенка, коррекционная работа по формированию

базовых учебных умений и навыков, коррекционная работа с речевыми нарушениями. Формами ее проведения являются: индивидуальная коррекционная работа в специально оборудованном кабинете (логопункт). Индивидуальные коррекционные занятия с логопедом, дефектологом.

Содержание занятий должно формироваться с учетом пожеланий обучающихся и их родителей (законных представителей).

4. Контрольный этап. Проведение текущей диагностики и промежуточного консилиума. На промежуточном консилиуме обсуждается динамика развития наиболее сложных детей, корректируются программы, принимается решение об изменении формы работы (например, не групповая, а индивидуальная), решается вопрос об адекватных формах обучения в школе. Далее следует продолжение занятий по коррекционным программам с учетом внесённых изменений, проводится консультативная работа с родителями и педагогами.

Продолжение занятий по коррекционным программам с учетом внесённых изменений, проводится консультативная работа с родителями и педагогами.

Модель психолого-педагогического сопровождения школьника с ОВЗ можно представить следующей схемой (рисунок 1).

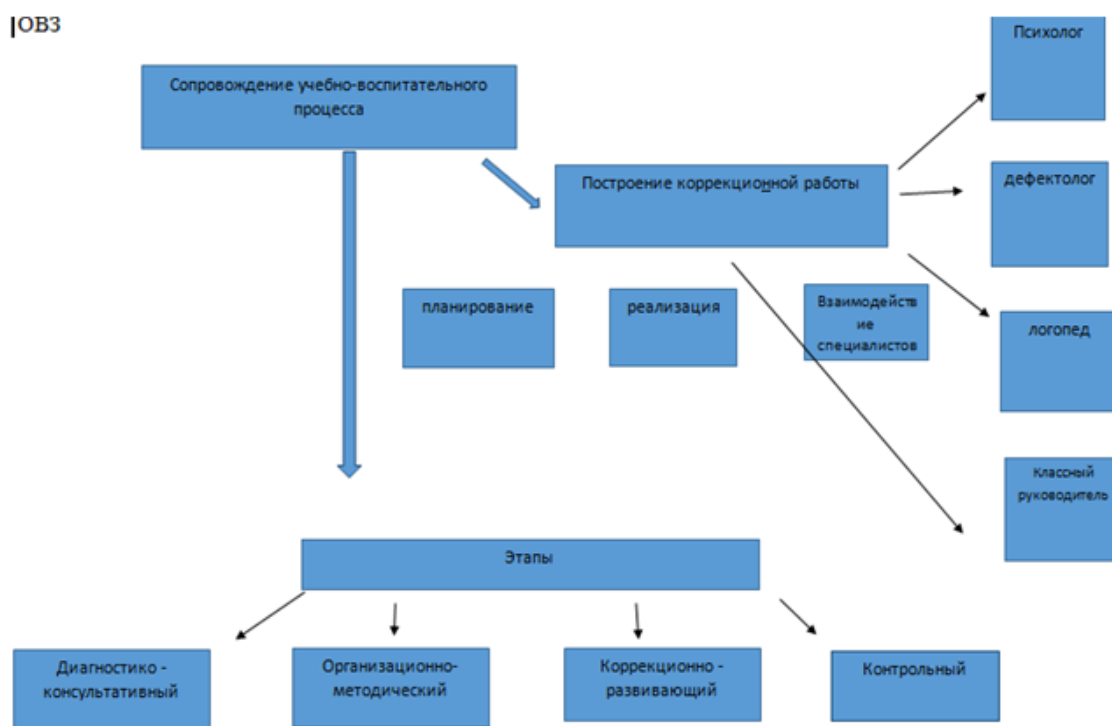


Рисунок 1 - Модель психолого-педагогического сопровождения школьника с ОВЗ

Анализируя организацию психолого-педагогического сопровождения ребенка с ДЦП в школе, выявили недостаточную эффективность работы специалистов. Так, как не налажено междисциплинарное взаимодействие, которое должно осуществляться по следующим направлениям: диагностическое, коррекционное, консультативно-просветительское. Деятельность психолога, как и других специалистов образовательного учреждения (в том числе логопеда, учителя-дефектолога, учителя, тьютора т. д.) протекает изолированно. После диагностики обучающегося, каждый специалист разрабатывает свою коррекционную программу и сроки ее реализации. С результатами диагностики и необходимых рекомендаций, специалисты знакомятся во время ознакомления родителей с ними.

Таким образом мы можем, констатировать, что отсутствует коллегиальное обсуждение результатов обследования всеми специалистами ПМПк, что мешает выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего



развития, разработать комплекс необходимых коррекционно-развивающих мероприятий и разработать программу индивидуальной коррекционной работы с ребенком.

Консультативно-просветительское и профилактическое направление так же имеет свои недостатки, так как не оказывает должного консультирования педагогов и родителей в помощи в воспитании и обучении ребенка с ДЦП. Специалисты разрабатывают рекомендации, только если есть адресный запрос к одному из специалистов, педагогов, или родителей. Консультирование родителей проводится крайне редко. Такие формы работы с родителями, как семинары, тренинги отсутствуют полностью.

С целью исследования взаимодействия команд было проведено анкетирование «Изучение потребностей специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение учащихся начальной школы с ДЦП», 6 специалистов.

Сделав анализ анкетирования можно сделать следующие заключение; 1- 16.6% специалистов удовлетворены деятельностью ПМПК, 83% нет; 2- по второму вопросу 100% высказали мнение, что необходимо обсуждать на консилиумах методы и приемы, внедрение новых технологии коррекционной работы детьми с ДЦП; 3-83% высказали мнение конце каждой четверти, 16.6% три раза в год; 100% -определение особенностей ребенка; 5- 100% высказали свое мнение, что это взаимодействие специалистов, 6- 100% ответили, что нет; 7- 100% высказали АООП, 8- 50%,за, 50% высказали, что нет.

Ответы на вопросы 1, 6, 8 представлены на рисунке 2.

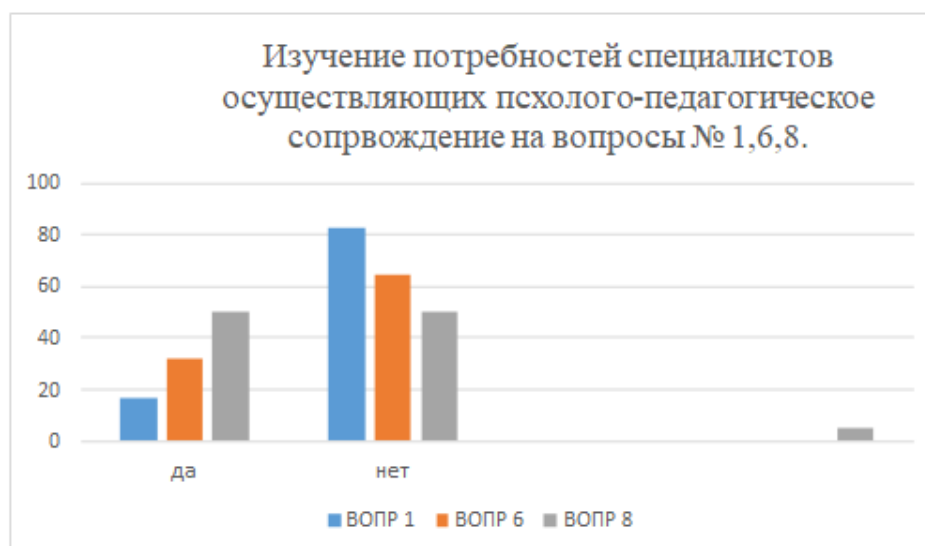


Рисунок 2 – Ответы специалистов на вопросы 1, 6, 8

1. Удовлетворены ли Вы деятельностью ПМПк?: Да / Нет (нужное подчеркнуть)  
 6. Успешна ли, по Вашему мнению, работа ПМПк во взаимодействии с родителями: Да / Нет (нужное подчеркнуть)  
 8. Нужны ли, по Вашему мнению, типовые схемы обследования детей с ДЦП, типовые заключения ПМПк? Да / Нет (нужное подчеркнуть)

Исходя их ответов анкетирования, специалисты не удовлетворены работой ШМПк, не обладают достаточными знаниями сопровождения детей с ДЦП, как методы, приемы и технологии, осознают, что не проводится в должной мере просветительская работа с родителями и другим педагогическим персоналом. Приоритетным направлением работы, считают налаживание взаимодействия специалистов ПМПк, что будет способствовать созданию и реализации индивидуального образовательного маршрута.

Проанализировав организацию психолого-педагогического сопровождения ребенка с ДЦП в школе, осуществляемое ШМПк, можно сделать вывод, что оно направлено на обеспечение двух согласованных процессов: 1) сопровождение развития ребенка и сопровождение процесса его обучения, воспитания, коррекции имеющихся отклонений (включает коррекционную работу, направленную на исправление или ослабление имеющихся нарушений, и развивающую работу, направленную на

раскрытие потенциальных возможностей ребенка, достижение им оптимального уровня развития), 2) комплексная технология, особый путь поддержки ребенка, помощи ему в решении задач социализации.

Модель психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ОВЗ включает все необходимые компоненты, обеспечивающие развитие ребенка и его обучение, воспитание, коррекцию имеющихся отклонений, но в меньшей степени отражает поддержку ребенка в решении задач социализации, максимального приспособления к самостоятельной жизни, возможности обучения и профессиональной ориентации детей с церебральным параличом, а также в малой степени обеспечивает взаимодействие специалистов в рамках заданной работы.

## **2.2 Теоретические и методологические основы разработки модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом**

Моделирование, как основной метод исследования, дает возможность предположить и теоретически обосновать эффективность индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников в условиях общеобразовательной школы. Моделирование представляет собой имитирование изучаемого реального объекта путем создания специальных аналогов (моделей). Согласно толковому словарю Ожегова, «модель (от лат. *modulus* - мера, образец) искусственно созданный образец, эталон для массового изготовления какого-либо изделия или конструкции; любой образ, аналог (мысленный или условный); описание, схема какого-либо процесса или явления, используемые в качестве образца». Модель является базовым элементом для любого научного исследования на эмпирическом, теоретическом и практическом уровнях.

Методологической базой создания модели психолого-педагогического сопровождения служат: гуманистическая парадигма в психологии (А. Маслоу, К. Роджерс и др.), направленная на развитие потенциала личности младшего школьника с интеллектуальными нарушениями в процессе сопровождения на основе понимания, доверия; личностно-ориентированный подход (Е.В. Бондаревская, И. С. Якиманская и др.) приоритетом которой являются потребности, цели и ценности развития ребенка; психолого-педагогическая антропологическая парадигма (Б.С.Братусь, В.И. Слободчиков и др.) предполагает целостный подход к ребенку в единстве его сущностного, личностно-типологического и личностно-индивидуального уровней развития; концепция психолого-педагогической поддержки (В.Д. Газман и др.), характеризует содержание сопровождения процесса развития личности младшего школьника с интеллектуальными нарушениями; компетентностный и системно-деятельностный подходы (М.С. Каган, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин и др.), в контексте которых приоритетом становится индивидуальное сопровождение учебно-коррекционной

Моделирование как метод научного исследования получает широкое распространение в психолого-педагогической науке (Б.С. Гершунский, В.В. Давыдов, И.А. Колесникова, В.В. Краевский, Н.В. Кузьмина, Р.В. Овчарова Т.И. Шамова и др.). Метод моделирования - это построение и изучение психолого-педагогических явлений и процессов на специальном объекте (модели), отображающем элементы педагогического процесса, структуру, свойства, совокупность связей и отношений между элементами. С практической точки зрения моделирование позволяет планировать и проектировать психолого-педагогическую деятельность, отображает в более простом и обобщенном виде все элементы и связи исследуемого процесса.

Перед нами встает необходимость создания индивидуального психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, который в свою очередь предполагает создание условий для обучения, воспитания и социализации, обучающихся с НОДА.

Проанализировав в первой главе индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение детей с детским церебральным параличом, которая осуществляется на школьном психолого-медико-педагогическом консилиуме, перед нами возникает необходимость модернизировать модель индивидуального сопровождения и включить такой компонент, как социализация ребенка, через включение психолого-коррекционного этапа, который является неотъемлемой частью индивидуальной образовательной программы.

В нашей экспериментальной работе моделирование индивидуального процесса психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ДЦП в условиях образовательной организации, обеспечивающей повышение качества коррекционно-развивающих услуг, воспитания и обучения детей с двигательными нарушениями для их успешной интеграции в общество и адаптации в специальной образовательной организации.

Основная цель модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ДЦП: обеспечение междисциплинарного, эффективного взаимодействия специалистов в решении вопросов о содержании, формах, методах и приемах обучения, коррекционно-развивающей работы, способствующих социализации, адаптацию всех субъектов образования.

Задачи модели:

1. Создать условия для повышения качества коррекционно-развивающей работы, воспитания и обучения детей с нарушениями ОДА через внедрение инновационных методик и технологий.

2. Создавать условия для совершенствования медико-психолого-педагогического сопровождения детей со сложными нарушениями развития через развитие форм инклюзивного.

3. Создать эффективную систему сопровождения детей с двигательными нарушениями, не охваченными специальным образованием

через внедрение новых разработок семейного патронажа, форума родителей на сайте учреждения, дистанционного консультирования по скайпу.

4. Совершенствовать предметно-развивающую среду, стимулирующую познавательно-речевое, физическое, художественно-эстетическое развитие детей в разных видах деятельности в рамках начального стандарта образования.

5. Создать комплексную систему взаимодействия специалистов, обеспечивающую преемственность в работе педагогических кадров учреждения, организация согласованности программно-методического обеспечения, планирования, форм и методов педагогической работы.

6. Осуществление преемственности школы и семьи, обеспечение равноправного взаимодействия с родителями учеников.

Модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 - Модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей с ДЦП

Основа нашей модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения обучающегося с ДЦП, которая отражает условия функционирования модели, по отношению к остальным выступает в качестве целевого компонента, а также служит значимым условием определения

связей функционирования специалистов сопровождения, которые не только обсуждают развитие и особенности ребёнка, а создают и реализуют индивидуальный образовательный маршрут. Нацеливает на результативность процесса индивидуального психолого-педагогического сопровождения, определяет важные направления, этапы работы реализации.

Осуществление процесса психолого-педагогического сопровождения подразумевает под собой принципы, лежащие в основе организации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, таковыми являются: *персонификации* индивидуальный характер помощи каждому обучающемуся ребенку, *мотивации*, которое предполагает формирование внутреннего побуждения к взаимодействию у ребенка ДЦП, *гуманности* - чуткого, доброго отношения к ребенку ОВЗ, умения сконцентрироваться на его проблеме и понять ее, сотрудничества с его семьей; только понимание родителями значимости такой помощи и участие в ее оказании ребенку обеспечат положительные результаты данному процессу, *принцип развивающей среды*, в которой находится ребенок, способствует действию компенсаторных механизмов его организма и нормальному развитию его личности, реализации имеющихся у него потребностей в соответствии с теми возможностями, которыми обладает данный конкретный ребенок. Реализация основных принципов сопровождения детей с ОВЗ в общеобразовательном учреждении базируется на следующих содержательных и организационных подходах, способах, формах: индивидуальный учебный план и индивидуальная образовательная программа учащегося, психолого-педагогический консилиум образовательного учреждения; компетентность специалистов и повышение их квалификации, тьюторское сопровождение ребенка с ОВЗ в процессе обучения; доступность классов и других помещений учреждения, оснащение образовательного процесса техническими средствами и технологиями, адаптивная образовательная среда обучения и социализации; развитие навыков сотрудничества, взаимодействия и взаимопомощи, формирование

толерантного восприятия и отношений участников образовательного процесса.

В нашем исследовании под психолого-педагогическими условиями понимаются этапность, создаваемая в процессе сопровождения, которая позволяет обеспечить междисциплинарное, эффективное взаимодействие специалистов в решении вопросов о содержании, формах, методах и приемах обучения, коррекционно-развивающей работы, способствующих социализации, адаптацию всех субъектов образования.

Этапы психолого-педагогического сопровождения: диагностико-консультативный, организационно-методический, коррекционно-развивающий, контрольный, социокультурный.

Диагностико-консультативный предполагает взаимодействие и скоординированность деятельности всех специалистов образовательного процесса, которые диагностируют развитие и возможности обучающегося, и делают заключение. На организационно – методический этапе разрабатывается индивидуальная образовательная программа, сроки ее реализации. Коррекционно - развивающий реализует индивидуальную образовательную программу, в том числе, включающей в себя коррекционные и развивающие занятия специалистов сопровождения, проводятся консультации родителей, педагогов.

Просветительский, на данном этапе проводится консультации психолога со всеми со всеми взрослыми участниками образовательного процесса, учителями, родителями. Здесь приоритетной работой является коррекция родительско-детских отношений.

Контрольный проводится после окончания реализации коррекционно-развивающих занятий, реализуемых в рамках индивидуальной образовательной программы.

Социокультурный - направлен на внедрение новых технологий работы с детьми ДЦП, соответствующих возрастным, индивидуальным, психологическим и физиологическим особенностям детей.



Эффективность реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка предполагает положительное изменения в учебных результатах учащихся, включение в социокультурную среду, включение родителей в совместное решение школьных проблем, под влиянием индивидуального психолого-педагогического сопровождения, осуществляемого психолого-медико-педагогическим консилиумом.

### **2.3 Методические рекомендации по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с детским церебральным параличом**

Субъектами образовательного процесса по реализации модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ограниченными возможностями здоровья являются дети с детским церебральным параличом, их родители, специалисты сопровождения, педагоги образовательной организации.

Рекомендации.

1. Разработать необходимые локальные акты, обеспечивающих эффективное образование, прежде всего, договор с родителями, в котором будут прописаны как права, так и обязанности всех субъектов образовательного процесса.

2. Организовать систему взаимодействия с организациями дополнительного образования, организациями здравоохранения, общественными организациями.

3. Создать индивидуальное образовательное программное обеспечение технологическими средствами с учетом особых образовательных потребностей детей с ОВЗ.

4. Создать атмосферу эмоционального комфорта, для всех участников школы.

5. Применение технологий, методов, приемов, форм организации учебной –коррекционной работы, адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в группе сверстников, школьном сообществе.

6. Необходимо обеспечить индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья на протяжении всего периода его обучения в образовательном учреждении.

7. Апробировать модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения консилиумом. организовать в соответствии с разработанной программой процесс сопровождения детей.

8. Создать условия для комплексного взаимодействия специалистов.

9. Кадровое обеспечение учреждения педагогическими и руководящими работниками, компетентными в понимании особых образовательных потребностей детей с ОВЗ.

10. Повысить уровень квалификации педагогического состава в области образования детей с ОВЗ.

11. Организовать методическую поддержку получения консультаций по вопросам реализации модели психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ.

12. Внедрить инновационные разработки необходимые для социализации детей с ДЦП с их индивидуальными особенностями и возможностями.

13. Повысить просветительскую работу с родителями, в разных направлениях.

### **Выводы по 2 главе**

На этапе экспериментальной работы нами дана краткая характеристика обучающихся с НОДА. Обучающиеся данной категории

имеют тяжелые множественные нарушения развития. Проанализировано психолого-педагогическое сопровождение, осуществляемое на школьном психолого-медико –педагогическом консилиуме и его актуальное состояние.

Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется в школе через создание школьного психолого-медико-педагогического консилиума (ШПМПК). Проанализировав сопровождение, осуществляемое на ПМПК ПМПк, мы выявили пробелы, которые необходимо исправить.

В образовательной организации нет взаимодействия специалистов между собой, просветительское направление не осуществляется, не распространяется на других участников образовательного процесса, на детей других классов, родителей, и педагогический коллектив не осуществляющих работу в данном классе.

Таким образом делаем вывод, что психолого-педагогическое сопровождение, требует переосмысливание работы ПМПк, на что нацелены сами специалисты, которые в полной мере понимают несовершенство работы. Тем самым возникает вопрос о необходимости создания новой модели индивидуального психолого-педагогического сопровождения, которое будет соответствовать целям и возможности реализации задач, поставленных перед школой осуществляющей Стандарт ОВЗ, сопровождения учебно –воспитательного процесса обучающегося с НОДА.

Поэтому целесообразно разработать модель индивидуального психолого-педагогического сопровождения осуществляемое на ШПМПК, которое будет отвечать современному Стандарту обучения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последнее время в нашей стране и за рубежом наметилась устойчивая тенденция увеличения количества детей с отклонениями в физическом и психическом развитии. По последним статистическим данным в России насчитывается более 2 млн. детей с ограниченными возможностями (8 % всех детей), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды. Неутешительная ситуация и в Р. Казахстан.

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что психолого-педагогическое сопровождение - это форма педагогической поддержки, в основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения актуальных проблем ребенка, поиск его скрытых ресурсов, опору на его собственные возможности, и создание на этой основе условий для восстановления связей с миром людей.

Теоретическими основами психолого-педагогического сопровождения являются системно-ориентационный подход к развитию человека, концепция педагогической поддержки и педагогика успеха. Основной целью индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья будет являться развитие его личности в рамках социальной адаптации ее к условиям окружающей среды. Ведущее лицо в системе индивидуального сопровождения должно обладать знаниями не только в области специальной педагогики, но и в области возрастной и специальной психологии, логопедии, педагогики и других науках.

Детский церебральный паралич—понятие, объединяющее множество видов двигательных нарушений. Церебральный паралич возникает из-за повреждения или нарушения развития головного мозга, произошедшего в период внутриутробного развития или в раннем возрасте. В зависимости от локализации поражения головного мозга различают спастические, атаксические и дискинетические формы церебрального паралича.

Они нередко сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций многих других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями имеют особенности в развитии всех психических процессов: мышления, памяти, восприятия, внимания, особенности в эмоциональной сфере. Дети с ДЦП обнаруживают эмоциональную лабильность, раздражительность, беспокойство, особенно ярко проявляющееся в раннем возрасте. В более позднем возрасте у детей с церебральными параличами обнаруживается неспособность к управлению аффектами, иногда агрессивность. У них также наблюдается эгоцентризм, неспособность к планомерной систематической деятельности, повышенная возбудимость. Также отмечаются некоторые особенности поведения: робость, тревожность, склонность к страхам, свойственные, именно больным ДЦП, и связываемые с наличием двигательного дефекта. Среди детей с ДЦП многочисленную группу составляют дети, имеющие нарушения произносительной стороны речи по типу дизартрии, различные по форме и степени тяжести.

Мы изучили одну из моделей психолого-педагогического сопровождения реализующуюся в образовательной организации, реализует эту модель ШПМПк. Нами был изучен этот процесс и выявлены его недостатки. Проведено анкетирование специалистов, осуществляющих процесс сопровождения.

Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется в школе через создание школьного психолого-медико-педагогического консилиума (ШПМПк). Проанализировав сопровождение, осуществляемое на ПМПк ПМПк, мы выявили пробелы, которые необходимо исправить.

Нами была предложена модель, которая, по нашему мнению, компенсирует недостатки предыдущей работы консилиума.

В рекомендациях для субъектов образовательного процесса по реализации модели индивидуального психолого-педагогического

сопровождения младших школьников с ДЦП было отражено обеспечение организационными, финансовым, кадровым обеспечением, созданием условий для реализации возможностей и потребностей детей с детским церебральным параличом.

Таким образом, цель исследования достигнута. Задачи решены.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамович-Лехтман, Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами [Текст] / Р.Я. Абрамович-Лехтман // Лечебная помощь детям с церебральными параличами. – М., 1998. – с. 109-139.
2. Абрамова, Г.С. Практикум по психологическому консультированию [Текст] / Г.С. Абрамова. — Екатеринбург: Деловая книга; М.: АСАДЕМІ, 2000. - 356 с.
3. Акош, К. Помощь детям с церебральным параличом . Кондуктивная педагогика: Книга для родителей [Текст] / К. Акош, М. Акош / Пер. с англ. С. Вишневской. - М., 2006.
4. Александровская, Э.М. Психологическое сопровождение детей младшего школьного возраста: учебно-методическое пособие Ч.1 [Текст] / Э.М. Александровская, Н.В. Куренкова // Журнал прикладной психологии, 2019. – № 6. - С. 40-63.
5. Алешина, О.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование [Текст] / О.Е. Алешина. — М.: Класс, 2018. - 235 с.
6. Андреева, Г.С. Семейная психология [Текст] / Т. Андреева. — СПб.: Речь, 2004. - 244 с.
7. Анохина, Т.В. Педагогическая поддержка как реальность современного образования [Текст] / Т.В. Анохина // Классный руководитель. - 2017. - № 3. – С. 13-19.
8. Баряева, Л.Б. Программа воспитания и обучения дошкольников с интеллектуальной недостаточностью [Текст] / Л.Б. Баряева, О.П. Гаврилушкина, А.П. Зарин. - СПб.: Союз, 2003. - 52 с.
9. Болотова, Н.П. Семья ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата с позиции системного анализа [Текст] / Н.П. Болотова // Теория и практика научной и профессиональной педагогической

- деятельности в дошкольном образовательном учреждении, школе и вузе: Сб. науч. статей. М., 2016.
10. Бурменская, Г.В. Возрастно-психологическое консультирование: Проблемы психического развития детей [Текст] / Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова, А.Г. Лидере. — М.: Просвещение, 1998. 119 с.
  11. Винникотт, Д. Разговор с родителями [Текст] / Д. Винникотт. — М.: Класс, 2015. - 73 с.
  12. Газман, О.С. Педагогическая поддержка ребенка в образовании [Текст] / О.С. Газман // Директор школы. — 2017. — № 3. — С. 51—58.
  13. Гиппенрейтер, Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? [Текст] / Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Просвещение, 1997. — 239 с.
  14. Глэддинг, С. Психологическое консультирование: понимающая, профессия [Текст] / С. Глэддинг. - СПб: Питер, 2016. - 273 с.
  15. Гросс, Н. А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / Н. А. Гросс. — М., 2018. — 235 с.
  16. Данилова, Л. А. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе: Методические рекомендации для учителей и родителей [Текст] / Л.А. Данилова, К. Стока, Г.Н. Казицина. - СПб., 2015.
  17. Забоева, М.А. К вопросу о соотношении понятий «педагогическое сопровождение» и «педагогическая поддержка» [Текст] / М.А. Забоева // Вестник Шадринского государственного педагогического института. — 2019. — № 3 (19). — С. 43-48.
  18. Закрепина, А.В., Браткова М.В. Разработка индивидуальных коррекционно-развивающих программ обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии [Текст] / А.В. Закрепина, М.В. Браткова // Воспитание и обучение. — 2020. — № 2. — С. 9- 9.
  19. Иваницкая, И.Н. Детский церебральный паралич (обзор литературы) [Текст] / И.Н. Иваницкая // Альманах «Исцеление» М., 1993, С.41-65.



20. Инденбаум, Е.Л. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Краткий курс лекций для бакалавров направления 050700 "Специальное (дефектологическое) образование" [Текст] / Е.Л. Инденбаум. — Иркутск: ВСГАО, 2018. — 32 с.
21. Казакова, Е. И. Система комплексного сопровождения ребенка: от концепции к практике [Текст] / Е.И. Казакова. — СПб, 1998. — 108 с.
22. Казанская, Е.В. Использование метода фитболтерапии в реабилитации детей с различной патологией [Текст] / Е.В. Казанская, А. А. Потапчук, Е. Ю. Пикалева – СПб., 2017. - 375 с.
23. Калижнюк, Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах [Текст] / Э.С. Калижнюк. — М., 1990,
24. Карабанова, О.А. Психология семейных отношений. Учебное пособие [Текст] / О. А. Карабанова. Самара: СИОКПП, 2017. - 122 с.
25. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков [Текст] / В.В. Ковалев. - М., 1985.
26. Лалаева, Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей [Текст] / Р.И. Лалаев - СПб.: 2016.
27. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для 111 студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст] / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с.
28. Леонтьев, А.Н. Избранные психологические произведения [Текст] / А.Н. Леонтьев // В 2 т. М.: Педагогика, 1998. - Т.1. - 361 с.
29. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей [Текст] / В. И. Лубовский. - М., 2002. — 436 с.
30. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [Текст] / А.Р. Лурия. – М., 1996.
31. Малофеев, Н. Н. Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата Учеб.- мет. пособие [Текст] / Н.Н. Малофеев. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2015.— 248 с.

- 32.Маклаков, А.Г. Общая психология [Текст] / А.Г. Маклаков. - СПб: Питер, 2018. - 592 с.
- 33.Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами [Текст] / Е.М. Мастюкова // Дефектология, 2014, № 6. – С. 34-38.
- 34.Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии [Текст] / И.И. Мамайчук. - СПб.: Речь, 2014. – 400 с.
- 35.Мамайчук, И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным; параличом [Текст] / И.И. Мамайчук // Дефектология, 2017, №3 – С. 24-29.
- 36.Меновщиков, В.Ю. Введение в психологическое консультирование [Текст] / В.Ю. Меновщиков. - М.: Смысл, 2016. — 375 с.
- 37.Минияров, В.М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект) [Текст] / В.М. Минияров. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО МОДЭК, 2017. (Серия «Библиотека школьного психолога»). — 251 с.
- 38.Митчелл, Дэвид. Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования (Использование научно обоснованных стратегий обучения в инклюзивном образовательном пространстве) : Главы из книги: пер. Аникеев И.С., Борисова Н.В. - М.: Перспектива, 2009.
- 39.Мишина, Г.А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития [Текст] / Г.А. Мишина // Дефектология. - 2019. - № 1. – С. 35-39.
- 40.Мясщев, В.Н. Психология отношений [Текст] / В.Н. Мясщев // Под ред. А.А.Бодалева. М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - 356 с.

- 41.Навайтес, Г. Семья в психологической консультации [Текст] / Г. Навайтес. - М. - 2018. - 329 с.
- 42.Назарова, Н. Н. Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения [Текст] / Н.Н. Назарова // Социальная педагогика. - 2018. - № 1. С.77-87.
- 43.Образовательные инновации и психолого-педагогическое сопровождение обучения, воспитания и социализации детей с ОВЗ. Сб. науч.-метод. материалов [Текст] / Под ред. А.Ю. Белогурова, О.Е. Булановой, Н.В. Поликашевой – М.: Федеральный институт развития образования, 2019. – 298 с.
- 44.Обухова, Л. Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы [Текст] / Л. Ф. Обухова. – М.: Тривола, 2017. – 360 с.
- 45.Овчарова, Р. В. Психологическое сопровождение родительства [Текст] / Р. В. Овчарова. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2015. - 319 с.
- 46.Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие [Текст] / Отв. ред. С. В. Алехина, Е. Н. Кутепова. – М.: МГППУ, 2017. –324 с.
- 47.Психолого-педагогические основы инклюзивного образования. Монография [Текст] / Отв. ред. Алёхина С.В. М.: МГППУ, Буки Веди. 2013.
- 48.Психология семейных отношений с основами семейного консультирования [Текст] // Под ред. Е.Г. Силяевой. — М.: Академия, 2002. — 192 с.
- 49.Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей [Текст] / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. - М., 1999.
- 50.Симерницкая, Э. Г. Мозг и психические процессы в онтогенезе [Текст] / Э.Г. Симерницкая. - М.: МГУ, 1998.

- 51.Слюсарев, Ю.В. Психологическое сопровождение как фактор активации саморазвития личности [Текст] / Ю.В. Слюсарев. - Спб. - 1997. – 128 с.
- 52.Слободчиков, В.И. Образовательное пространство как пространство развития [Текст] / В.И. Слободчиков // Вопросы психологии. — 2019. — №1.- С. 24-32.
- 53.Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие [Текст] / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. — М.: МГППУ, 2012. — 156 с
- 54.Сухова, Е.И. Теоретические подходы к проблеме социально-педагогического сопровождения детей и подростков/ Е. И. Сухова // Вестник МГОУ серия «Педагогика». – 2018. - №1. – С. 164-168.
- 55.Социальная психология личности в вопросах и ответах: Учеб. пособие [Текст] / Под ред. проф. В. А. Лабунской. — М.: Гардарики, 2001. - 397с.
- 56.Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений [Текст] / В.В. Ткачева. - М., 1999.
- 57.Тутушкина, М.К. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии [Текст] / М.К. Тутушкина. — СПб.: Дидактика Плюс, 1999.—318 с.
- 58.Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учебное пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений [Текст] / О.В. Хухлаева. — М.: Академия, 2001. - 231 с.
- 59.Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата [Текст] / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук //

Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2016. — 368 с.

60. Яничева, Т. Психологическое сопровождение деятельности школы. Подход. Опыт. Находки [Текст] / Т. Яничева // Журн. практ. психолога. - 2019. - № 3. - С. 101- 119.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Специалисты для выписки указывают следующее:

### **психолог**

Познавательная сфера (особенности внимания, памяти, работоспособности) \_\_\_\_\_

Отношение к учебе (мотивация) \_\_\_\_\_

Особенности личности и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми \_\_\_\_\_

Содержание деятельности психолога образовательной организации и динамика развития ребенка \_\_\_\_\_

### **дефектолог**

Затруднения, возникающие при усвоении учебного материала \_\_\_\_\_

Чем, по мнению педагогов, они вызваны \_\_\_\_\_

Содержание оказанной учителем (учителем-дефектологом) помощи при выполнении тех или иных учебных заданий и усвоении учебного материала \_\_\_\_\_

Динамика развития ребенка \_\_\_\_\_

### **логопед**

Особенности речевого развития \_\_\_\_\_

Содержание деятельности логопеда образовательной организации и динамика развития ребенка \_\_\_\_\_

### **Классный руководитель**

Какие дошкольные учреждения посещал \_\_\_\_\_

С какого возраста начал школьное обучение \_\_\_\_\_

Дублировал ли программу классов (если «да», то по какой причине: болезнь, необоснованные пропуски занятий, трудности в усвоении программы и др.) \_\_\_\_\_

Был ли переведен на адаптированную образовательную программу (если «да», то какую) \_\_\_\_\_

С какого времени обучается в данном учреждении \_\_\_\_\_

Соответствие объема школьных знаний, умений и навыков  
требованиям программы:

Математика \_\_\_\_\_

Чтение и пересказ \_\_\_\_\_

Русский язык \_\_\_\_\_

Другие предметы \_\_\_\_\_

Характеристика обучаемости:

Затруднения, возникающие при усвоении учебного материала \_\_\_\_\_

Чем, по мнению педагогов, они вызваны \_\_\_\_\_

Содержание оказанной учителем (учителем-дефектологом) помощи  
при выполнении тех или иных учебных заданий и усвоении учебного  
материала \_\_\_\_\_

Степень принятия ребенком предлагаемой помощи \_\_\_\_\_

Доминирующие увлечения и интересы ребенка \_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Изучение потребностей специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение учащихся начальной школы с ДЦП

1. Удовлетворены ли Вы деятельностью ПМПк?: Да / Нет (нужное подчеркнуть)
2. Какие вопросы, по Вашему мнению, необходимо рассматривать на ПМПк?
3. Как часто следует предоставлять ребенка на ПМПк?
4. В чем, по Вашему мнению, успешность работы ПМПк: в разработке индивидуальной программы ребенка или в определении его особенностей (нужное подчеркнуть)
5. Ваши предложения по совершенствованию работы ПМПк.
6. Успешна ли, по Вашему мнению, работа ПМПк во взаимодействии с родителями: Да / Нет (нужное подчеркнуть)
7. С какой литературой по разработке индивидуальных программ для ребенка Вы знакомы?
8. Нужны ли, по Вашему мнению, типовые схемы обследования детей с ДЦП, типовые заключения ПМПк? Да / Нет (нужное подчеркнуть)