

*А.А. Сиротюк, А.С. Сиротюк,
А.Б. Кузьмин*

ИНКЛЮЗИВНАЯ РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

*учебно-методический комплект
краткосрочных курсов повышения квалификации
руководителей ДОУ/ОУ/ПОУ, воспитателей ДОУ,
педагогических работников ОУ/ПОУ,
психологов, дефектологов, логопедов ДОУ/ОУ/ПОУ*

*Изданное осуществлено за счёт средств
Федеральной целевой программы развития образования
на 2011-2015 годы*

ББК 88.834я73

С 40

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГАУ ДПО (ПК) С «Брянский институт повышения квалификации работников образования»

Авторы:

Сиротюк Алла Леонидовна, заведующая ВТК «Лаборатория «Инклюзивное образование» ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, доктор психологических наук, профессор

Сиротюк Анастасия Сергеевна, научный сотрудник ВТК «Лаборатория «Инклюзивное образование» ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, кандидат психологических наук

Кузьмин Александр Борисович, ректор автономной некоммерческой организации негосударственного дополнительного профессионального образования «Академия повышения квалификации и переподготовки кадров» (АНО «АПКПК»), кандидат психологических наук

Научный руководитель:

Махновец Сергей Николаевич, директор ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, доктор психологических наук, профессор

Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С., Кузьмин А.Б.

Инклюзивная развивающая среда как условие формирования толерантности у дошкольников. Учебно-методический комплект для краткосрочных курсов повышения квалификации руководителей ДОУ/ОУ/ПОУ, воспитателей ДОУ, педагогических работников ОУ/ПОУ, психологов, дефектологов, логопедов ДОУ/ОУ/ПОУ. - Брянск: БИПКРО, 2014. - 98 с.

ISBN 978-5-98732-146-1

Редактирование авторское

ББК 88.834я73

© Данное издание охраняется законодательством об авторских правах РФ
Перепечатка без согласия авторов и издательства запрещена

ISBN 978-5-98732-146-1

© Сиротюк А.Л. и др., 2014

© Издательство БИПКРО, 2014



Каждый ребенок имеет право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний», «лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах, которые должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных, в первую очередь, на детей с целью удовлетворения этих потребностей. Обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в сообществе, обеспечения образования для всех. Более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей, повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования.

*Декларация «О принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями»
(г.Саламанка (Испания), 10.06.1994 г.)*

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Демократические преобразования, происходящие в России, процесс вхождения в мировое экономическое сообщество обусловили изменение отношения общества к проблемам детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), привели к осознанию необходимости их более широкой интеграции в социум.

Инклюзивное образование (французское слово «inclusif» – включающий в себя; латинское слово «include» – заключаю, включаю) стремится развить методологию, направленную на детей и признающую, что все дети – индивидуумы с различными потребностями в обучении. Инклюзивное образование старается разработать подход к преподаванию и обучению, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении. Если преподавание и обучение станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда выиграют все дети (не только дети с особыми потребностями).

Подход «школа для всех» был изложен в Саламанской декларации, принятой в 1994 году 92 странами, в том числе и Россией. В этом документе приоритетной задачей образовательной политики было объявлено создание инклюзивного (включающего) образования для детей с ограниченными возможностями.

В ходе инклюзивного образования дети с ограниченными возможностями здоровья могут достигать наиболее полного прогресса в социальном развитии. Система психолого-педагогической помощи в инклюзивном образовании основана на социальной адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Такой подход позволяет рассматривать адаптацию и реабилитацию не как конечную цель, а как одно из важнейших условий наиболее адекватного и эффективного вхождения ребенка или подростка в социум. Российская модель инклюзии базируется на позициях Л.С.Выготского, который считал, что социальная среда имеет первостепенное значение для развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В системе инклюзивного образования могут обучаться дети с сохранным интеллек-

том, имеющие нарушения слуха или зрения; дети с опорно-двигательными нарушениями; дети с речевой патологией. Вопрос об инклюзии детей с синдромом Дауна, аутизмом, ЗПР (задержка психического развития) и т.д. должен решаться строго индивидуально.

В настоящее время существует *противоречие* между социальным заказом, направленным на включение детей с ограниченными возможностями здоровья в среду общеобразовательной школы и недостаточной готовностью учителей к осуществлению инклюзивного обучения.

Обеспечение реализации права детей с ОВЗ на образование является одной из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации¹. На достижение этой цели направлена национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», выдвинутая экс-президентом РФ Д.А. Медведевым²; государственная программа РФ «Доступная среда на 2011-2015 годы»³, рекомендации парламентских слушаний «Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы отрасли и общества»⁴ и ряд нормативно-правовых документов мирового, федерального и регионального уровней.

Однако полноценной реализации инклюзивного подхода к образованию препятствует не столько отсутствие безбарьерной инклюзивной среды образовательных учреждений, неразработанность нормативно-правовых и содержательных аспектов инклюзивного образования, сколько до сих пор существующие в обществе интолерантность, психологические барьеры, стереотипы и предрассудки по отношению к людям и детям с ОВЗ; неготовность нормативно развивающихся детей и их родителей к инклюзии; острая нехватка специалистов помогающих профессий (психологи, логопеды, учителя и т.д.), специально подготовленных для работы с детьми с ОВЗ.

Ситуация усугубляется тенденцией увеличения количества детей с ОВЗ различного генеза. Согласно статистике количество детей-инвалидов в РФ на 21.12.2011 г. составило более 570 000 человек, из них 57,7 % – мальчики, 42,3 % – девочки (8% от всей детской популяции)⁵. Однако эта цифра включает только тех детей, которые получают пособия от Пенсионного фонда. Независимые эксперты общественной организации инвалидов «Перспектива» насчитывают ещё примерно 1 500 000 «неучтенных» детей с ОВЗ, у которых нет официально оформленной инвалидности, половина из которых – дети дошкольного возраста⁶.

В последние годы растет число научных исследований, посвященных проблеме формирования толерантности, большинство из которых рассматривают толерантность в ракурсе национальных, этнических, конфессиональных, политических и социальных отношений; значительно меньшее количество работ посвящается исследованию толерантности применительно к профессиональной сфере деятельности специалистов; практически не встречаются исследования толерантности по отношению к людям и детям с ОВЗ. Кроме того, методологические подходы к исследованию толерантности, концепции и определения толерантности отличаются большим разнообразием и трудно сопоставимы друг с другом.

Цель: повышение квалификации и формирование профессиональной компетентности слушателей по проблеме создания инклюзивной развивающей среды как условия

¹ О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. №АФ-150/06.

² Медведев Д.А. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа». Приказ №271от 04.02.10 г.

³ Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда на 2011-2015 годы». Постановление правительства РФ от 17.03.2011 г. №175.

⁴ Материалы парламентских слушаний «Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы отрасли и общества». М.: Федеральное собрание РФ, Государственная дума, комитет по образованию, 2012. <http://pnp.ru/newspaper/20120413/8768.html>

⁵ Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ. <http://www.minzdravsoc.ru/>

⁶ Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения. <http://www.who.int/en/>

⁶ <http://publicpost.ru/>

формирования толерантности у дошкольников.

Категория слушателей: руководящие и педагогические работники образовательных учреждений.

Формы работы: проблемная лекция, практическое занятие, продуктивный семинар; мозговой штурм.

Форма обучения: очная.

Режим занятий: 6-8 часов в день.

Место проведения:

Общее количество учебных часов: 72 часа.

Формы контроля знаний. Зачётными материалами являются:

1. Проекты, разработанные слушателями в процессе курсов ПК:

- Модель инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения как условия формирования толерантности у дошкольников.
- Разработка системы формирования толерантного поведения у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья.
- Адаптированная образовательная программа для детей с ограниченными возможностями здоровья.
- Модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.
- Система профессионального самосовершенствования педагога (руководителя ОУ, психолога, логопеда, дефектолога, воспитателя), работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья.
- Модель профессиональной деятельности педагога (руководителя ОУ, психолога, логопеда, дефектолога, воспитателя), работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

2. Мозговой штурм «Модель инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников».

Ожидаемые результаты: формирование общих и специальных профессиональных компетенций руководящих и педагогических работников образовательных учреждений по проблеме создания инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников.

Раздаточный материал (Кейс): электронная библиотека по проблеме курсов ПК (учебные и учебно-методические пособия по проблеме курсов).

Дидактическое и материально-техническое обеспечение занятий: электронная библиотека по проблеме курсов ПК, пакет научно-методических материалов (по количеству участников семинара), учебные фильмы, презентация MS PowerPoint «Инклюзивная развивающая среда как условие формирования толерантности у дошкольников», компьютер, проектор.

Программа включает следующие *разделы:*

№ п/п	Раздел	Стр.
1	Титульный лист	
2	Пояснительная записка	
3	Учебно-тематический план	
4	Учебная программа	
5	Рекомендуемая литература	
6	Материалы для проведения теоретических, семинарских и практических занятий	
	<i>Приложение № 1.</i> Актуальность инклюзивного образования дошкольни-	

	ков в условиях инклюзивной развивающей среды	
	Приложение № 2. Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья	
	Приложение № 3. Инклюзивная развивающая среда дошкольного образовательного учреждения: модели, структура, условия реализации	
	Приложение № 4. Организация инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации ФГОС ДО	
	Приложение № 5. Возрастные особенности дошкольников	
	Приложение № 6. Психологические особенности детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья	
	Приложение № 7. Особенности формирования толерантности у детей дошкольного возраста	
	Приложение № 8. Психологические методы формирования толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья	
	Приложение № 9. Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста	
	Приложение № 10. Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья	
7	Материалы для проведения контрольно-диагностических мероприятий	
	Приложение № 11. Алгоритм проведения мозгового штурма «Модель инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников»	

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Тема занятий	Всего	Аудиторные занятия		
			Лекция	Семинары	Практическое занятие
1	Актуальность инклюзивного образования дошкольников в условиях инклюзивной развивающей среды	4	2	2	-
2	Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья	16	4	8	4
3	Инклюзивная развивающая среда дошкольного образовательного учреждения: модели, структура, условия реализации	16	4	8	4
4	Организация инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации ФГОС ДО	16	4	8	4
5	Возрастные особенности дошкольников	8	2	2	4
6	Психологические особенности детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья	8	2	2	4
7	Особенности формирования толерантности у детей дошкольного возраста	12	4	4	4
8	Психологические методы формирования толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья	12	-	4	8
9	Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста	4	-	-	4
10	Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья	8	2	2	4
11	<i>Аттестация.</i> Мозговой штурм «Модель инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников»	4	-	-	4
Итого:		108	24	40	44

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

Тема № 1

Актуальность инклюзивного образования дошкольников в условиях инклюзивной развивающей среды

Актуальность введения инклюзивного образования для детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ. Статистика детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ в России. Известные люди с ОВЗ и их достижения в экономике, культуре, образовании, спорте.

Тема № 2

Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Международные документы:

- Всеобщая Декларация прав человека (1948).
- Декларация прав ребёнка (1959).
- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971).
- Декларация ООН о правах инвалидов (1975).
- Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982).
- Конвенция ООН о правах ребёнка (1989).
- Всемирная декларация об образовании для всех (1990).
- Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Дакарские Рамки действий, принятые Всемирным форумом по образованию (2000).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).

Федеральные документы:

Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: ст.18. Право на образование.

О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. № аф-150/06).

Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции от 23.07.2013 г.): ст. 34. Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования; ст. 44. Права, обязанности и ответственность в сфере образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся; ст. 55. Общие требования к приёму на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность; ст. 58. Промежуточная аттестация обучающихся; ст. 60. Документы об образовании и (или) о квалификации. Документы об обучении; ст. 79. Ор-

ганизация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Комментарии к Федеральному закону от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Концептуальные подходы к образованию детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ. Категории детей, которые могут учиться в системе инклюзивного образования. Принципы инклюзивного образования детей с ОВЗ. Положительные аспекты инклюзивного образования. Барьеры инклюзивного образования. 10 общих правил этикета при общении с детьми с ОВЗ. Мифы об инклюзивных школах.

Тема № 3

Инклюзивная развивающая среда дошкольного образовательного учреждения: модели, структура, условия реализации

Федеральные документы: Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы (Постановление от 17.03.2011 г. № 175). Целевые индикаторы и показатели Программы. Элементы программы. Проблемы, затрудняющие продвижение программы. Мероприятия программы.

Организация доступной среды образовательного учреждения. Модели инклюзивной развивающей среды дошкольного образовательного учреждения. Вертикальная и горизонтальная структура инклюзивной развивающей среды дошкольного образовательного учреждения. Условия реализации инклюзивной развивающей среды дошкольного образовательного учреждения.

Тема № 4

Организация инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации ФГОС ДО

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. Роль психолого-медико-педагогической экспертизы (ПМПК). Основные категории жизнедеятельности человека. Схема определения формы обучения детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ. Определение способности к обучению.

Индивидуальный образовательный маршрут. Факторы, определяющие выбор индивидуального образовательного маршрута. Пример индивидуального образовательного маршрута для ребёнка с ОВЗ. Направления работы педагога, психолога, логопеда, дефектолога.

Разработка учебных планов и рабочих программ. Структура индивидуальной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья. Учёт текущих и промежуточных итогов успеваемости. Проведение государственной (итоговой) аттестации.

Специальные Федеральные государственные образовательные стандарты для детей с ограниченными возможностями здоровья (проект).

Адаптированные образовательные программы для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Взаимодействие профильных специалистов: координатор (тьютор), воспитатель ДОУ, учитель ОУ, преподаватель ПОУ, педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-

дефектолог, социальный педагог, врач-педиатр, врач-невролог. Должностные обязанности координатора (тьютора).

Тема № 5

Возрастные особенности дошкольников

Социальная ситуация развития. Ведущий вид деятельности. Основные этапы игровой деятельности в дошкольном возрасте. Психическое развитие дошкольника: мышление, внимание, память, воображение, речь. Личностное развитие. Мотивационная сфера. Новообразования дошкольного возраста. Психологическая готовность к школе.

Тема № 6

Психологические особенности детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Основные виды нарушений функций организма человека.

Психолого-педагогическая характеристика детей:

Дети с нарушениями психических функций (задержка психического развития (ЗПР), умственная отсталость, деменция, педагогическая запущенность, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)).

Дети с нарушениями сенсорных функций (слепые, слабовидящие, поздно ослепшие; глухие, слабослышащие, поздно оглохшие, дети с кохлеарным имплантом).

Дети с нарушениями аутистического спектра (ранний детский аутизм (РДА), синдром Аспергера, синдром Ретта, и т.д.).

Дети с хромосомными и генными нарушениями (синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Лежена и т.д.).

Дети с нарушениями языковых и речевых функций (нарушения устной речи: ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); нарушения письменной речи: дисграфия, дислексия; вербальной и невербальной речи; нарушения голосообразования).

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич (ДЦП), сколиоз, остаточные проявления периферических параличей и парезов и т.д.).

Дети с нарушениями функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

Дети с нарушениями, обусловленными физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Виды специальных (коррекционных) общеобразовательных школ для детей с ОВЗ.

Особенности организации инклюзивного образования для детей с различными нарушениями функций организма. Организация обучения с учетом стиля освоения учебного материала.

Тема № 7

Особенности формирования толерантности у детей дошкольного возраста

Обоснование необходимости формирования толерантности с дошкольного возраста. Врожденная и приобретенная толерантность (по С.К. Бондыревой и Д.В. Колесову). Система поведенческих реакций у детей дошкольного возраста в соответствии с толерантной и интолерантной моделями личности (по Ильинской Е.А.). Структура толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ОВЗ.

Тема № 8

Психологические методы формирования толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья

Инклюзивное психическое развитие. Методика «Психическое развитие детей дошкольного возраста»: блок развития высших психических функций, блок формирования толерантности (Сиротюк А.С.).

Тема № 9

Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста

Проблема психологической диагностики толерантности. Методика «Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья» (Сиротюк А.С.).

Тема № 10

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Стадии реагирования родителей на диагноз ребенка. Качественные изменения в семье ребенка с ОВЗ. Стили внутрисемейного воспитания ребенка с ОВЗ. Модель работы по формированию позиции родителей ребенка с ОВЗ.

Просмотр учебного фильма «Переменная облачность».

Контрольно-диагностический компонент программы Мозговой штурм «Модель инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников»

Алгоритм проведения мозгового штурма:

- Познакомьтесь с темой, процедурой и правилами проведения мозгового штурма.

- Выберите секретаря, который будет записывать все ваши идеи без редактирования и оценки.
- Соблюдайте правила: отсутствие критики и оценивания, поощрение идей, равноправие участников, свобода ассоциаций.
- Выдвигайте как можно большее количество идей для решения предложенной проблемы.
- Обсудите все идеи (!).
- Систематизируйте и выберите лучшие (эффективные) идеи.
- Разработайте модель (систему, программу, алгоритм и т.д.), которая могла бы, по вашему мнению, решить поставленную проблему.
- Проведите презентацию своей разработки для всех участников семинара.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Аутизм /Под. ред. проф. Э.Г. Улумбекова. М., 2002.
2. Безруких М.М., Ефимова С.П. Ребенок идет в школу. Проблемы психологической адаптации. М., 1996.
3. Брѐзе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах. М., 1981.
4. Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М., 1989 г.
5. Гилевич И.М., Забара Е.А., Ипполитова М.В. и др. Дети с отклонениями в развитии. М., 1997.
6. Дети с нарушениями общения /Под ред. К.С. Лебединской, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской. М., 1989.
7. Детский аутизм: Хрестоматия /Сост. Л.М. Шипицына. СПб., 2001.
8. Екжанова Е. А., Стребелева Е. А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. М., 2005.
9. Забрамная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. М., 1990.
10. Кривошей Б.З., Фастова-Морозова Р.А. Обойденные жизнью. СПб., 2005.
11. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М., 1991.
12. Леонтьева Е.Г. Доступная среда глазами инвалида. Екатеринбург, 2001.
13. Малофеев Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения //Дефектология. № 5. 2005.
14. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа. М., 2009.
15. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. СПб., 2003.
16. Назарова Н.М. Закономерности развития интеграции как социального и педагогического феномена //Компенсирующее обучение: опыт, проблемы, перспективы. М., 1996.
17. Нарушения психического развития в детском возрасте /Под ред. В.В. Лебединского. М., 2004.
18. Никольская О.С. Специальный федеральный государственный стандарт специального образования детей с нарушениями развития аутистического спектра (рабочие материалы) //Альманах института коррекционной педагогики. 2013. №13.
19. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М., 2000.
20. Пасторова А.Ю. Психофизиологические и психологические особенности адаптации старших дошкольников с обычным развитием в группах интеграции. СПб., 2006.
21. Пузанов Б. П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. М., 2003.
22. Ратнер Л.Ф., Юсупов А.Ю. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей. М., 2006.
23. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1970.
24. Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности личности. М.: МГУ, 2003. 112 с.
25. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста /Под ред. С.Ю. Циркина. СПб, 2001.
26. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика М., 2002.
27. Фуряева Т.В. Педагогика интеграции за рубежом. Красноярск, 2005.
28. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М., 2005.
29. Шевченко С. Г. Коррекционно – развивающее обучение. М., 2001.
30. Шипицына Л.М. Детский аутизм. М., 2001.
31. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М., 2004.
32. Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. Инклюзивное образование детей-инвалидов //Социологические исследования. 2003. № 5.

ПРИЛОЖЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ

Приложение 1

Актуальность инклюзивного образования дошкольников в условиях инклюзивной развивающей среды

Современная модель построения российского общества, отвечающего демократическим и гуманистическим принципам начала XXI века, является промежуточным этапом на пути создания *включающего (инклюзивного) общества*, которое позволит всем людям независимо от пола, возраста, этнической и конфессиональной принадлежности, ограничений в возможностях здоровья различного генеза участвовать в жизни общества и вносить свой определенный вклад в его развитие¹.

Для создания включающего общества необходимо изменение его социальных институтов таким образом, чтобы инклюзия соответствовала интересам *всех членов общества*, обеспечивала их безопасность, равенство, права и достоинство личности. Важнейшей предпосылкой готовности общества к инклюзии людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является осознанное понимание и принятие этих людей, возможность изменения жизненной стратегии и согласие на пересмотр собственной идентичности. В противном случае, результатом инклюзии может стать углубление социальной дезадаптации людей с ОВЗ, рост интолерантности и дискриминации в обществе по отношению к ним².

Необходимо отметить, что системные энергетические, финансовые и социокультурные кризисы, которые переживают практически все страны мира, в значительной степени привлекают внимание исследователей к человеческим ресурсам. Например, в случае исключения людей с ОВЗ из числа участников рынка труда средняя доля регионов в мировых потерях ВВП составляет в Европе и странах Центральной Азии - 35,8%; в странах Северной Америки - 29,1%; в странах Восточной Азии и Тихого океана - 15,6%; в странах Латинской Америки, Карибского бассейна, Среднего Востока, Африки и Южной Азии - 10,0%³.

Одним из первых этапов создания включающего общества являются кардинальные изменения в системе образования, направленные, прежде всего, на инклюзию (включение) детей с ОВЗ в дошкольные (ДОУ) и школьные образовательные учреждения, и в дальнейшем - в различные виды профессиональной и социальной деятельности.

Обеспечение реализации права детей с ОВЗ на образование является одной из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации⁴. На достижение этой цели направлена национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», выдвинутая экс-президентом РФ Д.А. Медведевым⁵; государственная программа

¹Дугин А.Г. Постфилософия. Три парадигмы в истории мысли. М.: Евразийское движение, 2009. 744 с.

²Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование. 2011. №1. С. 74-82

³Ficke C. Digest of Data on Persons with Disabilities. Washington: US Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research, 1992. P. 101-105.

⁴О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. №АФ-150/06.

⁵Медведев Д.А. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа». Приказ №271от 04.02.2010 г.

РФ «Доступная среда на 2011-2015 годы»¹, рекомендации парламентских слушаний «Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы отрасли и общества»² и ряд нормативно-правовых документов мирового, федерального и регионального уровней (приложение 1).

Однако полноценной реализации инклюзивного подхода к образованию препятствует не столько отсутствие безбарьерной инклюзивной среды образовательных учреждений, неразработанность нормативно-правовых и содержательных аспектов инклюзивного образования, сколько до сих пор существующие в обществе интолерантность, психологические барьеры, стереотипы и предрассудки по отношению к людям и детям с ОВЗ; неготовность нормативно развивающихся детей и их родителей к инклюзии; острая нехватка специалистов помогающих профессий (психологи, логопеды, учителя и т.д.), специально подготовленных для работы с детьми с ОВЗ.

Ситуация усугубляется тенденцией увеличения количества детей с ОВЗ различного генеза. Согласно статистике количество детей-инвалидов в РФ на 21.12.2011 г. составило более 570 000 человек, из них 57,7 % - мальчики, 42,3 % - девочки (8% от всей детской популяции)³. Однако эта цифра включает только тех детей, которые получают пособия от Пенсионного фонда. Независимые эксперты общественной организации инвалидов «Перспектива» насчитывают ещё примерно 1 500 000 «неучтенных» детей с ОВЗ, у которых нет официально оформленной инвалидности, половина из которых – дети дошкольного возраста⁴.

Конечно, в настоящее время активно меняется отношение государства и общества к людям с ОВЗ, эволюция которого прошла через ряд этапов, начинаясь от агрессии и нетерпимости в VIII в. до н.э., проходя через осознание целесообразности их обучения в XVIII в., сегрегации и интеграции в XX в., приближаясь к инклюзии в XXI в.⁵ Например, в соответствии с государственной программой РФ «Доступная среда на 2011-2015 годы» к 2015 г. планируется создать условия для беспрепятственного доступа школьников-инвалидов в 10 000 обычных общеобразовательных учреждений страны (20% от общего количества общеобразовательных учреждений) и подготовить 24 000 учителей (27% от общего количества учителей) для работы в классах со школьниками с ОВЗ⁶.

Однако реализация государственной программы касается только инклюзивного образования школьников с ОВЗ, никак не затрагивая дошкольное образование. Не вызывает сомнения тот факт, что успешной адаптации детей с ОВЗ в инклюзивной образовательной среде школы должна предшествовать адаптация в инклюзивной образовательной среде детского сада, в котором нормативно развивающиеся дети и дети с ОВЗ получают первый опыт совместной деятельности, реализуя свою естественную потребность в сотрудничестве со сверстниками.

Результаты исследования Е.А. Коньшевой⁷, О.А. Овсянниковой⁸, Э.А. Музенитовой⁹ и О.Н. Подвигиловой¹ убедительно продемонстрировали, что именно дошкольный

¹ Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда на 2011-2015 годы». Постановление правительства РФ от 17.03.2011 г. №175.

² Материалы парламентских слушаний «Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы отрасли и общества». М.: Федеральное собрание РФ, Государственная дума, комитет по образованию, 2012. <http://pnp.ru/newspaper/20120413/8768.html>

³ Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ. <http://www.minzdravsoc.ru/>

Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения. <http://www.who.int/en/>

⁴ <http://publicpost.ru/>

⁵ Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. М.: Печатный двор, 1996. 182 с.

⁶ Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда на 2011-2015 годы». Постановление правительства РФ от 17.03.2011 г. №175.

⁷ Коньшева Е.А. Формирование гендерной толерантности у детей старшего дошкольного возраста в процессе игры-драматизации. Диссертация кандидата педагогических наук. Пермь, 2006. 283 с.

⁸ Овсянникова О.А. Формирование толерантного отношения дошкольников к сверстникам средствами искусства. Диссертация кандидата педагогических наук. Екатеринбург, 2003. 185 с.

⁹ Музенитова Э.А. Воспитание толерантного мироотношения у дошкольников средствами фольклора. Диссертация кандидата педагогических наук. Ростов-на-Дону, 2009. 250 с.

возраст является сензитивным периодом для начала формирования толерантности, а результаты исследования Л.В. Кузнецовой показали, что дети дошкольного возраста более терпимы к включению в свою среду сверстников с ОВЗ, чем школьники².

Известные люди с ОВЗ и их достижения в экономике, культуре, образовании, спорте:

Людвиг Ван Бетховен (1770-1827). Немецкий композитор. *Диагноз:* Глухота.

Лорд Байрон (1788-1824). Английский поэт-романтик, член палаты лордов. С рождения была изуродована стопа, сильно хромотал.

Луи Брайль (1809-1852). Французский педагог, разработавший шрифт для слепых. *Диагноз:* Слепота.

Альберт Эйнштейн (1879-1955). Физик-теоретик. *Диагноз:* Синдром Аспергера.

Франклин Рузвельт (1888-1945). Президент США (1932-1945). В возрасте 38 лет перенес полиомиелит, в результате которого у него парализовало ноги.

Алексей Маресьев (1916-2001). Легендарный летчик, Герой Советского Союза, прототип главного героя «Повести о настоящем человеке» Б. Полевого. Обморозил ступни ног, ампутация.

Николай Островский (1904-1936). Писатель. В 1927 г. тяжелая болезнь приковала Н. Островского к постели, через год он потерял зрение. Слепой, неподвижный, испытывающий страшные боли, он написал книгу «Как закалялась сталь» (1932-1934).

Стивен Уильям Хокинг (1942 г.р.) английский физик и космолог, создатель и руководитель Центра теоретической космологии в Кембриджском университете.

Диагноз: Боковой амиотрофический склероз, паралич.

В 1985 г. ему была удалена трахея и С.У. Хокинг утратил способность говорить. Друзья подарили ему синтезатор речи, который был установлен на его кресле-коляске.

Некоторую подвижность сохранял лишь указательный палец на правой руке С.У. Хокинга.

Впоследствии подвижность осталась лишь в мимической мышце щеки, напротив которой закреплён датчик. С его помощью физик управляет компьютером, позволяющим ему общаться с окружающими.

На XI зимних Паралимпийских играх (Сочи-2014) российские спортсмены выиграли 80 медалей, из них 30 – золотых: *Петушков Роман*, 6-кратный чемпион Паралимпийских игр; *Медведева Инга*, серебряная медаль.

¹Подвилова О.Н. Методика воспитания основ толерантной культуры у детей старшего дошкольного возраста. Диссертация кандидата педагогических наук. Челябинск, 2009. 213 с.

²Кузнецова Л.В. Построение «культуры включения» - профилактика рисков инклюзивного образования /Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фаина А.К. Инклюзивное образование /Под ред. Т.Н. Гусевой. М.: Школьная книга, 2010. 272 с. С.37-43.

Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Международные документы:

- Всеобщая Декларация прав человека (1948).
- Декларация прав ребёнка (1959).
- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971).
- Декларация ООН о правах инвалидов (1975).
- Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982).
- Конвенция ООН о правах ребенка (1989).
- Всемирная декларация об образовании для всех (1990).
- Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Дакарские Рамки действий, принятые Всемирным форумом по образованию (2000).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).
- *Статья 24.* «...государство обязано обеспечить равный доступ для всех детей с инвалидностью к образованию, и это должно происходить путем обеспечения инклюзивности системы образования».

Федеральные документы:

- Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Статья 18. Право на образование. Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения, органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

- О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. № аф-150/06).

Формы и степень образовательной интеграции ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут варьироваться в зависимости от степени выраженности недостатков его психического и (или) физического развития.

Например, дети, уровень психофизического развития которых в целом соответствует возрастной норме, могут на постоянной основе обучаться по обычной образовательной программе в одном классе со сверстниками, не имеющими нарушений развития, при наличии необходимых технических средств обучения.

При этом число детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в обычном классе, как правило, не должно превышать 3-4 человек.

- Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». В соответствии с Конвенцией, образование должно быть направлено на

развитие умственных и физических способностей в самом полном объеме; обеспечение инвалидам возможности эффективно участвовать в жизни свободного общества; доступ инвалидов к образованию в местах своего непосредственного проживания, при котором обеспечивается разумное удовлетворение потребностей лица; предоставление эффективных мер индивидуальной поддержки в общей системе образования, облегчающих процесс обучения; создание условий для освоения социальных навыков; обеспечение подготовки и переподготовки педагогов.

- Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции от 23.07.2013 г.).

Статья 34. Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования.

1. Обучающимся предоставляются академические права на:

- *предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья*, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции;

- обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной программы в порядке, установленном локальными нормативными актами.

Статья 44. Права, обязанности и ответственность в сфере образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся.

1. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся имеют право:

- присутствовать при обследовании детей психолого-медико-педагогической комиссией, обсуждении результатов обследования и рекомендаций, полученных по результатам обследования, *высказывать свое мнение относительно предлагаемых условий для организации обучения и воспитания детей.*

2. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся обязаны:

- обеспечить получение детьми общего образования.

Статья 55. Общие требования к приему на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность.

Прием на обучение по основным общеобразовательным программам и образовательным программам среднего профессионального образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов проводится на общедоступной основе, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом. Дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение *по адаптированной основной общеобразовательной программе* только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Статья 58. Промежуточная аттестация обучающихся.

Обучающиеся в образовательной организации по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности с момента ее образования, по усмотрению их родителей (законных представителей) оставляются на повторное обучение, переводятся на обучение *по адаптированным образовательным программам* в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии либо на обучение по индивидуальному учебному плану.

Статья 60. Документы об образовании и (или) о квалификации. Документы об обучении.

Лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся *по адаптированным основным общеобразовательным программам*, выдается свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются феде-

ральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

Статья 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

1. Содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются *адаптированной образовательной программой*, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

2. Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность *по адаптированным основным общеобразовательным программам*. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися.

5. Отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность *по адаптированным основным общеобразовательным программам*, создаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

8. Профессиональное обучение и профессиональное образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе *образовательных программ, адаптированных при необходимости для обучения указанных обучающихся*.

Статья 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя:

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания,
- специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов,
- специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования,
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь,
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий,
- обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность,
- и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Статья 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

При получении образования обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков. Указанная мера социальной поддержки является расходным обязательством субъекта Российской Федерации в отношении таких обучающихся, за исключением обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Для инвалидов, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, обеспечение этих мер социальной поддержки является расходным обязательством Российской Федерации.

Государство в лице уполномоченных им органов государственной власти Российской Федерации и органов государственной власти субъектов Российской Федерации обеспечивает подготовку педагогических работников, владеющих специальными педаго-

гическими подходами и методами обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и содействует привлечению таких работников в организации, осуществляющие образовательную деятельность.

- Комментарии к Федеральному закону от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Концептуальные подходы к образованию детей с ОВЗ

По степени инклюзии выделяют следующие виды образования:

- *Дистанционное образование* – обучение детей с ОВЗ на дому посредством компьютерных технологий.

- *Сегрегационное образование* (от лат. «segregatio» - отделение) - образование детей с ОВЗ в учреждениях интернатного типа.

- *Интегрированное образование* (от лат. «integratio» - соединение, восстановление) - образование детей с ОВЗ в ДОУ компенсирующего/комбинированного вида и коррекционных классах общеобразовательной школы.

- *Инклюзивное (включенное) образование* (от франц. «inclusif» - включающий в себя; от лат. «include» - заключаю, включаю) - совместное образование детей с ОВЗ и нормально развивающихся сверстников в общеобразовательных учреждениях; обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Категории детей, которые могут учиться в системе инклюзивного образования.

В системе инклюзивного образования могут обучаться только *дети с сохранным интеллектом*, имеющие нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы.

Вопрос об инклюзии детей с сенсорными, двигательными, интеллектуальными, хромосомными, аутистическими и др. нарушениями должен решаться строго *индивидуально*.

Принципы инклюзивного образования детей с ОВЗ:

- 1) Ценность человека не зависит от его способностей и достижений.
- 2) Каждый человек способен чувствовать и думать.
- 3) Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.
- 4) Все люди нуждаются друг в друге.
- 5) Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений.
- 6) Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.
- 7) Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут.
- 8) Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Положительные аспекты инклюзивного образования.

Детям с ОВЗ: Оптимальные условия социализации и полноценного развития, сопровождение ребенка профильными специалистами, общение со сверстниками.

Нормально-развивающимся школьникам: Опыт преодоления своих ограничений, ценность здоровья, формирование толерантности (терпимости, милосердия, взаимоуважения).

Воспитателям ДОУ, учителям ОУ, преподавателям ПОУ: Поиск новых методов преподавания, новая педагогическая позиция, формирование толерантности.

Школе: Новые ценности, новое оборудование, новые образовательные технологии, гибкая адаптивная инклюзивная образовательная среда.

Семье: Обучение и развитие ребёнка с ОВЗ рядом с домом, развитие ответственной родительской позиции, социализация семьи.

Обществу: Общественная безопасность, гражданские свободы, равные права, ценность человеческого достоинства и индивидуальности, формирование толерантности у членов общества.

Барьеры инклюзивного образования:

1) Недостаточное количество во всех субъектах РФ специалистов (психологов, дефектологов, логопедов, сурдопедагогов, тифлопедагогов).

2) Несформированность толерантного отношения российского общества к детям (людям) с ОВЗ.

3) Отсутствие гибких образовательных стандартов.

4) Отсутствие индивидуальных программ обучения, индивидуального режима обучения.

5) Несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка с ОВЗ.

6) Отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии.

7) Отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического развития детей с ОВЗ, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процесса.

8) Недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ОВЗ (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест, в том числе для дистанционного обучения).

9) Отсутствие методических материалов (поурочные разработки, планирование, конспекты занятий, технологические карты).

10 общих правил этикета при общении с детьми с ОВЗ:

1) Когда Вы разговариваете с ребенком с ОВЗ, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре.

2) Когда Вас знакомят с ребенком с ОВЗ, вполне естественно пожать ему руку - даже те, кому трудно двигать рукой, или те, кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку - правую или левую, что вполне допустимо.

3) Когда Вы встречаетесь с ребенком, который плохо видит или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с Вами. Если у Вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент Вы обращаетесь и назвать себя.

4) Если Вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать. Если Вы не поняли, не стесняйтесь - переспросите.

5) Называть людей с ОВЗ по имени или «на ты» можно, только если Вы хорошо знакомы.

6) Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске - то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе. Инвалидная коляска - это часть неприкасаемого пространства ребенка, который ее использует.

7) Разговаривая с ребенком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, пока он сам закончит фразу. Не поправляйте и не договаривайте за него. Никогда не притворяйтесь, что Вы поняли, если на самом деле это не так.

8) Когда Вы говорите с ребенком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы Ваши и его глаза были на одном уровне. Вам будет легче разговаривать, а Вашему собеседнику не понадобится запрокидывать голову.

9) Чтобы привлечь внимание ребенка, который плохо слышит, помашите ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, хотя имейте в виду, что не все дети, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто может читать по губам, расположитесь так, чтобы на Вас падал свет, и Вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы Вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало.

10) Не смущайтесь, если случайно сказали: «Увидимся» или: «Вы слышали об этом...?» тому, кто на самом деле не может видеть или слышать.

Мифы об инклюзивных школах:

1-й миф: Инклюзия – это красивое название системы, при которой все ученики свалены «в одну кучу».

2-й миф: Ученики, которые имеют специальные образовательные потребности и нуждаются в какой-то поддержке, не будут этого получать в должной мере.

3-й миф: Инклюзия означает, что все ученики должны проводить все учебное время в классе.

4-й миф: Дети с ОВЗ в классе – это изгои. Над ними издеваются одноклассники.

5-й миф: Учителя не знают, как учить детей с ОВЗ и боятся, что если они сделают какую-то ошибку или эти дети не будут учиться, на них будут жаловаться.

6-й миф: Обычные ученики будут отвлекаться в то время, как учитель будет заниматься с учениками с ОВЗ, и им будет уделяться меньше внимания.

7-й миф: Когда ученики с ОВЗ находятся в классе со всеми, уровень преподаваемых знаний снижается, чтобы приспособиться к способностям детей с ОВЗ.

8-й миф: Ученики с ОВЗ должны общаться с другими детьми с такой же или похожей проблемой. В общем классе им не будет хватать этого общения.

9-й миф: Инклюзивные школы – хорошая идея, но ее невозможно воплотить. Для учителей и директоров школ это слишком сложно.

10-й миф: Инклюзия – это слишком дорого и стоит дороже традиционного специального образования.

Инклюзивная развивающая среда дошкольного образовательного учреждения: модели, структура, условия реализации

Федеральные документы:

Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы. *Постановление от 17.03.2011 г. № 175.*

Целевые индикаторы и показатели Программы РФ «Доступная среда»:

- Доля общеобразовательных учреждений, в которых создана универсальная безбарьерная среда, позволяющая обеспечить совместное обучение инвалидов и лиц, не имеющих нарушений развития, в общем количестве общеобразовательных учреждений.

- Одним из приоритетных направлений государственной политики должно стать создание условий для предоставления детям-инвалидам с учетом особенностей их психофизического развития равного доступа к качественному образованию в общеобразовательных и других образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования, и с учетом заключений ПМПК.

Элементы программы:

- Приспособление физической среды.
- Подготовка педагогов.
- Разработка системы оказания индивидуальной и дополнительной поддержки.
- Разработка индивидуальных планов обучения.
- Разработка принципов и процедуры оценки и аттестации учащихся, обучающихся по таким планам.

Проблемы, затрудняющие продвижение программы:

- Неориентированность стандартов общего образования на обучение детей с ОВЗ.
- Неучтённость разного уровня потребностей и нужд детей в зависимости от степени ОВЗ при организации целевого финансирования.

Мероприятия Программы РФ «Доступная среда»:

- Проведение обучающих мероприятий для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий и образовательных учреждений по реализации индивидуальной программы реабилитации ребёнка-инвалида в части получения детьми-инвалидами образования в обычных образовательных учреждениях:

- Подготовка специалистов: 2011 год – 900 специалистов; 2012 год – 1 350 специалистов; 2013 год – 1 500 специалистов; 2014 год – 9 450 специалистов; 2015 год – 10 800 специалистов. Финансирование – 192 миллиона рублей.

Инклюзивная развивающая среда образовательного учреждения

Нормативно-правовые документы мирового, федерального и регионального уровней определяют, что получение детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) полноценного образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, активного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. В связи с этим обеспечение реализации права детей с ОВЗ на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации¹.

Необходимо учитывать, что дети с ОВЗ могут реализовать свой потенциал лишь при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения, воспитания и психического развития (при необходимости – коррекции отклоняющегося психического

¹ Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 № АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».

развития), то есть удовлетворения как общих с нормативно развивающимися детьми, так и особых образовательных потребностей, заданных характером ограничения возможностей их здоровья¹.

Инклюзия детей с ОВЗ в коллективы нормативно развивающихся сверстников возможна только в том обществе, которое стоит на принципиальной позиции: *не инвалидность создает ограничения в деятельности детей с ОВЗ, а среда, допускающая их дискриминацию* словами, отношением и действиями здоровых людей².

К *нормативно развивающимся детям дошкольного возраста* согласно возрастной периодизации Л.С. Выготского³, Д.Б. Эльконина⁴ и международной классификации В. Квинн⁵ мы относим детей от 3 до 7 лет, соответствующих средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы детей того же возраста, пола, культуры и т.д.⁶

В соответствии с нормативно-правовыми документами *к детям с ограниченными возможностями здоровья* относятся дети, у которых имеются препятствия или ограничения в деятельности из-за физических, умственных, сенсорных и психических нарушений⁷. К *ограниченным возможностям здоровья* в настоящее время относятся нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта; недостаточное развитие эмоционально-волевой сферы, включая спектр аутистических расстройств; дефицитарность и несформированность высших психических функций; задержка психического и речевого развития, а также комплексные нарушения развития⁸.

Диапазон различий в психическом развитии детей с ОВЗ варьирует от практически нормативно развивающихся детей, испытывающих временные и устраняемые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы; от детей, способных при специальной поддержке и психологическом сопровождении на равных обучаться вместе с нормативно развивающимися сверстниками, до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе развития и образования⁹.

Необходимо учитывать, что первичные ограничения возможностей здоровья детей (первичные дефекты) провоцируют возникновение вторичных ограничений (вторичные дефекты), связанных с проблемами в образовании, профессионализации, социализации и

¹ Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

² Сборник материалов международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: методология, практика, технологии». М.: МГППУ, 2011. 243 с.

Ливенцева Н.А. Обзор современных зарубежных исследований по проблемам инклюзивного образования //Психологическая наука и образование. 2011. №3. С.114-121.

Семаго Н.Я., Семаго М.М., Семенович М.Л., Дмитриева Т.П., Аверина И.Е. Инклюзивное образование как первый этап на пути к включающему обществу //Психологическая наука и образование. 2011. №1. С.51-59.

³ Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2004. 1136 с.

⁴ Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте //Вопросы психологии. 1971. №4. С.6-20.

⁵ Квинн В.Н. Прикладная психология. СПб.: Питер, 2000. 560 с.

⁶ Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности. М.: Генезис, 2011. 400 с.

⁷ План действий Совета Европы по содействию правам и полному участию людей с ограниченными возможностями в обществе. 2006. 52 с.

Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 1. С.3-10.

⁸ Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

⁹ Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

взаимодействия с окружающим миром. Понятие «вторичные дефекты» введено в психологическую практику Л.С. Выготским, который обратил внимание на то, что первичные дефекты (слепота, глухота, умственная отсталость и т.д.) вызывают в поведении детей как бы «социальный вывих», который влечет за собой формирование особой социальной позиции, обуславливающей социальную дезадаптацию¹.

В настоящее время существуют три концепции образования детей с ОВЗ: сегрегационная, интегрированная и инклюзивная², имеющие принципиальные различия по степени включенности детей с ОВЗ в социум.

Сегрегация (от лат. «segregatio» - отделение) детей с ОВЗ является принудительной изоляцией их от общества, от полноценного образования и от нормативно развивающихся сверстников. Сегрегационное образование детей с ОВЗ осуществляется либо на дому посредством компьютерных технологий (дистанционное образование), либо в образовательных учреждениях (детских садах, школах) интернатного типа.

Интеграция (от лат. «integratio» - соединение, восстановление) характеризуется созданием специальных условий для детей с ОВЗ в рамках уже существующей образовательной системы и без кардинального изменения самой системы. Интеграционное образование детей с ОВЗ осуществляется в коррекционных группах или классах общеобразовательных учреждений (детские сады, школы).

Инклюзия (от франц. «inclusif» - включающий в себя; от лат. «include» - заключаю, включаю) - это включение детей с ОВЗ в обычные группы или классы общеобразовательных учреждений (детские сады, школы) или психологических центров в коллектив нормативно развивающихся сверстников.

Инклюзивное образование детей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях, расположенных по месту их жительства, позволяет избежать помещения детей на длительный срок в интернатные образовательные учреждения, создать условия для их проживания и воспитания в семье, обеспечить их постоянное общение с нормативно развивающимися сверстниками и, таким образом, способствует эффективному решению проблем их социальной адаптации и инклюзии в общество.

Результаты опроса учащихся специальных (коррекционных) школ I (для глухих и слабослышащих детей) и III (для слепых и слабовидящих детей) видов, проведенного Л.В. Кузнецовой, о возможности их перехода в систему инклюзивного образования продемонстрировали ярко выраженное желание находиться в среде нормативно развивающихся сверстников, сожаление об отсутствии необходимых условий в общеобразовательных учреждениях и, как следствие, предпочтение специальных учреждений как в наибольшей степени отвечающих их образовательным потребностям³.

Инклюзия детей с ОВЗ в коллектив нормативно развивающихся сверстников становится возможной только в результате того, что в современном обществе на смену «ме-

¹ Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 527 с.

² Корепанова И.А. Общение и деятельность – два основания для проектирования интегративных (инклюзивных) пространств // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С. 12-18.

Ливенцева Н.А. Обзор современных зарубежных исследований по проблемам инклюзивного образования // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С. 114-121.

Назарова Н.М. К проблеме разработки теоретических и методологических основ образовательной интеграции // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С. 5-11.

Алехина С.В. Сравнительный анализ профессиональной позиции учителя в разных формах обучения // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С. 32-40.

Суворов А.В. Инклюзивное образование и личностная инклюзия // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С. 27-31.

Гайдукевич С.Е. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения Минск: БГПУ, 2006. 98 с.

Коноплева А.Н. Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями Минск: НИО, 2005. 259 с.

³ Кузнецова Л.В. Построение «культуры включения» - профилактика рисков инклюзивного образования / Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фадиной А.К. Инклюзивное образование / Под ред. Т.Н. Гусевой. М.: Школьная книга, 2010. 272 с. С.37-43.

дицинской» модели инвалидности, которая определяет инвалидность как нарушение здоровья и ограничивает поддержку людей с ОВЗ социальной защитой как больных и неспособных, приходит «социальная» модель инвалидности, которая утверждает, что причина инвалидности находится не в самом заболевании, а в существующих в обществе физических («архитектурных»), организационных и психологических барьерах, стереотипах и предрассудках¹. В соответствии с моделями инвалидности в современной системе образования сформированы медицинский и социальный подходы к организации образования детей с ОВЗ (схема 3.1).

Схема 3.1

Медицинский и социальный подходы к организации образования детей с ОВЗ²

Медицинский подход: дети с ОВЗ как проблема	Социальный подход: система образования как проблема
↓	↓
Дети с ОВЗ имеют особые образовательные потребности	Образовательная среда не приспособлена для работы с детьми с ОВЗ
↓	↓
Дети с ОВЗ нуждаются в специальной среде, специальном оборудовании и специальных учителях	Негибкие программы и методы обучения, негибкие образовательные стандарты, ресурсные барьеры, отсутствие системы поддержки
↓	↓
Дети с ОВЗ не отвечают требованиям общеобразовательной школы	Общеобразовательная школа не отвечает потребностям детей с ОВЗ
↓	↓
Дети с ОВЗ исключаются из общеобразовательной школы	Недоступная среда исключает детей с ОВЗ из общеобразовательной школы

Исходя из логики схемы 3.1 инклюзивное образование предполагает не только реструктуризацию архитектурной среды в соответствии с потребностями нормативно развивающихся детей и детей с ОВЗ³, но и разработку образовательных стандартов и программ, организацию многокомпонентной инклюзивной среды, включающей в себя полисубъектное взаимодействие.

Под полисубъектным взаимодействием мы понимаем форму непосредственного взаимодействия субъектов друг с другом, обуславливающую их совместную деятельность. В рамках диссертационной работы *к субъектам взаимодействия* мы относим специалистов помогающих профессий (психологи, дефектологи, логопеды, педагогические работники образовательных учреждений; медицинские, социальные и юридические работники), нормативно развивающихся детей дошкольного возраста, детей дошкольного возраста с ОВЗ, родителей детей дошкольного возраста.

О.Н. Усанова указывает на необходимость создания комплекса параллельных служб в системе образования, включающего в себя «психологическую, социально-педагогическую, педагогическую (в том числе – коррекционно-педагогическую и логопе-

¹ Инклюзивное образование в России. М.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011. 89 с.

Борисова Н.В., Прушинский С.А. Инклюзивное образование: право, принципы, практика /Под ред. М.Ю. Перфильевой. М., Владимир: ООО «Транзит-ИКС», 2009. 128 с.

² ЮНЕСКО. Руководство по инклюзии: обеспечение доступа к образованию для всех /Перевод с англ.: С. Котова. Редакция: М. Перфильева. М., Владимир: ООО «Транзит-ИКС», 2007. 153 с.

³ Дэниелс Г. Exclusion from School and Its Consequences //Психологическая наука и образование. 2011. №1. С.38-50.

дическую), медицинскую службу, организационно и содержательно-деятельностно объединенных в единую систему»¹. Управление комплексом параллельных служб должно осуществляться на административном уровне.

Конечно, не вызывает сомнения тот факт, что в системе инклюзивного образования могут обучаться, воспитываться и развиваться только дети с сохранным интеллектом, имеющие нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. Вопрос об инклюзии детей с синдромом Дауна, аутистическим расстройством или задержкой психического развития должен решаться строго индивидуально. Именно поэтому особая роль в инклюзивном образовании должна отводиться профессиональной деятельности *специально подготовленных к работе с такими детьми специалистов помогающих профессий*, способных создать *инклюзивную развивающую среду*².

Учитывая, что инклюзивное образование включает в себя три взаимосвязанных процесса: обучение, воспитание и психическое развитие (коррекцию) детей, правомерно придать особую статусность такой категории как «инклюзивное психическое развитие» нормативно развивающихся детей дошкольного возраста и их сверстников с ОВЗ.

Под инклюзивным психическим развитием мы понимаем включение детей с ОВЗ в социально одобряемую развивающую (коррекционную) деятельность, при которой, с одной стороны, обеспечиваются права детей, а, с другой, - их социальная активность. Другими словами, инклюзивное психическое развитие – это включение детей с ОВЗ в группы нормативно развивающихся сверстников, занимающихся по различным психологическим развивающим (коррекционным) методикам. Результатом инклюзивного психического развития детей является не только высокий уровень развития высших психических функций (при необходимости - коррекция отклоняющегося психического развития), но и формирование толерантности у нормативно развивающихся детей по отношению к сверстникам с ОВЗ³.

У нормативно развивающихся детей, готовящихся к обучению в школе, наблюдается большой индивидуальный разброс темпов психического развития, достигающий до 1-1,5 лет, что убедительно подтверждается исследованиями Н.В. Дубровинской, Д.А. Фарбер и М.М. Безруких⁴. У детей с ОВЗ первичный дефект провоцирует возникновение ряда вторичных дефектов, связанных с различными вариантами отклонений в психическом развитии, что, в свою очередь, может обусловить ещё больший разброс темпов психического развития таких детей и непреодолимые трудности их адаптации в общеобразовательной школе⁵.

В связи с этим, для успешного инклюзивного образования детей с ОВЗ в общеобразовательной школе крайне необходима система дошкольного инклюзивного психического развития детей, позволяющая максимально приблизить темпы развития детей с ОВЗ к темпам нормативно развивающихся сверстников. Организация такой системы возможна либо в дошкольных образовательных учреждениях (детских садах), либо в детских психологических центрах. Наше утверждение соотносится с позицией Н.Н. Малофеева о том, что уровень психического развития пришедших в школу детей с ОВЗ зависит не только от времени возникновения, характера и даже степени выраженности первичного дефекта, но

¹ Усанова О.Н. Дети проблемам психического развития. М.: НПЦ «Коррекция», 1995. 208 с. С.43-44.

² План действий Совета Европы по содействию правам и полному участию людей с ограниченными возможностями в обществе, 2006. 52 с.

Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

³ Сиротюк А.С. Организация полисубъектной деятельности специалистов в системе инклюзивного образования //Альма Матер. 2012. №4. С.66-71.

⁴ Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии. М.: Владос, 2000. 144 с.

⁵ Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 527 с.

и от качества предшествующего психического развития и воспитания¹.

Несформированность толерантности к людям с ОВЗ у части российского общества является одним из факторов, препятствующих осуществлению полноценной инклюзии детей с ОВЗ в социум и ещё раз свидетельствует об актуальности настоящего диссертационного исследования, посвященного профессиональной деятельности психолога как специалиста помогающей профессии (по Климову Е.А.: профессии системы «человек-человек»²), направленной на улучшение качества жизни различных социальных групп населения.

Потенциал развивающей среды, в том числе инклюзивной, для детей дошкольного возраста многоаспектен: Л.С. Выготский рассматривал среду как источник психического развития детей³; В.В. Давыдов - как условие, процесс и результат психического развития детей дошкольного возраста⁴; В.А. Петровский - как единство социальных и предметных средств обеспечения разнообразной деятельности детей⁵; А.В. Мудрик - как способ трансформации внешних отношений во внутреннюю структуру личности, удовлетворение потребности в деятельности⁶; В.А. Ясвин - как систему влияний и условий формирования личности, а также возможностей для её развития, содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении⁷.

Согласно концепции о социально-биологической интеграции в психическом развитии детей Цветкова Л.С. пишет о том, что «сложная связь, сплетение двух разнородных процессов – биологического и социального – в генетическом разрезе представляют собой изменчивую величину. ... Биологическое играет свою определенную роль в развитии психической деятельности ребенка, но в сложном переплетении с психологическими и социальными пластами в формировании психики ребенка. ... Начало развития ВПФ лежит не внутри мозговых структур, а вне их – в социальной среде»⁸. Так и формирование толерантности детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ОВЗ невозможно без организации их совместной деятельности, то есть без организации инклюзивной развивающей среды, например, детского психологического центра.

С нашей точки зрения инклюзивная среда общеобразовательных учреждений и психологических центров должна быть органично включена в *вертикально-горизонтальную структуру инклюзивной среды социума*⁹ (табл. 3.1).

Первым уровнем инклюзивной вертикали должен стать преддошкольный возраст (0-3 года), в котором комплексная и полисубъектная помощь детям с ОВЗ и их родителям позволит адаптироваться в правовом поле; в сфере конкретных форм помощи со стороны органов социальной защиты; в области мер медицинской помощи и сопровождения детей с ОВЗ; в психологическом поле проблем, с которыми сталкиваются родители детей с ОВЗ. На этом уровне необходимо решение вопроса о выборе образовательного и развивающего (коррекционного) маршрута для детей с ОВЗ, в том числе об определении формы и степени их инклюзии в образовательную и развивающую (коррекционную) среду с учетом осо-

¹ Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

² Климов Е.А. Введение в психологию труда. М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998. 350 с.

³ Выготский Л.С. Обучение и развитие в дошкольном возрасте. М.: АПН РСФСР, 1956. 540 с.

⁴ Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения. М.: Педагогика, 1986. 296 с.

⁵ Петровский В.А., Кларина Л.М., Смывина Л.А., Стрелкова Л.П. Построение развивающей среды в дошкольном учреждении. М.: Новая школа, 2003. 211 с.

⁶ Мудрик А.В. Социальная педагогика. М.: Академия, 2000. 200 с.

⁷ Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию М.: Смысл, 2001. 366 с.

⁸ Цветкова Л.С. Концептуальный аппарат нейропсихологии детского возраста /Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста /Под ред. Л.С. Цветковой. М.-Воронеж: МПСИ; НПО «МОДЭК», 2010. 320 с. С.23-60.

⁹ Сиротюк А.С. Организация полисубъектной деятельности специалистов в системе инклюзивного образования //Альма Матер. 2012. №4. С.66-71.

бенностей их психического развития¹.

На втором уровне инклюзивной вертикали воспитание, социализация и психическое развитие (коррекция) детей дошкольного возраста с ОВЗ (4-7 лет), а также полисубъектная система поддержки семей должны осуществляться в рамках дошкольных образовательных учреждений (детских садов) и детских психологических центров. Это позволит обоснованно и дифференцировано определить индивидуальные образовательные и развивающие (коррекционные) маршруты для детей с ОВЗ. Именно на втором уровне инклюзивной вертикали необходимо создание условий для совместной деятельности детей с ОВЗ и их нормативно развивающихся сверстников, то есть именно на этом этапе необходима организация инклюзивной среды, что возможно в условиях дошкольных образовательных учреждений (детских садов) и детских психологических центров.

В настоящей диссертационной работе проведено исследование профессиональной деятельности психолога на втором уровне инклюзивной вертикали в условиях инклюзивной развивающей среды детского психологического центра.

Третий уровень инклюзивной вертикали (общеобразовательная школа) может включать в себя в качестве вариативных возможностей инклюзивного образования и психического развития полную, частичную или временную инклюзию в образовательный и развивающий (коррекционный) процесс с учетом возможностей каждого школьника с ОВЗ², а также организацию инклюзивной среды в условиях общеобразовательных школ и психологических центров.

Четвертым уровнем инклюзивной вертикали должна стать профориентация выпускников общеобразовательных школ с ОВЗ в сфере возможных профессиональных интересов и выборов, а также траектории дальнейшего профессионального образования.

Пятым (завершающим) уровнем инклюзивной вертикали должно стать профессиональное образование выпускников школ с ОВЗ и их дальнейшее трудоустройство.

Таблица 3.1

Вертикально-горизонтальная структура инклюзивной среды социума

Уровни инклюзивной образовательной вертикали	Инклюзивная образовательная горизонталь
<p style="text-align: center;">⇩</p> <p><i>Первый уровень инклюзивной вертикали:</i> - комплексная помощь детям с ОВЗ (0-3 года) и их родителям по адаптации в правовом поле, в сфере конкретных форм помощи со стороны органов социальной защиты, в области мер медицинской помощи и сопровождения детей с ОВЗ, в психологическом поле проблем, с которыми сталкиваются родители детей с ОВЗ; - решение вопроса о выборе образовательного и развивающего (коррекционного) маршрута для детей с ОВЗ, в том числе об определении формы и степени их инклюзии в обра-</p>	<p>На каждом уровне <i>инклюзивной вертикали</i> необходима организация <i>инклюзивной горизонтали</i>, включающей в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - техническое оснащение образовательных учреждений (детские сады, школы) и детских психологических центров для создания безбарьерного пространства (пандусы, подъемники, специально оборудованные туалеты, кабинеты лечебной физкультуры, кабинеты психомоторной коррекции, комнаты для логопедических и развивающих (коррек-

¹ Семаго М.М., Семаго Н.Я., Аверина И.Е. Определение образовательного маршрута ребенка с ОВЗ на психолого-медико-педагогической комиссии ресурсного центра по развитию инклюзивного образования // Психологическая наука и образование. 2011. №3. С.50-58.

² Лошакова И.И., Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов / Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов: Научная книга, 2006. 260 с.

<p>зовательную и развивающую (коррекционную) среду с учетом особенностей их психического развития.</p>	
<p>↓</p>	
<p><i>Второй уровень инклюзивной вертикали (детские сады и детские психологические центры):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - воспитание, социализация и психическое развитие (коррекция) детей дошкольного возраста с ОВЗ (4-7 лет) в рамках дошкольных образовательных учреждений (детских садов) и детских психологических центров; - обоснованное и дифференцированное определение индивидуальных образовательных и развивающих (коррекционных) маршрутов для детей с ОВЗ; - организация инклюзивной развивающей среды в условиях дошкольных образовательных учреждений (детских садов) и детских психологических центров. <p><i>В настоящей диссертационной работе проведено исследование профессиональной деятельности психолога на втором уровне инклюзивной вертикали в условиях инклюзивной развивающей среды детского психологического центра.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - создание благоприятных условий для адаптации детей с ОВЗ в образовательных учреждениях (детские сады, школы) и детских психологических центрах; - организация полисубъектного взаимодействия специалистов помогающих профессий, нормативно развивающихся детей, детей с ОВЗ, родителей; - профессиональная подготовка специалистов помогающих профессий для организации инклюзивной развивающей среды образовательных учреждений (детские сады, школы) и детских психологических центров; - разработка адаптированных образовательных программ и развивающих (коррекционных) методик для детей с ОВЗ; - разработка индивидуальных планов занятий для детей с ОВЗ (совместно с родителями); - регламентированное нормативно-правовыми документами финансовое и юридическое обеспечение образовательного и развивающего (коррекционного) процесса.
<p>↓</p>	
<p><i>Третий уровень инклюзивной вертикали (общеобразовательная школа и детские психологические центры):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - полная, частичная или временная инклюзия в образовательный и развивающий (коррекционный) процесс с учетом возможностей каждого школьника с ОВЗ; - организация инклюзивной развивающей среды в условиях общеобразовательных школ и детских психологических центров. 	
<p>↓</p>	
<p><i>Четвертый уровень инклюзивной вертикали:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - профориентация выпускников общеобразовательных школ с ОВЗ в сфере возможных профессиональных интересов и выборов, а также определение траектории дальнейшего профессионального образования. 	
<p>↓</p>	
<p><i>Пятый уровень инклюзивной вертикали:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - профессиональное образование выпускников школ с ОВЗ и их дальнейшее трудоустройство. 	

На каждом уровне *инклюзивной вертикали* необходима организация *инклюзивной горизонтали*, что, прежде всего, предполагает техническое оснащение образовательных

учреждений (детские сады, школы) и детских психологических центров для создания безбарьерного пространства (пандусы, подъемники, специально оборудованные туалеты, кабинеты лечебной физкультуры, кабинеты психомоторной коррекции, комнаты для логопедических и развивающих (коррекционных) занятий со специалистами помогающих профессий, медицинский кабинет, спортивный зал и т.д.); создание благоприятных условий для адаптации детей с ОВЗ в образовательных учреждениях и детских психологических центрах; организация полисубъектного взаимодействия специалистов помогающих профессий, нормативно развивающихся детей, детей с ОВЗ, родителей; профессиональная подготовка специалистов помогающих профессий для организации инклюзивной развивающей среды образовательных учреждений и детских психологических центров; разработка адаптированных образовательных программ и развивающих (коррекционных) методик для детей с ОВЗ; разработка индивидуальных планов занятий для детей с ОВЗ (совместно с родителями); регламентированное нормативно-правовыми документами финансовое и юридическое обеспечение образовательного и развивающего (коррекционного) процесса.

Такое обеспечение вертикально-горизонтальной преемственности позволит на протяжении всего периода образования, психического развития (коррекции), адаптации, социализации и профессионализации детей с ОВЗ обеспечить их полисубъектное сопровождение.

Структуру инклюзивной развивающей среды психологического центра можно представить во взаимосвязи четырех компонентов: психологического, методологического, материально-технического и информационно-методического¹ (схема 3.2):

- *Психологический компонент.* Занимаясь организацией инклюзивной развивающей среды психологу необходимо первостепенное внимание обратить на организацию полисубъектного взаимодействия специалистов помогающих профессий, нормативно развивающихся детей дошкольного возраста, детей дошкольного возраста с ОВЗ, родителей. Кроме того, необходимым условием совместной развивающей (коррекционной) деятельности детей является толерантность всех участников инклюзивного развивающего процесса по отношению к детям с ОВЗ. Ориентирами для организации психологического компонента инклюзивной развивающей среды должны служить закономерности психического развития детей дошкольного возраста, специфика дефекта детей с ОВЗ, психологические особенности мальчиков и девочек².

- *Методологический компонент.* При создании инклюзивной развивающей среды психологу необходимо руководствоваться следующими принципами: а) договоренность, согласие и взаимные обязательства семьи, общества и государства; б) информативность среды, то есть разнообразие тематики материалов и оборудования; в) вариативность среды, то есть возможность использовать среду для различных развивающих занятий; г) полифункциональность среды, то есть развивающая среда должна открывать множество возможностей, обеспечивать все составляющие развивающего процесса; д) трансформируемость среды, то есть возможность изменений, позволяющих вынести на первый план ту или иную функцию пространства; е) психологическая целесообразность среды, позволяющая предусмотреть необходимость и достаточность наполнения развивающей среды.

- *Материально-технический компонент.* В помещении психологического центра должно быть наличие необходимых материалов и оборудования для осуществления профессиональной деятельности психолога; безбарьерное пространство, доступное для детей с ОВЗ. Материалы и оборудование должны иметь сертификат качества и отвечать гигиеническим, психологическим и эстетическим требованиям.

¹ Федеральные государственные требования к условиям реализации основной общеобразовательной программы дошкольного образования. Приказ Министерства образования и науки РФ от 14 ноября 2011 г. № 22303.

Аксенов А.А. Организация развивающей личностно-ориентированной среды для детей. Коломна: КГПИ, 2008. 110 с.

² Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Половые дихотомии психического развития детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста // Вестник ТГУ. 2012. Вып. 2 (15). С. 39-48.

- *Информационно-методический компонент.* Инклюзивная развивающая среда психологического центра должна включать в себя необходимый диагностический и развивающий (коррекционный) материал для обеспечения гармоничного психического развития как нормативно развивающихся детей, так и детей с ОВЗ; документацию, научно-методическую литературу, интернет-ресурсы и т.д.

Схема 3.2

Структура инклюзивной развивающей среды психологического центра

Структура инклюзивной развивающей среды психологического центра			
Психологический компонент	Методологический компонент	Материально-технический компонент	Информационно-методический компонент
<p>Полисубъектное взаимодействие специалистов помогающих профессий, нормативно развивающихся детей дошкольного возраста, детей дошкольного возраста с ОВЗ, родителей. Толерантность всех участников инклюзивного развивающего процесса по отношению к детям с ОВЗ. Учет закономерности психического развития детей дошкольного возраста, специфики дефекта детей с ОВЗ, психологических особенностей мальчиков и девочек.</p>	<p>Принципы организации среды: договоренность, согласие и взаимные обязательства семьи, общества и государства; информативность, вариативность, полифункциональность, трансформируемость и психологическая целесообразность среды.</p>	<p>Материалы и оборудование для осуществления профессиональной деятельности психолога. Безбарьерное пространство, доступное для детей с ОВЗ.</p>	<p>Диагностический и развивающий (коррекционный) материал, документация, научно-методическая литература, интернет-ресурсы и т.д.</p>

Занимаясь организацией среды психологу необходимо учитывать, что инклюзивная развивающая среда психологического центра принципиально отличается от инклюзивной образовательной среды детского сада и школы по следующим позициям¹:

¹ Курбатов Р.А., Евсикова Н.И. Место и роль ресурсного центра инклюзивного образования в образовательном пространстве Северо-Западного административного округа /Инклюзивное образование. Выпуск 1. /Под ред. С.В. Алексина, Н.Я. Семаго, А.К. Фадына. М.: Школьная книга, 2010. 272 с. С.160-168.

Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М.: Владос, 2003. 368 с.

- основной задачей инклюзивной развивающей среды психологического центра является обеспечение постоянного взаимодействия нормативно развивающихся детей дошкольного возраста и их сверстников с ОВЗ друг с другом, а родителей детей - с различными специалистами помогающих профессий;
- инклюзивная развивающая среда психологического центра для детей дошкольного возраста, как посещающих, так и не посещающих детский сад, является опосредующим звеном для их адаптации в инклюзивной образовательной среде детского сада и последующего перехода в инклюзивную образовательную среду школы;
- инклюзивная развивающая среда психологического центра не только обеспечивает всех участников инклюзивного развития необходимыми ресурсами, но и предполагает поиск скрытых ресурсов внутри инклюзивной образовательной среды детского сада и школы;
- в инклюзивной развивающей среде психологического центра возможна организация постоянного мониторинга уровня развития высших психических функций (ВПФ) и уровня сформированности толерантности у детей дошкольного возраста, как нормативно развивающихся, так и с ОВЗ.

Таким образом, в настоящем диссертационном исследовании *под инклюзивной развивающей средой психологического центра* мы понимаем взаимосвязь материально-технического, методологического, информационно-методического и психологического компонентов, обеспечивающих необходимые условия для совместной деятельности нормативно развивающихся детей и детей с ОВЗ (по Бондыревой С.К. и Колесову Д.В.: связь индивида с объектом¹).

Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 1. С.3-10.

Семаго Н.Я., Семаго М.М., Семенович М.Л., Дмитриева Т.П., Аверина И.Е. Инклюзивное образование как первый этап на пути к включающему обществу // Психологическая наука и образование. 2011. №1. С.51-59.

Семаго Н.Я. Роль школьного психолога на начальных этапах организации инклюзивного образования в школе // Пути развития инклюзивного образования в Центральном округе // Под общ. ред. Н.Я. Семаго. М.: ЦАО, 2009. С.51-56.

Семаго Н.Я. Система обучения и повышения квалификации специалистов образовательных учреждений, реализующих инклюзивное образование // Приложение к журналу Стремление к Инклюзивной Жизни. №3. 2009. С.10-12.

Шмидт В.Р. Социальная эксклюзия и инклюзия в образовании. М.: Весь мир, 2006. 182 с.

Ямбург Е.А. Школа для всех: Адаптивная модель. М.: Новая школа, 1996. 352 с.

¹ Бондырева С.К., Колесов Д.В. Толерантность. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2011. 240 с.

Организация инклюзивного образования детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации ФГОС ДО

Проблемы специального образования сегодня являются одними из самых актуальных в работе всех подразделений Министерства образования и науки РФ, а также системы специальных коррекционных учреждений. Это связано, в первую очередь с тем, что число детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, неуклонно растет. В настоящее время в России насчитывается более 2 млн детей с ограниченными возможностями (8% всех детей), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды. Кроме роста числа почти всех категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, отмечается и тенденция качественного изменения структуры дефекта, комплексного характера нарушений у каждого отдельного ребенка. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образования в пределах специальных образовательных стандартов, лечение и оздоровление, воспитание и обучение, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию.

Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (далее – дети с ограниченными возможностями здоровья) образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации.

В Конституции РФ и Законе «Об образовании» сказано, что дети с проблемами в развитии имеют равные со всеми права на образование. Важнейшей задачей модернизации является обеспечение доступности качественного образования, его индивидуализация и дифференциация, систематическое повышение уровня профессиональной компетентности педагогов коррекционно-развивающего обучения, а также создание условий для достижения нового современного качества общего образования.

В настоящее время в области функционирует сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений, предназначенных для обучения различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья. Однако в Концепции модернизации российского образования отмечается, что «дети с ограниченными возможностями здоровья должны обеспечиваться медико-социальным сопровождением и специальными условиями для обучения в общеобразовательной школе по месту жительства».

Право ребенка с ограниченными возможностями здоровья на получение образования по месту жительства может быть реализовано путем организации интегрированного обучения их с нормально развивающимися сверстниками.

Однако, в нашем обществе существует целый ряд проблем, связанных с включением ребенка-инвалида в школьное пространство по месту жительства:

- наличие стереотипов и предрассудков в школьной среде по отношению к инвалидности;
- недостаток информации у школьников об инвалидности и о возможностях их сверстников-инвалидов;
- отсутствие доступной среды и технических средств реабилитации, облегча-

ющих образовательный процесс для школьников с особыми образовательными потребностями;

- отсутствие знаний, соответствующей подготовки и методик для работы с ребенком, имеющим особые образовательные потребности, в условиях образовательного учреждения по месту жительства;
- неготовность широкой общественности признавать право ребенка с особыми образовательными потребностями на получение образования его в среде своих сверстников без инвалидности;
- полное отсутствие или формальный характер индивидуальной программы реабилитации ребенка, направленной на получение полноценного образования.

Сегодня многие страны признают интегрированное обучение наиболее перспективной организационной формой обучения детей-инвалидов. И настоящие методические рекомендации призваны помочь педагогам организовать обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в неспециализированных образовательных учреждениях.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья

Основные этапы практического индивидуального психолого-медико-педагогического сопровождения интегрируемого ребенка в общеобразовательном учреждении:

1. Выявление и анализ проблем и причин отклонений у ребенка (на уровне школьного психолого-педагогического консилиума).
2. Определение возможности интеграции конкретного ребенка, условий и форм интеграции.
3. Составление плана интегрированного обучения, включая:
 - *определение вида и объема необходимой коррекционной помощи (образовательной, медицинской и др.);*
 - *частота, время и место оказания специальной коррекционной помощи специалистов;*
 - *оказание дополнительной специальной помощи.*
4. Проведение предварительной коррекционной работы, направленной на подготовку к интегрированному обучению (в условиях общеобразовательной школы (ПМПк):
 - *с ребёнком и его родителями;*
 - *с родителями, обучающимися и педагогами массовой школы.*
5. Разработка индивидуальных коррекционных программ в зависимости от уровня знаний, возможностей и способностей ребенка (ПМПк общеобразовательной школы).
6. Организация и реализация образовательного процесса интегрированного обучения (в условиях общеобразовательной школы).
7. Систематическое сопровождение образовательного процесса в условиях интеграции.
8. Оценка результатов обучения (совместно специалистами ОПМПк и образовательного учреждения).
9. Анализ выполненных рекомендаций всеми участниками процесса интеграции.
10. Анализ перспективы дальнейшего развития интегрируемого ребенка.

Определение сроков начала интегрированного обучения решается индивидуально по отношению к каждому ребенку и по желанию его родителей (законных представителей). Это зависит от выраженности отклонений в развитии.

Необходимым условием организации успешного обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего типа

является создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить их полноценную интеграцию и личностную самореализацию. В образовательном учреждении должны быть созданы надлежащие материально-технические условия, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа детей с недостатками физического и психического развития в здания и помещения образовательного учреждения

Эффективное интегрированное обучение возможно лишь при условии специальной подготовки и переподготовки педагогов общеобразовательных учреждений. Целью такой подготовки является овладение педагогам массовых школ основными методами воспитания и обучения детей с физическими и умственными недостатками. Учителя-дефектологи должны быть специально подготовлены к оказанию коррекционной помощи в условиях интегрированного обучения.

Необходимо обеспечить психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья на протяжении всего периода его обучения. Это сопровождение включает не только специальную коррекционно-развивающую работу с детьми в индивидуальной и групповой форме, но обязательно и работу с администрацией образовательного учреждения, педагогическим и детским коллективом, родителями. С этой целью целесообразно вводить в штатное расписание образовательных учреждений общего типа дополнительные ставки педагогических работников (учителя-дефектологи, учителя-логопеды, педагоги-психологи).

С целью обеспечения диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях организуется работа психолого-медико-педагогического консилиума. Деятельность ПМПк ведется в соответствии с письмом Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 г. № 27/90-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения», Законодательством Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», рекомендациями ПМПк.

Образовательное учреждение разрабатывает и утверждает на основании указанных рекомендаций положение о ПМПк, его состав.

Заместитель директора по учебно-воспитательной работе, является председателем ПМПк-консилиума, организует работу консилиума, осуществляет контроль за выполнением рекомендаций ПМПк, оказывает систематическую организационно-методическую помощь учителям, которые работают с детьми с ОВЗ в определении направлений и планировании работы, анализирует результаты обучения.

Специалисты ПМПк:

- осуществляют психолого-медико-педагогическое обследование детей с ОВЗ;
- разрабатывают индивидуально-ориентированные коррекционно-развивающие программы, индивидуальные образовательные маршруты с целью коррекции имеющихся проблем в развитии;
- проводят коррекционно-развивающие занятия (индивидуальные, групповые), тренинговые занятия;
- организуют работу Школ для родителей, имеющих детей с особыми потребностями; обеспечивают их консультативной поддержкой.

Комплексное сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательного учреждения осуществляют педагог-психолог, учитель-логопед, учитель.

В обязанности учителя-логопеда входит: всестороннее изучение речи обучающихся, проведение индивидуально-групповых и фронтальных занятий с теми из них, которые имеют не сильно выраженные отклонения в речевом развитии, оказание методической помощи учителям по преодолению трудностей при освоении обучающимися родного языка. Для логопедических занятий в учебном плане предусматриваются часы в соответствии

с Базисными учебными планами специальных (коррекционных) образовательных учреждений соответствующего вида.

Педагог-психолог выявляет особенности их интеллектуального развития, личностных и поведенческих реакций, проводит групповые и индивидуальные занятия, направленные на нормализацию эмоционально-волевой сферы, формирование продуктивных способов мыслительной деятельности, а также на исправление возможных нарушений общения и поведения; оказывает методическую помощь учителям; развивать психолого-педагогическую компетентность педагогов и родителей.

Учителя, работающие с детьми с особыми образовательными потребностями, проводят систематическое углубленное изучение обучающихся с целью выявления их индивидуальных особенностей и определения направлений развивающей работы, фиксируют динамику развития обучающихся, ведут учет освоения ими общеобразовательных программ, совместно с педагогом-психологом заполняют на них карты сопровождения.

Специалисты сопровождения отслеживают эффективность обучения детей с ОВЗ по программе, рекомендованной ПМПК. Текущие и этапные результаты адаптации, продвижения в развитии и личностном росте обучающихся, формирования навыков образовательной деятельности, освоения общеобразовательных программ, показатели функционального состояния их здоровья фиксируются в карте сопровождения обучающегося.

В случае отсутствия специалистов сопровождения, невозможности введения в штатное расписание учреждения ставок специалистов квалифицированная психолого-педагогическая коррекционная поддержка может оказываться на основе договора со специальным (коррекционным) образовательным учреждением или на базе Ресурсного Центра.

Целесообразно иметь в каждом районе не менее одного Ресурсного центра.

Ресурсный центр создается в целях оказания психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, разработки и внедрения системной работы по интегрированному обучению.

Специалисты областной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ОПМПК) оказывают методическую и информационную поддержку всем участникам образовательного процесса. С этой целью ОПМПК организует работу выездных консультативных пунктов для оказания специализированной практической и консультативной помощи в районах и городах области для детей, родителей (законных представителей), педагогов образовательных учреждений, специалистов муниципального органа управления образованием.

С целью осуществления динамического контроля за эффективностью реализации рекомендаций по отношению к детям, прошедшим обследование на ОПМПК, уточнения дальнейшего образовательного маршрута, образовательные учреждения направляют следующие категории детей и подростков от 0 до 18 лет для обследования на ОПМПК:

- детей, нуждающихся в определении, изменении или уточнении образовательного маршрута;
- обучающихся 1 классов, которые не освоили общеобразовательную программу;
- детей, обучающихся на дому, которым рекомендовано обучение и воспитание по программе специального (коррекционного) образовательного учреждения V, VII, VIII вида, компенсирующего обучения (ежегодно);
- обучающихся, успешно освоивших (на «4» и «5») специальную (коррекционную) программу V, VII, VIII вида, программу компенсирующего обучения;
- обучающихся, которые не осваивают (имеют две и более неудовлетворительные оценки) специальную (коррекционную) программу V, VII, VIII вида, программу компенсирующего обучения;
- выпускников школ, которые обучались по программе специального (кор-

рекционного) образовательного учреждения V, VII, VIII вида.

Психолого-медико-педагогическая комиссия осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Основные категории жизнедеятельности человека **способность к:**

- самообслуживанию;
- самостоятельному передвижению;
- ориентации;
- общению;
- контролировать своё поведение;
- обучению;
- трудовой деятельности;
- обучению.

Способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий.

2 степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий.

3 степень - неспособность к обучению.

Индивидуальный образовательный маршрут

Индивидуальный образовательный маршрут - это движение в образовательном пространстве, создаваемом для ребёнка с ОВЗ и его семьи при осуществлении образовательного и психолого-педагогического сопровождения в конкретном образовательном учреждении специалистами различного профиля с целью реализации индивидуальных особенностей развития.

Внешние индивидуальные образовательные маршруты могут составляться в рамках образовательного пространства региона, муниципалитета, города и т.д. и определяются ПМПК.

Внутренние индивидуальные образовательные маршруты составляются внутри одного образовательного учреждения и определяются ПМПк (малый консилиум образовательного учреждения).

Факторы, определяющие выбор индивидуального образовательного маршрута:

- возраст ребёнка;
- состояние здоровья;
- уровень готовности к освоению образовательной программы;
- возможность раннего выявления проблем в развитии ребенка и своевременного обращения к специалистам;

- особенности, интересы и потребности ребенка и его семьи в достижении необходимого образовательного результата;
- профессионализм специалистов образовательных учреждений;
- возможности образовательного учреждения удовлетворить специальные и особые образовательные потребности детей;
- возможности материально-технической базы образовательного учреждения;
- возможность и желание семьи взаимодействовать со специалистами и продолжать занятия ребенком дома;
- наличие в регионе (муниципалитете, городе), где проживает семья, специальных (коррекционных) и других образовательных учреждений.

Пример индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ:

- Направления работы педагога.
- Разработка и апробация новых форм многоуровневой подачи учебного материала и организации урока (занятия).
- Разработка индивидуальных образовательных маршрутов и планов.
- Организация работы междисциплинарной команды специалистов.
- Создание системы формирования толерантности обучающихся (воспитанников).
- Создание условий общей доступности образовательной организации.

Разработка учебных планов и рабочих программ

При интегрированном обучении для детей с ОВЗ разрабатываются индивидуальные учебные планы на основе базисного учебного плана специального (коррекционного) образовательного учреждения соответствующего вида и отдельные рабочие программы по каждому учебному предмету учебного плана на основе примерных программ, рекомендованных для обучения ребенка, и на основании федеральных государственных образовательных стандартов.

Для проведения коррекционных и развивающих занятий в учебном плане предусматриваются часы за счет части учебного плана, формируемого участниками образовательного процесса, либо за счет реализации программ дополнительного образования интеллектуально-познавательной направленности.

Если сроки освоения общеобразовательной программы не совпадают с нормой, то для детей с ОВЗ заводят отдельный классный журнал, где фиксируют прохождение программного материала.

Структура индивидуальной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья

Типовая структура индивидуальной образовательной программы включает следующие разделы:

1. Титульный лист.
2. Пояснительная записка.
3. Условия реализации программы коррекционной работы.
4. Индивидуальный учебный план.
5. Содержание программы.
6. Заключение и рекомендации специалистов.

В индивидуальной образовательной программе указывается содержание и объем знаний, умений и навыков, подлежащих усвоению по разным учебным предметам, а также отражается коррекционная работа с обучающимся, то есть фиксируются те приемы и методы коррекционной работы, которые будут реализованы в процессе усвоения содержания материала на уроке.

Компонентный состав структуры индивидуальной образовательной программы для обучающегося может быть оформлен следующим образом.

Титульный лист.

Включает в себя наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя обучающегося, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями.

При необходимости программа должна быть согласована с председателем психолого-медико-педагогического консилиума. На титульном листе можно указать специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной программы.

Пояснительная записка.

В пояснительной записке излагается краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени. На основе данных независимой психолого-педагогической диагностики формулируются цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток. В пояснительной записке следует указать основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана индивидуальная образовательная программа, а также обосновать варьирование, если имеет место перераспределение количества часов, отводимых на изучение определенных разделов и тем, изменение последовательности изучения тем и др.

Условия реализации работы программы.

В условиях реализации работы программы прописывается: кадровое обеспечение, психолого-педагогическое обеспечение, программно - методическое обеспечение, материально - техническое обеспечение, информационное обеспечение.

Индивидуальный учебный план.

Возможно варьирование внутри содержания индивидуальной программы путем усиления отдельных тем, разделов. Варьирование на уровне содержания индивидуальной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменения последовательности изучения отдельных разделов программы, некоторых тем; увеличения объема интегрированных занятий внутри индивидуальной программы. В данном разделе указывается также распределение часов на дистанционные и очные занятия.

Содержание программы.

Содержательной основой разработки индивидуальной образовательной программы служит федеральный государственный образовательный стандарт, задающий содержательно-целевые рамки подготовки обучающихся, примерные основные общеобразовательные программы и требования к результатам освоения образовательных программ, учебный план образовательного учреждения. Содержание индивидуальной программы отбирается с учетом своеобразия темпа развития ребенка и взаимосвязи физического и психического становления ребенка.

Раздел, раскрывающий содержание индивидуальной программы, целесообразно разделить на *три основных компонента или блока*:

- *Образовательный компонент.* Раскрывается содержание образования на определенном году обучения с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений по учебным областям и др. Образовательный компонент является обязательным для содержательного наполнения, если в индивидуальную программу включен индивидуальный учебный план. Содержательное наполнение данного компонента конкретизирует содержание рабочей программы по учебному курсу.

- *Коррекционный компонент.* В рамках данного компонента излагаются направления коррекционной работы с обучающимся, ее приемы, методы и формы. В коррекционном блоке рекомендуется предусмотреть раздел учителя-логопеда, педагога-психолога, а также раздел учителя, который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с обучающимся в урочной и внеурочной деятельности по предмету.

- *Воспитательный компонент.* Содержит раздел классного руководителя, (воспитателя, педагога дополнительного образования, куратора, тьютора, социального педагога и др.), а также раздел, отражающий притязания родителей обучающихся, в котором описываются условия взаимодействия специалистов и родителей в процессе психолого-педагогического сопровождения обучающегося.

Заключение и рекомендации.

В данном разделе формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года. Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами на следующем этапе его обучения.

Планируемые результаты работы.

В качестве результатов коррекционной работы могут рассматриваться:

- динамика индивидуальных достижений обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по освоению программ учебных предметов (сравнительная характеристика данных психолого-медико-педагогической комиссии обучающихся с ограниченными возможностями здоровья на разных этапах обучения);
- создание необходимых условий для обеспечения доступности качественного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (формы обучения, оптимизирующие коррекционную работу, наличие соответствующих материально-технических условий);
- увеличение доли педагогических работников образовательного учреждения, прошедших специальную подготовку и обладающих необходимой квалификацией для организации работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;
- другие соответствующие показатели.

Учёт текущих и промежуточных итогов успеваемости

В соответствии с действующим законодательством текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся образовательного учреждения (в том числе с ограниченными возможностями здоровья) отнесены к компетенции и ответственности образовательного учреждения и осуществляются в соответствии с уставом образовательного учреждения и с требованиями настоящего Закона (п.16 ст. 32 Закона РФ «Об образовании в Российской Федерации»). Образовательное учреждение самостоятельно в выборе системы оценок, формы, порядка и периодичности промежуточной аттестации обучающихся (п.3 ст. 15 Закона РФ «Об образовании в Российской Федерации»).

Проведение государственной (итоговой) аттестации

Государственная (итоговая) аттестация обучающихся (выпускников) специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VII видов и специальных (коррекцион-

ных) классов при общеобразовательных учреждениях, освоивших образовательные программы основного общего образования, проводится на основании Положения о государственной (итоговой) аттестации выпускников IX и XI (XII) классов общеобразовательных учреждений Российской Федерации, утверждённого приказом Минобрнауки России от 3 декабря 1999 г. №1075 (зарегистрирован Минюстом России 17 февраля 2000 г., регистрационный №2114) в форме, установленной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими управление в сфере образования.

В соответствии с пунктом 8 Положения о формах и порядке проведения государственной (итоговой) аттестации обучающихся, освоивших основные общеобразовательные программы среднего (полного) общего образования, утверждённого приказом Минобрнауки России от 28 ноября 2008 г. №362 (зарегистрирован Минюстом России 13 января 2009 г., регистрационный №13065), для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, освоивших основные общеобразовательные программы среднего (полного) общего образования, государственная (итоговая) аттестация проводится в форме государственного выпускного экзамена в порядке, установленном приказом Минобрнауки России от 3 марта 2009 г. №70 (зарегистрирован Минюстом России 7 апреля 2009 г., регистрационный № 13691).

Для указанной категории выпускников государственная (итоговая) аттестация может по их желанию проводиться также в форме единого государственного экзамена (далее - ЕГЭ). Особенности проведения ЕГЭ для выпускников с ограниченными возможностями здоровья регламентируются пунктами 5, 29, 34, 36 Порядка проведения единого государственного экзамена, утверждённого приказом Минобрнауки России от 24 февраля 2009 г. №57 (зарегистрирован Минюстом России 26 марта 2009 г., регистрационный № 13600).

При этом допускается сочетание обеих форм государственной (итоговой) аттестации. Выбранные выпускником форма (формы) государственной (итоговой) аттестации и общеобразовательные предметы, по которым он планирует сдавать экзамены, указываются им в соответствующем заявлении.

Государственный выпускной экзамен и ЕГЭ для выпускников с ограниченными возможностями здоровья организуются с учётом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей выпускников и состояния их здоровья и в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Кроме того, для обучающихся, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более четырех месяцев, предшествующих проведению государственной (итоговой) аттестации, при сдаче ЕГЭ необходимо организовать питание и перерывы для проведения необходимых медико-профилактических процедур в аудиториях во время проведения экзамена.

Проект специального ФГОС для детей с ОВЗ: уровни образования

I уровень – цензовый. В целом соответствует уровню образования здоровых сверстников к моменту завершения школьного образования, предполагая при этом и удовлетворение особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, как *в академическом компоненте*, так и в области *жизненной компетенции ребенка*.

II уровень школьного образования – нецензовый. Изменен в сравнении с уровнем образования здоровых сверстников за *счет значительного редуцирования его академического компонента* и *специфического расширения области развития жизненной компетенции ребенка*.

III уровень школьного образования – нецензовый. *Академический компонент редуцируется до полезных ребенку элементов академических знаний*, но при этом максимально расширяется область развития его жизненной компетенции за счет формирования доступных ребенку базовых навыков коммуникации, социально-бытовой адаптации, готовя его, насколько это возможно, к активной жизни в семье и социуме.

IV уровень школьного образования, также **нецензовый**, и академический компонент значительно ограничен и углублен в область развития жизненных компетенций, при этом единственно возможной является индивидуализация образовательного процесса.



Малофеев Н.Н., Кукушкина О.И., Никольская О.С., Гончарова Е.Л. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья. М.: Просвещение, 2013. 42 с.

Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик:

- от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжёлым поражением центральной нервной системы;
- от ребёнка, способного при специальной поддержке на равных обучаться совместно со здоровыми сверстниками, до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования.





**Малофеев Н.Н., Кукушкина О.И., Никольская О.С., Гончарова Е.Л.
Концепция Специального Федерального государственного
образовательного стандарта для детей с ограниченными
возможностями здоровья.
М.: Просвещение, 2013. 42 с.**

(Продолжение)

Для каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта - разработка вариантов, на практике обеспечивающих:

- охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям;
- преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванных тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребёнка к освоению цензового уровня образования, а также ограничений в получении специальной помощи детьми с ОВЗ, включёнными в общий образовательный поток.



**Никольская О.С.
Специальный Федеральный государственный образовательный
стандарт начального образования для детей с расстройствами
аутистического спектра: проект.
М.: Просвещение, 2013. 29 с.**

В издании в соответствии с логикой и структурой Концепции СФГОС для детей с ограниченными возможностями здоровья представлены материалы, в которых формулируются особые образовательные потребности детей с аутизмом, обсуждаются показанные им формы школьного образования. Подробно обосновываются специфика структуры образовательной программы, необходимость акцентуации в ней компонента «жизненной компетенции», специфика оценки результатов освоения образовательной программы, условий, необходимых для получения образования.

Совокупность всех материалов, включённых в настоящее издание, позволит специалистам получить представление о том, что для охвата всех детей с аутизмом школьным образованием требуется его дифференциация, позволяющая ввести в школу детей вне зависимости от тяжести нарушения развития и возможностей освоения цензового уровня образования.



**Коробейников И.А., Инденбаум Е.Л., Бабкина Н.Б.
Специальный Федеральный государственный образовательный
стандарт начального образования детей с задержкой психического
развития: проект.
М.: Просвещение, 2013. 48 с.**

В издании, в соответствии с логикой и структурой Концепции СФГОС для детей с ограниченными возможностями здоровья, представлены материалы, отражающие общие предпосылки и обоснование необходимости разработки дифференцированных стандартов образования, учитывающих выраженную неоднородность образовательных возможностей детей, объединяемых в категорию ЗПР.

Подробно описаны особые образовательные потребности детей с ЗПР, требования к структуре основной образовательной программы, к содержанию основных её компонентов, рекомендуемые варианты стандарта, учитывающие диапазон типологических различий внутри данной категории детей. Также представлены рекомендации по содержанию и организации психологического сопровождения детей с ЗПР, интегрируемых в общеобразовательную среду.



**Зыкова Т.С., Зыкова М.А., Соловьева Т.А.
Специальный Федеральный государственный образовательный
стандарт начального образования глухих детей: проект.
М.: Просвещение, 2013. 59 с.**

Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт (СФГОС) начального образования глухих детей определяет нормативы, соблюдение которых обеспечивает единство образовательного пространства, а также интеграцию личности неслышащего в систему отечественной и мировой культуры. Основными объектами стандартизации являются структура образования, его содержание, объём учебной нагрузки и уровень подготовки обучающихся.

Проект СФГОС для глухих детей включает в себя определение цели образования, разработку требований к результатам начального образования, требований к структуре образовательных программ и требований к условиям получения начального общего образования для указанной категории детей с нарушенным слухом.



Адаптированная образовательная программа для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями

Модель (структура) адаптированной образовательной программы для детей с различными видами ОВЗ в образовательном учреждении:

- *титульный лист*: наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя ребенка с ОВЗ), гриф утверждения, руководитель, согласование с родителями, согласование с председателем психолого-медико-педагогического консилиума, ответственный за реализацию адаптированной программы;

- *пояснительная записка*: сведения о ребенке с ОВЗ (возраст, группа (класс), социальное окружение, интересы; ожидания родителей; диагноз; психолого-педагогическая характеристика ребенка); цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток; основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана адаптированная образовательная программа и т.д.;

- *индивидуальный учебный план*: варьирование на уровне содержания адаптированной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменение последовательности изучения отдельных разделов программы и тем; увеличение объема интегрированных занятий внутри адаптированной программы;

- *содержание программы: образовательный компонент*¹ (содержание образования на определенном году обучения (промежуточные планируемые результаты) с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений и др.; *коррекционный компонент* (направления коррекционной работы с ребенком, приемы, методы и формы; разделы специалистов ДОУ/ОУ: учителя-логопеда, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя; воспитателя (учителя), который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с ребенком во время непосредственно-образовательной деятельности и в свободной деятельности); *воспитательный компонент* (условия взаимодействия воспитателя (учителя) и специалистов с ребенком с ОВЗ или ребенком-инвалидом, а также с родителями в процессе обучения);

- *заключение и рекомендации*: обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации адаптированной образовательной программы при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года².

Контроль и управление реализацией адаптированной образовательной программы.

Примерный учебный план образовательного учреждения, реализующего адаптированные образовательные программы для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Методические рекомендации к составлению адаптированной программы для ребёнка с ОВЗ или ребёнка-инвалида³

(из опыта работы «Детский сад № 12 общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по познавательно-речевому развитию детей»

г. Нефтеюганска ХМАО-Югры)

В соответствии с ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об образовании в Российской

¹Образовательный компонент является обязательным, если в адаптированную образовательную программу включен индивидуальный учебный план.

²Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его образования.

³*Авторы:* Дарцаева Ольга Васильевна, заместитель заведующего по ВМР; Ахметова Гулия Самигуловна, воспитатель МБДОУ. <http://dohcolonoc.ru/cons/4542-metodicheskie-rekomendatsii-k-sostavleniyu-adaptirovannoj-programmy-dlya-rebenka-s-ovz.html>

Федерации» от 29.12.2012 № 273 (далее – Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации») установлено: «... содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) *определяются адаптированной образовательной программой*, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида». В связи с этим, для получения общего образования детьми с ОВЗ в общеобразовательных организациях должны разрабатываться соответствующие адаптированные основные общеобразовательные программы (отдельными документами) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

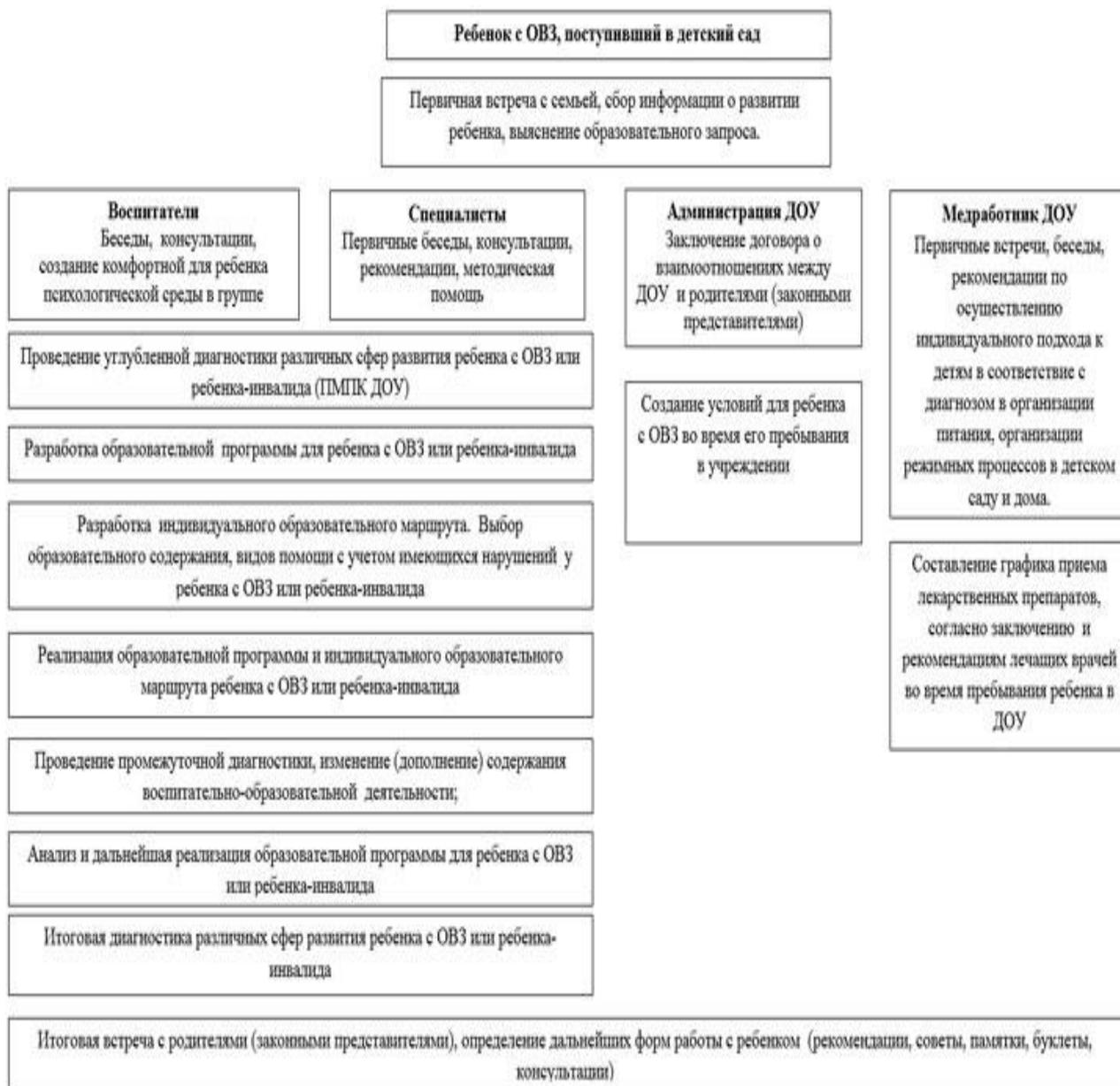
Основной документ, который содержит гигиенические требования к организации данной работы – это новые «Санитарно-эпидемиологические правила, нормативы и требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 № 26 (далее – СанПиН 2.4.1.3049-13; начало действия документа – 30.07.2013). В которых говорится: «Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей – инвалидов в случае их пребывания в учреждении...». Нормы СанПиН 2.4.1.3049-13 распространяются на все дошкольные учреждения, независимо от их вида, организационно-правовых форм и форм собственности.

На данный момент наше учреждение посещают двое детей-инвалидов. Оба ребенка не имеют видимых нарушений и отклонений в развитии, у обоих сохранна интеллектуальная сфера, что беспрепятственно позволяет им совместно воспитываться и обучаться в группах с детьми, не имеющих нарушений в развитии.

С момента поступления детей с ОВЗ в учреждение, с их семьями ведется тесная работа по разработанному и действующему «Алгоритму действий с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами, посещающих дошкольное образовательное учреждение».

На начальном этапе проводится первичная встреча с семьей с целью знакомства и сбора информации о развитии ребенка, выяснения образовательного запроса со стороны родителей.

В работу с детьми данной категории включаются сотрудники образовательного учреждения, администрация и специалисты ДОУ: заведующий, заместитель заведующего по АХР, заместитель заведующей по ВМР, медработник, воспитатели, педагог-психолог, учителя-логопеды, инструктор по физической культуре, музыкальные руководители, которые способствуют созданию условий и благоприятного микроклимата в ДОУ, для облегчения адаптации детей с ОВЗ и детей-инвалидов, их успешной социализации. Осуществляют индивидуальный подход к детям при организации воспитательно-образовательного процесса. Воспитатели и специалисты проводят беседы с родителями, консультации, дают рекомендации, советы для оптимального развития и адаптации детей в обществе, а также оказание помощи всем членам семей, воспитывающих этих детей. Администрация, в свою очередь, заключает договора о взаимоотношениях между ДОУ и родителями (законными представителями), а в дальнейшем способствует созданию специальных условий, предполагающих формирование адаптированной образовательной среды. Медработник осуществляет контроль за адаптацией детей с ОВЗ и детей-инвалидов к условиям ДОУ, отслеживает состояние их здоровья, самочувствие в течение дня, своевременность приема лекарственных препаратов, согласно заключению и рекомендациям лечащих врачей во время пребывания этих детей в ДОУ. Консультирует воспитателей и родителей (законных представителей), дает рекомендации по осуществлению индивидуального подхода к детям в соответствии с диагнозом в организации питания, организации режимных процессов в детском саду и дома.



Следующим этапом осуществляется углубленное психолого-педагогическое обследование всех сфер деятельности детей данной категории, эмоционально-волевой сферы, высших психических функций, речевого развития, интеллектуального развития. Результаты данного обследования выносятся на ПМПК учреждения с целью определения дальнейшего образовательного маршрута.

Далее проводится организационная работа по проектированию, разработке и утверждению образовательной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида. Учитывая возрастные и индивидуальные особенности ребенка, медицинские показатели, рекомендации ПМПК ДОУ, ожидания родителей, четко формулируются цели и задачи индивидуальной образовательной программы (обсуждается необходимость в дополнении или изменении учебного графика, определяются формы получения образования, режим посещения занятий, как подгрупповых, так и индивидуальных, дополнительные виды психолого-педагогического сопровождения, определение промежуточных и итоговых результатов и т.д.).

Далее педагогами и специалистами ДОУ разрабатываются индивидуальные образовательные маршруты на основе разработанной образовательной программы для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида, учитывая общеобразовательную программу ДОУ. Данные индивидуальные образовательные маршруты включают содержание ос-

новых разделов базовой программы, а также коррекционные направления для конкретного ребенка, рекомендованные специалистами учреждения.

Так как оптимальный вариант разработки и реализации индивидуальной образовательной программы для воспитанника составляет один год, корректировка содержания ее осуществляется на основе результатов промежуточной диагностики, проводимой в декабре текущего учебного года. На основе анализа промежуточной диагностики, вносятся изменения и корректировки в индивидуальную образовательную программу для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида.

В конце учебного года по итогам реализации индивидуальной образовательной программы в рамках психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПК) проводится анализ итоговой диагностики различных сфер развития ребенка, обосновываются внесенные корректировки, формулируются рекомендации с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его воспитания и обучения. А также проводятся итоговая встреча с родителями (законными представителями) для определения дальнейших форм работы с ребенком, педагогами и специалистами ДОО даются рекомендации, советы, консультации, памятки.

Как было сказано ранее, в данный момент, наше дошкольное учреждение посещают два ребенка-инвалида. Согласно Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» ч. 11 ст. 79 «*Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов в случае их пребывания в учреждении*». Администрацией нашего учреждения создаются специальные условия за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, которые предполагают формирование адаптированной образовательной безбарьерной среды, имеются средства для обучения и воспитания, а также для своевременной коррекции нарушений в развитии детей с учетом структуры их нарушений:

- оборудование для развития общей подвижности;
- оборудование и игрушки для развития: ручных навыков; тактильного, зрительного и слухового восприятия; мышления, речи и языка;
- игрушки для поддержки социально-эмоционального развития;
- оборудование для игр с водой и сыпучими материалами;
- материалы для изобразительного творчества;
- фонотека, музыкальные игрушки;
- художественная литература для детей и родителей.

В нашем учреждении порядок разработки и корректировки индивидуальных образовательных программ для детей с ОВЗ или детей-инвалидов проходит в рамках ПМПК учреждения. Образовательная программа разрабатывается педагогами и специалистами ДОО и утверждается заведующим. Индивидуальная образовательная программа для ребенка с ОВЗ или ребенка - инвалида в нашем учреждении имеет такую структуру:

1. Титульный лист, который включает в себя наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя воспитанника, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями. При необходимости программа должна быть согласована с председателем психолого-медико-педагогического консилиума. На титульном листе можно указать специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной программы.

2. Пояснительная записка, в которой излагается сведения о ребенке: возраст, группа, социальное окружение, интересы; ожидания родителей; диагноз; психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени. На основе данных независимой психолого-педагогической диагностики формулируются цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток. В пояснительной записке указываются основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана индивидуальная

образовательная программа, а также обосновывается варьирование, если имеет место перераспределение количества часов, отводимых на изучение определенных разделов и тем, изменение последовательности изучения тем и др.



3. Индивидуальный учебный план. Возможно варьирование внутри содержания индивидуальной программы путем усиления отдельных тем, разделов. Варьирование на уровне содержания индивидуальной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменения последовательности изучения отдельных разделов программы, некоторых тем; увеличения объема интегрированных занятий внутри индивидуальной программы.

4. Содержание программы. Включает в себя три основных компонента или блока:

- **Образовательный компонент**, в котором раскрывается содержание образования на определенном году обучения (промежуточные планируемые результаты) с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений по образовательным областям и др. *Образовательный компонент является обязательным, если в индивидуальную программу включен индивидуальный учебный план.*

- **Коррекционный компонент**, в рамках которого излагаются направления коррекционной работы с воспитанниками, приемы, методы и формы. В коррекционный блок входят разделы специалистов ДОУ: учителя-логопеда, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя, воспитателя, который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с воспитанником во время непосредственно-образовательной деятельности и в свободной деятельности.

- **Воспитательный компонент** содержит условия взаимодействий воспитателей и специалистов с ребенком с ОВЗ или ребенком-инвалидом, а также с родителями в процессе психолого-педагогического сопровождения

Заключение и рекомендации. В данном разделе формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года. Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его обучения.

Взаимодействие профильных специалистов ОУ. К профильным специалистам ДОУ, ОУ, ПОУ относят координатора (тьютора), воспитателей ДОУ, учителей ОУ, преподавателей ПОУ, педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, социального работника, врача-педиатра, врача-невролога.

Координатор (тьютор) по инклюзивному образованию — это специалист с высшим педагогическим, психологическим, дефектологическим или логопедическим образо-

ванием, имеющий опыт работы с детьми с разными нарушениями развития, прошедший профессиональную подготовку (повышение квалификации, профессиональная переподготовка, бакалавриат, магистратура) в области инклюзивного образования.

Также обязанности координатора может выполнять социальный педагог, методист или старший воспитатель, имеющий опыт работы в инклюзивном детском саду или школе не менее года и прошедший переподготовку, дающую ему право работать с детьми с ОВЗ.

Стаж педагогической работы не менее 2 лет.

Должностные обязанности координатора (тьютора):

- взаимодействие с ПМПк для получения рекомендаций по определению образовательного маршрута и условий, необходимых для эффективного включения и успешной адаптации ребенка в образовательном учреждении или его структурных подразделениях;
- организация подготовки персонала инклюзивного класса к приходу ребенка с ОВЗ: проведение беседы об особенностях его развития, методах работы с ним и создании необходимых условий в классе;
- организация подготовки нормативно развивающихся детей и их родителей к приходу в класс ребенка с ОВЗ — проведение бесед на классных часах и родительском собрании, показ фильмов о детях с ОВЗ, организация совместных детско-родительских мероприятий (например, праздников, походов) с участием семей, воспитывающих детей с ОВЗ;
- организация методической помощи специалистам по адаптации каждого ребенка с ОВЗ и включению его во взаимодействие с другими детьми;
- организация взаимодействия специалистов помогающих профессий и педагогических работников инклюзивных классов: еженедельные рабочие встречи с обсуждением результатов работы, ведение журнала взаимодействия, текущих записей по каждому ребенку;
- контроль над ведением документации по каждому ребенку специалистами ОУ, посещение занятий специалистов;
- организация и контроль над проведением психолого-педагогической диагностики с целью отслеживания динамики развития ребенка (примерно 3 раза в год);
- организация работы ПМПк по обсуждению достижений каждого ребенка (3 раза в год - плановые консилиумы, а также по запросу родителей или педагогов – внеплановые консилиумы);
- организация взаимодействия с семьей ребенка с ОВЗ: встречи с родителями, беседы, консультации, информационная поддержка, составление индивидуального плана развития ребенка с учетом интересов семьи, привлечение родителей к участию в коррекционно-развивающей работе, организация встреч родителей со специалистами, консилиума с участием родителей - по запросу родителей или педагогов;
- организация консультаций ребенка у специалистов помогающих профессий по запросу родителей или педагогов;
- организация преемственности инклюзивного образования: помощь в выборе ОУ при переходе ребенка на следующую ступень образования (например, из детского сада в школу), налаживание контактов с педагогическим коллективом ОУ, в которое поступает ребенок с ОВЗ, помощь в его адаптации;
- совместно с членами административной группы организация открытых занятий, мастер-классов, семинаров с целью повышения квалификации педагогического состава, семинаров и тренингов для родителей.

Приложение 5

Возрастные особенности дошкольников

(по М.Е. Хилько, М.С. Ткачевой¹)

Социальная ситуация развития. Дошкольное детство охватывает период с 3 до 6–7 лет. В это время происходит отсоединение ребенка от взрослого, что ведет к изменению социальной ситуации. Ребенок впервые покидает пределы мира семьи и входит в мир взрослых людей с определенными законами и правилами. Расширяется круг общения: дошкольник посещает магазины, поликлинику, начинает общаться со сверстниками, что тоже важно для его развития.

Идеальной формой, с которой начинает ребенок взаимодействовать, становятся социальные отношения, существующие в мире взрослых людей. Идеальная форма, как считал Л.С. Выготский, – это та часть объективной действительности (более высокая, чем уровень, на котором находится ребенок), с которой он вступает в непосредственное взаимодействие; это та сфера, в которую ребенок пытается войти. В дошкольном возрасте такой формой становится мир взрослых людей.

По словам Д.Б. Эльконина, весь дошкольный возраст вращается, как вокруг своего центра, вокруг взрослого человека, его функций, его задач. Взрослый здесь выступает как носитель общественных функций в системе общественных отношений (взрослый – папа, доктор, шофер и т.п.). Противоречие этой социальной ситуации развития Эльконин видел в том, что ребенок есть член общества, вне общества он жить не может, основная его потребность – жить вместе с окружающими людьми, но осуществить это он не может, поскольку жизнь ребенка проходит в условиях опосредованной, а не прямой связи с миром.

Ребенок еще не способен полноправно участвовать в жизни взрослых, но может выразить свои потребности через игру, так как только она дает возможность смоделировать мир взрослых людей, войти в него и проиграть все интересующие его роли и модели поведения.

Ведущий вид деятельности. Ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте является *игра*. Игра – это такая форма деятельности, в которой ребенок воспроизводит основные смыслы человеческой деятельности и усваивает те формы отношений, которые будут реализованы и осуществлены впоследствии. Он делает это, замещая одни предметы другими, а реальные действия – сокращенными.

Особое развитие в этом возрасте получает сюжетно-ролевая игра (см. 7.3). Основу такой игры составляет роль, выбираемая ребенком, и действия по реализации этой роли.

Д.Б. Эльконин утверждал, что игра – это символично-моделирующий тип деятельности, в которой операционно-техническая сторона минимальна, операции сокращены, предметы условны. Известно, что все типы деятельности дошкольника носят моделирующий характер, а сущность моделирования – воссоздание объекта в другом, не натуральном материале.

Предметом игры является взрослый как носитель каких-либо общественных функций, вступающий в те или иные отношения с другими людьми, придерживающийся в своей деятельности определенных правил.

В игре формируется внутренний план действий. Происходит это следующим образом. Ребенок, играя, делает акцент на человеческих взаимоотношениях. Чтобы их отразить, ему надо внутренне проиграть не только всю систему своих действий, но и всю систему последствий этих действий, а это возможно только при создании внутреннего плана действий.

Как показал Д.Б. Эльконин, игра – это историческое образование, и она возникает тогда, когда ребенок не может принять участие в системе общественного труда, поскольку для этого он еще мал. Но ему хочется войти во взрослую жизнь, поэтому он это делает через игру, немного соприкасаясь с этой жизнью.

Игра и игрушки. Играя, ребенок не только развлекается, но и развивается. В это

¹ Хилько М.Е., Ткачева М.С. Возрастная психология. М., 2010. С. 91-113. 194 с.

время происходит развитие познавательных, личностных и поведенческих процессов.

Дети играют большую часть времени. За период дошкольного детства игра проходит значительный путь развития.

Основные этапы игровой деятельности в дошкольном возрасте

Этап развития игры	Возраст ребёнка	Содержание	Партнеры (товарищ) по игре	Влияние игры на развитие ребенка
Предметно-манипулятивная, сюжетно-ролевая игра	Младший дошкольник (2,5-4 года)	Действия осуществления роли (изображают взрослого человека, выполняющего различные функции)	Не нужны	Усваивает функции человека в обществе (мама, продавец и т.п.)
Сюжетно-ролевая игра	Средний дошкольник (3,5-4 года)	Содержание усложняется, разыгрывается жизненный или сказочный сюжет, роли открыты, а правила еще скрыты	Нужен товарищ для игры. Если роль выполняется неправильно, то начинается скандал	Усваивает: 1) функции человека; 2) способы их осуществления; 3) правила взаимоотношений
Сюжетно-ролевая игра: 1) игра с правилами	Старший дошкольник (5-7 лет)	Усвоение норм и правил выполнения роли, главное в игре – действовать по правилам	Для игры нужен товарищ. Если кто-либо не выполняет правила, его убирают из игры	Развивается саморегуляция, появляется первая форма волевого поведения – поступок
2) игдраматизация	Старший дошкольник (5-7 лет)	Изображение сказочных героев, усвоение морально-эстетических норм поведения (сказочные герои – носители норм)	Для игры нужен товарищ. Здесь возникают конфликты по поводу выбора роли	Ребенок оттачивает навыки общения, формируются задатки морали

Младшие дошкольники играют одни. Игра носит предметно-манипулятивный и конструктивный характер. Во время игры совершенствуются восприятие, память, воображение, мышление и двигательные функции. В сюжетно-ролевой игре воспроизводятся действия взрослых, за которыми ребенок наблюдает. Примером для подражания служат родители и близкие знакомые.

В *средний период дошкольного детства* ребенку нужен ровесник, с которым он будет играть. Теперь основным направлением игры становится имитация отношений между людьми. Темы сюжетно-ролевых игр различны; вводятся определенные правила, которых ребенок строго придерживается. Направленность игр разнообразна: семейная, где героями выступают мама, папа, бабушка, дедушка и другие родственники; воспитательная

(няня, воспитательница в детском саду); профессиональная (врач, командир, пилот); сказочная (козлик, волк, заяц) и т. д. В игре могут участвовать как взрослые, так и дети, а может произойти их замена игрушками.

В *старшем дошкольном возрасте* сюжетно-ролевые игры отличаются разнообразием тем, ролей, игровых действий, правил. Предметы могут носить условный характер, и игра превращается в символическую, т. е. кубик может представлять различные предметы: машину, людей, животных – все зависит от отведенной ему роли. В этом возрасте во время игры некоторые дети начинают проявлять организаторские способности, становятся лидерами в игре.

В ходе игры развиваются *психические процессы*, в частности произвольное внимание и память. Если игра интересует ребенка, то он невольно сосредоточивается на предметах, включенных в игровую ситуацию, на содержании разыгрываемых действий и сюжете. Если же он отвлекается и неправильно выполняет отведенную ему роль, то может быть изгнан из игры. Но так как эмоциональное поощрение и общение со сверстниками для ребенка очень важны, то ему приходится быть внимательным и запоминать определенные игровые моменты.

В процессе игровой деятельности развиваются *умственные способности*. Ребенок учится действовать с предметом-заместителем, т. е. дает ему новое название и действует в соответствии с этим названием. Появление предмета-заместителя становится опорой для развития *мышления*. Если сначала при помощи предметов-заместителей ребенок учится мыслить о реальном предмете, то со временем действия с предметами-заместителями уменьшаются и ребенок научается действовать с реальными предметами. Происходит плавный переход к мышлению в плане представлений.

В ходе сюжетно-ролевой игры развивается *воображение*. От замещения одних предметов другими и способности брать на себя различные роли ребенок переходит к отождествлению предметов и действий с ними в своем воображении. Например, шестилетняя Маша, рассматривая фотографию, где изображена девочка, которая подперла пальчиком щеку и задумчиво смотрит на куклу, сидящую возле игрушечной швейной машины, говорит: «Девочка думает, как будто ее кукла шьет». По данному высказыванию можно судить о свойственном девочке способе игры.

Игра влияет и на *личностное развитие* ребенка. В игре он отражает и примеряет на себе поведение и взаимоотношения значимых взрослых людей, которые в этот момент выступают в роли образца его собственного поведения. Формируются основные навыки общения со сверстниками, идет развитие чувств и волевой регуляции поведения.

Начинает развиваться *рефлексивное мышление*. Рефлексия – это способность человека анализировать свои действия, поступки, мотивы и соотносить их с общечеловеческими ценностями, а также с действиями, поступками и мотивами других людей. Игра способствует развитию рефлексии, потому что дает возможность контролировать то, как выполняется действие, входящее в процесс общения. Например, играя в больницу, ребенок плачет и страдает, исполняя роль пациента. Он получает от этого удовлетворение, поскольку считает, что хорошо исполнил роль.

Возникает интерес к *рисованию и конструированию*. Сначала данный интерес проявляется в игровой форме: ребенок, рисуя, разыгрывает определенный сюжет, например, нарисованные им звери сражаются между собой, догоняют друг друга, люди идут домой, ветер сдувает висящие на деревьях яблоки и т. д. Постепенно рисование переносится на результат действия, и рождается рисунок.

Внутри игровой деятельности начинает складываться *учебная деятельность*. Элементы учебной деятельности не возникают в игре, их вводит взрослый. Ребенок начинает учиться, играя, и поэтому относится к учебной деятельности как к ролевой игре, а вскоре овладевает некоторыми учебными действиями.

Так как ребенок уделяет особое внимание сюжетно-ролевой игре, рассмотрим ее более подробно.

Сюжетно-ролевая игра – это игра, в которой ребенок выполняет выбранную им роль и совершает определенные действия. Сюжеты для игр дети обычно выбирают из жизни. Постепенно, с изменением действительности, приобретением новых знаний и жизненного опыта, меняются содержание и сюжеты ролевых игр.

Структура развернутой формы ролевой игры такова.

1. *Единица, центр игры.* Это роль, которую выбирает ребенок. В детской игре присутствует много профессий, семейных ситуаций, жизненных моментов, которые произвели на ребенка большое впечатление.

2. *Игровые действия.* Это действия со значениями, они носят изобразительный характер. В процессе игры происходит перенос значений с одного предмета на другой (воображаемая ситуация). Однако данный перенос ограничен возможностями показа действия, так как подчиняется определенному правилу: замещать предмет может только такой предмет, с которым можно воспроизвести хотя бы рисунок действия.

Большое значение приобретает *символика игры.* Д.Б. Эльконин говорил, что абстрагирование от операционно-технической стороны предметных действий дает возможность смоделировать систему отношений между людьми.

Так как в игре начинает моделироваться система человеческих отношений, то возникает необходимость наличия товарища. Одному добиться этой цели нельзя, иначе игра потеряет смысл.

В игре рождаются смыслы человеческих действий, линия развития действий идет следующим образом: от операционной схемы действия к человеческому действию, имеющему смысл в другом человеке; от единичного действия к его смыслу.

3. *Правила.* Во время игры возникает новая форма удовольствия для ребенка – радость от того, что он действует так, как требуют правила. Играя в больницу, ребенок страдает как пациент и радуется как играющий, довольный исполнением своей роли.

Д.Б. Эльконин уделял игре большое внимание. Изучая игры детей 3–7 лет, он выделил и охарактеризовал четыре уровня ее развития.

Первый уровень:

1) действия с определенными предметами, направленные на соучастника игры. Сюда входят действия «матери» или «врача», направленные на «ребенка»;

2) роли определяются действием. Роли не называются, и дети в игре не используют друг относительно друга реальные отношения, существующие между взрослыми или между взрослым и ребенком;

3) действия состоят из повторяющихся операций, например, кормление с переходом от одного блюда к другому. Кроме этого действия, ничего не происходит: ребенок не проигрывает процесс приготовления пищи, мытье рук или посуды.

Второй уровень:

1) основное содержание игры – действие с предметом. Но здесь на первый план выходит соответствие игрового действия реальному;

2) роли детьми называются, и намечается разделение функций. Выполнение роли определяется реализацией действий, связанных с данной ролью;

3) логика действий определяется их последовательностью в реальной действительности. Количество действий расширяется.

Третий уровень:

1) основное содержание игры – выполнение вытекающих из роли действий. Начинают выделяться специальные действия, которые передают характер отношений к другим участникам игры, например, обращение к продавцу: «Дайте хлеб» и т. д.;

2) роли ясно очерчены и выделены. Они называются до игры, определяют и направляют поведение ребенка;

3) логика и характер действий определяются взятой на себя ролью. Действия становятся разнообразнее: приготовление пищи, мытье рук, кормление, чтение книги, укладывание спать и т. д. Присутствует специфическая речь: ребенок вживается в роль и гово-

рит так, как требуется по роли. Иногда в процессе игры могут проявиться реально существующие отношения между детьми: начинают обзывать, ругаться, дразниться и т. д.;

4) опротестовывается нарушение логики. Это выражается в том, что один говорит другому: «Так не бывает». Определяются правила поведения, которым дети должны подчиняться. Неправильность выполнения действий замечается со стороны, это вызывает у ребенка огорчение, он пытается исправить ошибку и найти ей оправдание.

Четвертый уровень:

1) основное содержание – выполнение действий, связанных с отношением к другим людям, роли которых выполняют другие дети;

2) роли ясно очерчены и выделены. Во время игры ребенок придерживается определенной линии поведения. Ролевые функции детей взаимосвязаны. Речь носит четко ролевой характер;

3) действия происходят в последовательности, четко воссоздающей реальную логику. Они разнообразны и отражают богатство действий лица, изображаемого ребенком;

4) нарушение логики действий и правил отвергается. Ребенок не хочет нарушать правила, объясняя это тем, что так есть на самом деле, а также рациональностью правил.

В процессе игры дети активно используют *игрушки*. Роль игрушки многофункциональна. Она выступает, во-первых, как средство психического развития ребенка, во-вторых, как средство подготовки его к жизни в современной системе общественных отношений, в-третьих, как предмет, служащий для забавы и увлечений.

В *младенчестве* ребенок манипулирует игрушкой, она стимулирует его к активным поведенческим проявлениям. Благодаря игрушке развивается восприятие, т. е. запечатлеваются формы и цвета, появляются ориентировки на новое, формируются предпочтения.

В *раннем детстве* игрушка выступает в автодидактической роли. К данной категории игрушек относятся матрешки, пирамиды и т. д. В них заложены возможности развития ручных и зрительных действий. Играя, ребенок учится различать размеры, формы, цвета.

Ребенок получает много игрушек – заместителей реальных предметов человеческой культуры: машины, предметы быта, орудия и т. д. Благодаря им он осваивает функциональное назначение предметов, овладевает орудийными действиями. Многие игрушки имеют исторические корни, например лук со стрелами, бумеранг и т. д.

Игрушки, представляющие собой копии предметов, существующих в быту взрослых, приобщают ребенка к этим предметам. Через них происходит осознание функционального назначения предметов, что помогает ребенку психологически войти в мир постоянных вещей.

В качестве игрушек часто используются различные бытовые предметы: пустые катушки, спичечные коробки, карандаши, лоскутки, веревочки, а также природный материал: шишки, веточки, щепочки, кора, сухие корни и т. д. Эти предметы в игре могут быть использованы по-разному, все зависит от ее сюжета и ситуативных задач, поэтому в игре они выступают как полифункциональные.

Игрушки – средство воздействия на нравственную сторону личности ребенка. Особое место среди них занимают куклы и мягкие игрушки: мишки, белочки, зайчики, собачки и т. д. Сначала ребенок производит с куклой подражательные действия, т. е. делает то, что показывает взрослый: качает, катает в коляске и т. д. Затем кукла или мягкая игрушка выступают как объект эмоционального общения. Ребенок учится сопереживать ей, покровительствовать, проявлять заботу о ней, что ведет к развитию рефлексии и эмоциональному отождествлению.

Куклы – это копии человека, они имеют для ребенка особое значение, так как выступают в роли партнера в общении во всех его проявлениях. Ребенок привязывается к своей кукле и благодаря ей переживает множество разнообразных чувств.

Психическое развитие дошкольника. Все психические процессы – это особая форма предметных действий. По мнению Л.Ф. Обуховой, в отечественной психологии

произошло изменение представлений о психическом развитии благодаря выделению в действии двух частей: ориентировочной и исполнительной. Исследования А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина, П.Я. Гальперина позволили представить психическое развитие как процесс отделения ориентировочной части действия от самого действия и обогащения ориентировочной части действия благодаря формированию способов и средств ориентации. Сама ориентация осуществляется в этом возрасте на разных уровнях: материальном (или практически-действенном), перцептивном (с опорой на наглядные предметы) и умственном (без опоры на наглядные предметы, в плане представления). Поэтому, когда говорят о развитии восприятия, имеют в виду развитие способов и средств ориентации.

В дошкольном возрасте ориентировочная деятельность развивается очень интенсивно. Ориентация может осуществляться на разных уровнях: материальном (практически-действенном), сенсорно-зрительном и умственном.

В этом возрасте, как показали исследования Л.А. Венгера, идет интенсивное развитие сенсорных эталонов, т. е. цвета, формы, величины, и соотнесение (сравнение) предметов с этими эталонами. Кроме того, происходит усвоение эталонов фонем родного языка. О фонах Д.Б. Эльконин говорил следующее: «Дети начинают их слышать в категориальном ключе» (Эльконин Д.Б., 1989).

В общем смысле слова эталоны – это достижения человеческой культуры, «сетка», через которую мы смотрим на мир. Когда ребенок начинает осваивать эталоны, процесс восприятия приобретает опосредованный характер. Использование эталонов позволяет осуществить переход от субъективной оценки воспринимаемого мира к его объективной характеристике.

Мышление. Усвоение эталонов, изменение видов и содержания деятельности ребенка ведет к изменению характера детского мышления. К концу дошкольного возраста намечается переход от эгоцентризма (центрации) к децентрации, что также ведет к восприятию окружающего мира с позиций объективности.

Мышление ребенка формируется в ходе педагогического процесса. Своеобразие развития ребенка заключается в активном овладении им способами и средствами практической и познавательной деятельности, имеющими социальное происхождение. По мнению А.В. Запорожца, овладение подобными способами играет существенную роль в формировании не только сложных видов абстрактного, словесно-логического мышления, но и мышления наглядно-образного, характерного для детей дошкольного возраста.

Таким образом, мышление в своем развитии проходит следующие этапы: 1) совершенствование наглядно-действенного мышления на базе развивающегося воображения; 2) улучшение наглядно-образного мышления на основе произвольной и опосредованной памяти; 3) начало активного формирования словесно-логического мышления благодаря использованию речи как средства постановки и решения интеллектуальных задач.

В своих исследованиях А.В. Запорожец, Н.Н. Подьяков, Л.А. Венгер и др. подтвердили, что переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению происходит благодаря изменению характера ориентировочно-исследовательской деятельности. Ориентировка, основанная на методе проб и ошибок, заменяется на целенаправленную двигательную, затем зрительную и, наконец, мыслительную ориентировку.

Рассмотрим процесс развития мышления более подробно. Появление сюжетно-ролевых игр, особенно с использованием правил, способствует развитию *наглядно-образного* мышления. Его становление и совершенствование зависят от воображения ребенка. Сначала ребенок механически замещает одни предметы другими, придавая предметам-заместителям не свойственные им функции, затем предметы замещаются их образами и необходимость совершения практических действий с ними отпадает.

Словесно-логическое мышление начинает свое развитие тогда, когда ребенок умеет оперировать словами и понимает логику рассуждений. Способность к рассуждениям обнаруживается в среднем дошкольном возрасте, но очень ярко проявляется в феномене эгоцентрической речи, описанном Ж. Пиаже. Несмотря на то что ребенок может рассуж-

дать, в его умозаключении отмечается нелогичность, он путается при сравнении величины и количества.

Развитие данного вида мышления проходит в два этапа:

1) сначала ребенок усваивает значение слов, относящихся к предметам и действиям, и научается пользоваться ими;

2) ребенок познает систему понятий, обозначающих отношения, и усваивает правила логики рассуждения.

При развитии *логического* мышления идет процесс формирования внутреннего плана действий. Н.Н. Поддьяков, изучая этот процесс, выделил шесть этапов развития:

1) сначала ребенок с помощью рук манипулирует предметами, решает задачи в наглядно-действенном плане;

2) продолжая манипулировать предметами, ребенок начинает использовать речь, но пока еще только для называния предметов, хотя уже может словесно выразить результат выполненного практического действия;

3) ребенок начинает мысленно оперировать образами. Происходит дифференциация во внутреннем плане конечной и промежуточных целей действия, т. е. он в уме выстраивает план действий и при выполнении начинает рассуждать вслух;

4) задача решается ребенком по заранее составленному, продуманному и внутренне представленному плану;

5) ребенок сначала продумывает план решения задачи, мысленно представляет этот процесс и только потом приступает к его выполнению. Цель данного практического действия состоит в подкреплении найденного в уме ответа;

6) задача решается только во внутреннем плане с выдачей готового словесного решения, без последующего подкрепления действиями.

Н.Н. Поддьяков сделал следующий вывод: у детей пройденные этапы и достижения в совершенствовании мыслительных действий не исчезают, а заменяются новыми, более совершенными. При необходимости они снова могут включиться в решение проблемной ситуации, т. е. начнет работать наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление. Отсюда следует, что у дошкольников интеллект уже функционирует по принципу системности.

В дошкольном возрасте начинают развиваться *понятия*. В 3–4 года ребенок использует слова, иногда не полностью понимая их значения, но со временем происходит смысловое осознание этих слов. Ж. Пиаже назвал период непонимания смысла слов стадией речемыслительного развития ребенка. Развитие понятий идет параллельно с развитием мышления и речи.

Внимание. В этом возрасте оно произвольное и вызывается внешне привлекательными предметами, событиями и людьми. На первый план выходит интерес. Ребенок фиксирует внимание на чем-либо или ком-либо только в течение того промежутка времени, в котором у него сохраняется непосредственный интерес к человеку, предмету или происходящему. Становление произвольного внимания сопровождается появлением эгоцентрической речи.

На начальной стадии перехода внимания от произвольного к произвольному большое значение имеют средства, управляющие вниманием ребенка, и рассуждения вслух.

Внимание при переходе от младшего к старшему дошкольному возрасту развивается следующим образом. Младшие дошкольники рассматривают интересующие их картинки, могут заниматься определенным видом деятельности 6–8 секунд, а старшие дошкольники – 12–20 секунд. В дошкольном возрасте уже отмечается различная степень устойчивости внимания у разных детей. Возможно, это связано с типом нервной деятельности, физическим состоянием и условиями жизни. Было замечено, что нервные и больные дети чаще отвлекаются, чем спокойные и здоровые.

Память. Развитие памяти идет от произвольной и непосредственной к произ-

вольному и опосредованному запоминанию и припоминанию. Этот факт подтвержден З.М. Истоминой, которая проанализировала процесс становления произвольного и опосредованного запоминания у дошкольников.

В основном у всех детей раннего дошкольного возраста преобладает произвольная, зрительно-эмоциональная память, только у лингвистически или музыкально одаренных детей превалирует слуховая память.

Переход от произвольной памяти к произвольной делится на два этапа: 1) формирование необходимой мотивации, т. е. желания что-либо запомнить или вспомнить; 2) возникновение и совершенствование необходимых мнемических действий и операций.

Различные процессы памяти с возрастом развиваются неравномерно. Так, произвольное воспроизведение возникает раньше, чем произвольное запоминание, и невольно опережает его в развитии. Развитие процессов памяти зависит также от интереса и мотивации ребенка к той или иной деятельности.

Продуктивность запоминания у детей в игровой деятельности намного выше, чем вне игры. В возрасте 5–6 лет отмечаются первые перцептивные действия, направленные на сознательное запоминание и припоминание. К ним относится простое повторение. К 6–7 годам процесс произвольного запоминания практически завершается.

По мере взросления у ребенка увеличиваются скорость извлечения информации из долговременной памяти и перевода ее в оперативную, а также объем и время действия оперативной памяти. Меняется способность ребенка оценивать возможности своей памяти, становятся более разнообразными и гибкими стратегии запоминания и воспроизведения материала, применяемые им. Например, четырехлетний ребенок из 12 предъявленных картинок может узнать все 12, а воспроизвести только две-три, десятилетний ребенок, узнав все картинки, способен воспроизвести восемь.

У многих детей младшего и среднего дошкольного возраста хорошо развита непосредственная и механическая память. Дети легко запоминают и воспроизводят виденное и слышанное, но при условии, что это вызвало у них интерес. Благодаря развитию этих видов памяти ребенок быстро совершенствует свою речь, научается пользоваться предметами домашнего обихода, неплохо ориентируется в пространстве.

В этом возрасте развивается эйдетическая память. Это один из видов зрительной памяти, помогающий четко, точно и в деталях без особого труда восстанавливать в памяти зрительные образы виденного.

Воображение. В конце раннего детства, когда ребенок впервые демонстрирует способность замещения одних предметов другими, наступает начальная стадия развития воображения. Затем оно получает свое развитие в играх. О том, насколько развито воображение ребенка, можно судить не только по тем ролям, которые он исполняет во время игры, но и по поделкам и рисункам.

О.М. Дьяченко показала, что воображение в своем развитии проходит те же этапы, что и другие психические процессы: произвольное (пассивное) сменяется произвольным (активным), непосредственное – опосредствованным. Основным орудием овладения воображением становятся сенсорные эталоны.

В первой половине дошкольного детства у ребенка преобладает *репродуктивное* воображение. Оно заключается в механическом воспроизведении полученных впечатлений в виде образов. Это могут быть впечатления от просмотра телепередачи, прочтения рассказа, сказки, непосредственного восприятия действительности. В образах обычно воспроизводятся те события, которые произвели на ребенка эмоциональное впечатление.

В старшем дошкольном возрасте репродуктивное воображение превращается в *воображение*, которое *творчески преобразует действительность*. В этом процессе уже участвует мышление. Этот вид воображения применяется и совершенствуется в сюжетно-ролевых играх.

Функции воображения таковы: познавательно-интеллектуальная, аффективно-защитная. *Познавательно-интеллектуальное* воображение формируется благодаря отде-

лению образа от предмета и обозначению образа при помощи слова. Роль *аффективно-защитной* функции в том, что она защищает растущую, ранимую, слабо защищенную душу ребенка от переживаний и травм. Защитная реакция данной функции выражается в том, что через воображаемую ситуацию может произойти разрядка возникающего напряжения или разрешение конфликта, которое сложно обеспечить в реальной жизни. Оно складывается в результате осознания ребенком своего «Я», психологического отделения себя от других и от совершаемых поступков.

Развитие воображения проходит следующие этапы.

1. «Опредмечивание» образа действиями. Ребенок может управлять, изменять, уточнять и совершенствовать свои образы, т. е. регулировать свое воображение, но не способен планировать и заранее в уме составлять программу предстоящих действий.

2. Детское аффективное воображение в дошкольном возрасте развивается следующим образом: вначале негативные эмоциональные переживания у ребенка символически выражаются в героях услышанных или увиденных им сказок; затем он начинает строить воображаемые ситуации, снимающие угрозы с его «Я» (например, рассказы-фантазии о себе как о якобы обладающем особо выраженными положительными качествами).

3. Появление замещающих действий, которые, будучи реализованы, способны снять возникшее эмоциональное напряжение. К 6–7 годам дети могут представлять воображаемый мир и жить в нем.

Речь. В дошкольном детстве завершается процесс овладения речью. Она развивается в следующих направлениях.

1. Идет развитие звуковой речи. Ребенок начинает осознавать особенности своего произношения, у него развивается фонематический слух.

2. Растет словарный запас. У разных детей он различен. Это зависит от условий их жизни и от того, как и сколько с ним общаются его близкие. К концу дошкольного возраста в лексиконе ребенка присутствуют все части речи: существительные, глаголы, местоимения, прилагательные, числительные и соединительные слова. Немецкий психолог В. Штерн (1871–1938) говоря о богатстве словарного запаса, приводит следующие цифры: в три года ребенок активно использует 1000–1100 слов, в шесть лет – 2500–3000 слов.

3. Развивается грамматический строй речи. Ребенок усваивает закономерности морфологического и синтаксического строя языка. Он понимает смысл слов и может правильно построить фразы. В возрасте 3–5 лет ребенок правильно улавливает значения слов, но иногда неверно их применяет. У детей появляется способность, используя законы грамматики родного языка, создавать высказывания, например: «От мятных лепешек во рту – сквознячок», «У лысого голова – босиком», «Смотри, как налужил дождь» (из книги К.И. Чуковского «От двух до пяти»).

4. Появляется осознание словесного состава речи. Во время произношения происходит ориентировка языка на смысловую и звуковую стороны, и это свидетельствует о том, что речь еще не осознана ребенком. Но со временем происходит развитие языкового чутья и связанной с ним умственной работы.

Если сначала ребенок относится к предложению как к единому смысловому целому, словесному комплексу, который обозначает реальную ситуацию, то в процессе обучения и с момента начала чтения книг происходит осознание словесного состава речи. Обучение ускоряет этот процесс, и поэтому к концу дошкольного возраста ребенок уже начинает вычленять слова в предложениях.

В ходе развития речь выполняет различные функции: коммуникативную, планирующую, знаковую, экспрессивную.

Коммуникативная функция – одна из основных функций речи. В раннем детстве речь для ребенка является средством общения в основном с близкими людьми. Она возникает по необходимости, по поводу конкретной ситуации, в которую включены и взрослый, и ребенок. В этот период общение выступает в ситуативной роли.

Ситуативная речь ясна собеседнику, но непонятна постороннему человеку, пото-

му что при общении выпадает подразумеваемое существительное и используются местоимения (он, она, они), отмечается обилие наречий и словесных шаблонов. Под влиянием окружающих ребенок начинает перестраивать ситуативную речь на более понятную.

У старших дошкольников прослеживается такая тенденция: ребенок сначала называет местоимение, а потом, видя, что его не понимают, произносит существительное. Например: «Она, девочка, пошла. Он, шар, покатился». На вопросы ребенок дает более подробный ответ.

Круг интересов ребенка растет, расширяется общение, появляются друзья, и все это ведет к тому, что ситуативная речь сменяется речью контекстной. Здесь отмечается более подробное описание ситуации. Совершенствуясь, ребенок чаще начинает пользоваться данным видом речи, но ситуативная речь пока тоже присутствует.

В старшем дошкольном возрасте появляется объяснительная речь. Это связано с тем, что ребенок при общении со сверстниками начинает объяснять содержание предстоящей игры, устройство машины и многое другое. Для этого требуются последовательность изложения, указания главных связей и отношений в ситуации.

Планирующая функция речи развивается потому, что речь превращается в средство планирования и регулирования практического поведения. Происходит ее слияние с мышлением. В речи ребенка появляется много слов, которые как будто никому не адресованы. Это могут быть восклицания, отражающие его отношение к действию. Например, «Тук-тук... забил. Вова забил!».

Когда ребенок в процессе деятельности обращается к самому себе, то говорят об эгоцентрической речи. Он проговаривает то, что делает, а также действия, предваряющие и направляющие совершаемую процедуру. Эти высказывания опережают практические действия и являются образными. К концу дошкольного возраста эгоцентрическая речь исчезает. Если ребенок в процессе игры ни с кем не общается, то, как правило, выполняет работу молча, но это не значит, что эгоцентрическая речь исчезла. Просто она переходит во внутреннюю речь, и ее планирующая функция продолжается. Следовательно, эгоцентрическая речь – это промежуточная ступень между внешней и внутренней речью ребенка.

Знаковая функция речи ребенка развивается в игре, рисовании и других продуктивных видах деятельности, где ребенок учится использовать предметы-знаки в качестве заместителей отсутствующих предметов. Знаковая функция речи – это ключ для вхождения в мир человеческого социально-психологического пространства, средство для понимания людьми друг друга.

Экспрессивная функция – самая древняя функция речи, отражающая ее эмоциональную сторону. Речь ребенка пронизывается эмоциями, когда у него что-то не получается или ему отказывают в чем-то. Эмоциональная непосредственность детской речи адекватно воспринимается окружающими взрослыми. Для хорошо рефлексирующего ребенка такая речь может стать средством воздействия на взрослого. Однако «детскость», специально демонстрируемая ребенком, многими взрослыми не принимается, поэтому ему приходится совершать над собой усилие и контролировать себя, быть естественным, а не демонстративным.

Личностное развитие ребенка дошкольного возраста характеризуется формированием *самосознания*. Как уже говорилось выше, оно считается основным новообразованием данного возраста.

Начинает меняться представление о самом себе, своем «Я». Это хорошо видно при сравнении ответов на вопрос: «Ты какой?». Ребенок трех лет отвечает: «Я большой», а семи лет – «Я маленький».

В этом возрасте, говоря о самосознании, следует учитывать осознание ребенком своего места в системе общественных отношений. Личное самосознание ребенка характеризуется осознанием своего «Я», выделением самого себя, своего «Я» из мира объектов и окружающих людей, появлением стремления активно воздействовать на возникающие си-

туации и изменять их таким образом, чтобы удовлетворять свои потребности и желания.

Во второй половине дошкольного возраста появляется *самооценка*, базирующаяся на самооценке раннего детства, которая соответствовала чисто эмоциональной оценке («Я хороший») и рациональной оценке чужого мнения.

Теперь при формировании самооценки ребенок сначала оценивает действия других детей, потом собственные действия, моральные качества и умения. У него возникает осознание своих действий и понимание того, что не все может. Еще новшеством с становлении самооценки является *осознание своих переживаний*, что приводит к ориентированию в своих эмоциях, от них можно слышать следующие высказывания: «Я рад. Я огорчен. Я спокоен».

Происходит осознание себя во времени, он помнит себя в прошлом, осознает в настоящем и представляет в будущем. Вот как говорят дети: «Когда я был маленьким. Когда я вырасту большой».

У ребенка происходит *половая идентификация*. Он осознает свой пол и начинает вести себя соответственно ролям, как мужчина и женщина. Мальчики стараются быть сильными, смелыми, мужественными, не плакать от обиды и боли, а девочки – аккуратными, деловитыми в быту и мягкими или кокетливо-капризными в общении. В ходе развития ребенок начинает присваивать себе поведенческие формы, интересы и ценности своего пола.

Развивается *эмоционально-волевая сфера*. По поводу эмоциональной сферы можно отметить, что у дошкольников, как правило, отсутствуют сильные аффективные состояния, их эмоциональность более «спокойная». Однако это не значит, что дети становятся флегматичными, просто меняется структура эмоциональных процессов, увеличивается их состав (преобладают вегетативные, моторные реакции, познавательные процессы – воображение, образное мышление, сложные формы восприятия). При этом сохраняются эмоциональные проявления раннего детства, но эмоции интеллектуализируются, становятся «умными».

Эмоциональному развитию дошкольника, пожалуй, более всего способствует детский коллектив. В ходе совместной деятельности у ребенка складывается эмоциональное отношение к людям, зарождается эмпатия (сопереживание).

В дошкольном возрасте изменяется и **мотивационная сфера**. Основным личностным механизмом, который формируется в это время, является *соподчинение мотивов*. Ребенок способен принять решение в ситуации выбора, тогда как раньше для него это было трудно. Самым сильным мотивом является поощрение и получение награды, менее сильным – наказание, а самым слабым – обещание. В этом возрасте требовать от ребенка обещания (например, «Ты обещаешь больше не драться?», «Обещаешь больше не трогать эту вещь?» и т. д.) бессмысленно.

Именно в дошкольном возрасте ребенок начинает осваивать этические нормы, у него появляются *этические переживания*. Первоначально он может оценить только чужие поступки: других детей или литературных героев, а свои оценить не способен. Затем, в среднем дошкольном возрасте, ребенок, оценивая действия литературного героя, может обосновать свою оценку, опираясь на взаимоотношения персонажей произведения. А во второй половине дошкольного возраста он уже может оценить свое поведение и старается действовать в соответствии с теми моральными нормами, которые он усвоил.

Новообразования дошкольного возраста. К новообразованиям дошкольного возраста Д.Б. Эльконин отнес следующие.

1. *Возникновение первого схематического абриса цельного детского мировоззрения.* Ребенок не может жить в беспорядке, ему надо все привести в порядок, увидеть закономерности отношений. Для того чтобы объяснить явления природы, дети используют моральные, анимистические и артификалистские причины. Это подтверждают высказывания детей, например: «Солнце движется, чтобы всем было тепло и светло». Это происходит потому, что ребенок считает, будто в центре всего (начиная с того, что окружает человека

и до явлений природы) находится человек, что было доказано Ж. Пиаже, который показал, что у ребенка в дошкольном возрасте отмечается артифаклистическое мировоззрение.

В возрасте пяти лет ребенок превращается в «маленького философа». Он рассуждает по поводу происхождения луны, солнца, звезд, основываясь на просмотренных телепередачах о космонавтах, луноходах, ракетах, спутниках и т. д.

В определенный момент дошкольного возраста у ребенка появляется повышенный познавательный интерес, он начинает всех мучить вопросами. Такова особенность его развития, поэтому взрослым следует понимать это и не раздражаться, не отмахиваться от ребенка, а по возможности отвечать на все вопросы. Наступление «возраста почемучек» свидетельствует о том, что ребенок готов к обучению в школе.

2. *Возникновение первичных этических инстанций.* Ребенок пытается понять, что хорошо, а что плохо. Одновременно с усвоением этических норм идет эстетическое развитие («Красивое не может быть плохим»).

3. *Появление соподчинения мотивов.* В этом возрасте обдуманное действие превалирует над импульсивными. Формируются настойчивость, умение преодолевать трудности, возникает чувство долга перед товарищами.

4. *Поведение становится произвольным.* Произвольным называют поведение, опосредованное определенным представлением. Д.Б. Эльконин говорил, что в дошкольном возрасте ориентирующее поведение образ сначала существует в конкретной наглядной форме, но затем становится все более обобщенным, выступающим в форме правил или норм. У ребенка появляется стремление управлять собой и своими поступками.

5. *Возникновение личного сознания.* Ребенок стремится занять определенное место в системе межличностных отношений, в общественно-значимой и общественно-оцениваемой деятельности.

6. *Появление внутренней позиции школьника.* У ребенка формируется сильная познавательная потребность, кроме того, он стремится попасть в мир взрослых, начав заниматься другой деятельностью. Эти две потребности ведут к тому, что у ребенка возникает внутренняя позиция школьника. Л.И. Божович считала, что данная позиция может свидетельствовать о готовности ребенка учиться в школе.

Психологическая готовность к школе. *Психологическая готовность* – это высокий уровень интеллектуальной, мотивационной и произвольной сфер.

Проблемой готовности ребенка к обучению в школе занимались многие ученые. Одним из них был Л.С. Выготский, который утверждал, что готовность к школьному обучению формируется в процессе обучения: «До тех пор, пока не начали обучать ребенка в логике программы, до тех пор еще нет готовности к обучению; обычно готовность к школьному обучению складывается к концу первого полугодия первого года обучения»¹.

Сейчас обучение проводится и в дошкольных учреждениях, но там акцент делается только на интеллектуальном развитии: ребенка учат читать, писать, считать. Однако можно уметь делать все это и не быть готовым к школьному обучению, потому что готовность определяется еще и тем, в какую деятельность данные умения включены. А в дошкольном возрасте освоение умений и навыков включено в игровую деятельность, следовательно, эти знания имеют другую структуру. Поэтому, определяя школьную готовность, нельзя оценивать ее только по формальному уровню умений и навыков письма, чтения, счета.

Говоря об определении уровня школьной готовности, Д.Б. Эльконин утверждал, что надо обращать внимание на возникновение произвольного поведения. Иными словами, необходимо обращать внимание на то, как ребенок играет, подчиняется ли он правилу, берет ли на себя роли. Эльконин также говорил, что превращения правила во внутреннюю инстанцию поведения – важный признак готовности к обучению.

Степени развитости произвольного поведения были посвящены эксперименты Д.Б. Элькониной. Он взял детей 5, 6 и 7 лет, положил перед каждым кучку спичек и попросил по

¹ Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика, 1991. 480 с.

одной переложить их в другое место. Семилетний ребенок с хорошо развитой произвольностью скрупулезно выполнял задание до конца, шестилетний какое-то время перекладывал спички, потом начал что-то строить, а пятилетний привнес в это задание свою собственную задачу.

В процессе школьного обучения детям приходится усваивать научные понятия, а это возможно только в том случае, когда ребенок, во-первых, умеет различать разные стороны действительности. Необходимо, чтобы он видел в предмете отдельные стороны, параметры, которые составляют его содержание. Во-вторых, для усвоения основ научного мышления ему необходимо понять, что его точка зрения не может быть абсолютной и единственной.

По мнению П.Я. Гальперина, к концу дошкольного возраста имеются три линии развития:

- 1) формирование произвольного поведения, когда ребенок может подчиняться правилам;
- 2) овладение средствами и эталонами познавательной деятельности, которые позволяют ребенку перейти к пониманию сохранения количества;
- 3) переход от эгоцентризма к центрации.

Сюда надо включить и мотивационное развитие. Прослеживая развитие ребенка с учетом этих параметров, можно определить его готовность к обучению в школе.

Рассмотрим параметры определения уровня школьной готовности более подробно.

Интеллектуальная готовность. Она определяется по следующим пунктам: 1) ориентировка в окружающем мире; 2) запас знаний; 3) развитие мыслительных процессов (способность обобщать, сравнивать, классифицировать); 4) развитие разных типов памяти (образной, слуховой, механической); 5) развитие произвольного внимания.

Мотивационная готовность. Особое значение имеет наличие внутренней мотивации: ребенок идет в школу потому, что ему там будет интересно и он хочет много знать. Подготовка к школе подразумевает формирование новой «социальной позиции». Сюда включается отношение к школе, учебной деятельности, учителям, самому себе. По мнению Е.О. Смирновой, для обучения важно также наличие у ребенка личных форм общения со взрослым.

Волевая готовность. Ее присутствие очень важно для дальнейшего успешного обучения первоклассника, ведь его ждет напряженный труд, от него потребуются умение делать не только то, что хочется, но и то, что надо.

К 6 годам уже начинают формироваться основные элементы волевого действия: ребенок способен поставить цель, принять решение, наметить план действий, выполнить этот план, проявить определенное усилие в случае преодоления препятствий, оценить результат своего действия.

Психологические особенности детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Особые образовательные потребности различаются у детей разных категорий, поскольку задаются спецификой нарушения психического развития и определяют особую логику построения учебного процесса, находят свое отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем детям с ОВЗ:

- начать специальное обучение ребенка сразу же после выявления первичного нарушения развития;
- ввести в содержание обучения ребенка специальные разделы, не присутствующие в программах образования нормально развивающихся сверстников;
- использовать специальные методы, приемы и средства обучения (в том числе специализированные компьютерные технологии), обеспечивающие реализацию «обходных путей» обучения;
- индивидуализировать обучение в большей степени, чем требуется для нормально развивающегося ребенка;
- обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды;
- максимально раздвинуть образовательное пространство за пределы образовательного учреждения.

Общие принципы и правила коррекционной работы:

1. Индивидуальный подход к каждому ученику.
2. Предотвращение наступления утомления, используя для этого разнообразные средства (чередование умственной и практической деятельности, преподнесение материала небольшими дозами, использование интересного и красочного дидактического материала и средств наглядности).
3. Использование методов, активизирующих познавательную деятельность учащихся, развивающих их устную и письменную речь и формирующих необходимые учебные навыки.
4. Проявление педагогического такта. Постоянное поощрение за малейшие успехи, своевременная и тактическая помощь каждому ребёнку, развитие в нём веры в собственные силы и возможности.

Эффективными приемами коррекционного воздействия на эмоциональную и познавательную сферу детей с отклонениями в развитии являются:

- игровые ситуации;
- дидактические игры, которые связаны с поиском видовых и родовых признаков предметов;
- игровые тренинги, способствующие развитию умения общаться с другими;
- психогимнастика и релаксация, позволяющие снять мышечные спазмы и зажимы, особенно в области лица и кистей рук.

Основные виды нарушений функций организма:

Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций).

Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности).

Нарушения аутистического спектра (РДА, синдром Ретта, синдром Аспергера и т.д.).

Хромосомные и генные нарушения (синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Лежена и т.д.).

Нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования).

Нарушения опорно-двигательного аппарата (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений). Детский церебральный паралич (ДЦП).

Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

Нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Нарушения психических функций

1) Интеллектуальные нарушения:

- Задержка психического развития (ЗПР).
- Педагогическая запущенность.
- Умственная отсталость (УО), олигофрения.
- Деменция.

2) Нарушения поведения:

- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Интеллектуальные нарушения

Задержка психического развития - замедление нормального темпа психического развития; отсутствие нарушений отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур; незрелость сложных форм поведения и целенаправленной деятельности; быстрая утомляемость; низкая работоспособность (*VII вид, классы компенсирующего обучения в ОУ*).

Педагогическая запущенность - задержка психического развития, возникающая в условиях социального неблагополучия.

Умственная отсталость (от древнегреч. «ὀλίγος» - малый; «φρήν» - ум, разум) - стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга:

- легкая – IQ от 50 до 69 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 9-12 лет) (*VIII вид*);
- умеренная – IQ от 35 до 49 (в зрелом возрасте соответствуют развитию в 6-9 лет);
- тяжелая – IQ от 20 до 34 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 3-6 лет);
- глубокая – IQ ниже 20 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 3 лет).

Норма IQ – от 80 до 119.

Деменция (от нем. «de» - снижение; «mens» - ум, разум) - приобретенная умственная отсталость.

Сравнительная характеристика интеллектуальных нарушений

Показатели	Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
Возраст	С младенчества	С начала воздействия социального неблагополучия	До 2-3 лет	После 3 лет
Распространенность	7-11%		3%	
Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом	Социокультурный фактор	Социокультурный фактор	Биологический фактор	Биологический фактор
Функциональная локализация нарушения (дефекта)	Характерны только частные дефекты	Характерны только частные дефекты	Приоритет общих дефектов над частными	Приоритет общих дефектов над частными

Причины интеллектуальных нарушений

Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
отягощенная наследственность; патология беременности и родов; хронические заболевания родителей; неблагоприятная экология; курение, алкоголизм; неблагоприятный психологический микроклимат в семье или в школе и т.д.	- социальное неблагополучие в семье.	патологическая наследственность; хромосомные нарушения; органические повреждения мозга и т.д.	шизофрения; эпилепсия; воспалительные заболевания мозга; травмы мозга (сотрясения, ушибы); хромосомные нарушения; нейродегенерация с накоплением железа в тканях мозга и т.д.

Интеллектуальные нарушения: характер

Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
Устойчивое течение без ремиссий и рецидивов, может прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка. При своевременной и адекватной коррекционной работе носит <i>обратимый характер</i> .	У ребёнка остаётся интерес ко всему новому. Отсутствует тугоподвижность мышления. Страдают только те сферы психики, которые подверглись неблагоприятному воздействию. При своевременной и адекватной коррекционной работе носит <i>обратимый характер</i> .	Нет прогрессии.	Негативно прогрессирующий.

Дети с ЗПР – это преимущественно дети с нормальным интеллектом, у которых отсутствует мотивация к учебе, либо имеется отставание в овладении школьными навыками (чтения, письма, счета).

Отсутствие концентрации и быстрое рассеивание внимания приводят к тому, что

им трудно или невозможно функционировать в большой группе и самостоятельно выполнять задания.

Кроме того, излишняя подвижность и эмоциональные проблемы являются причинами того, что эти дети, несмотря на их возможности, не достигают в школе желаемых результатов.

При организации обучения необходимо адаптировать содержание учебного материала, выделяя в каждой теме базовый материал, подлежащий многократному закреплению, дифференцировать задания в зависимости от коррекционных задач. Обучающемуся с ЗПР необходим хорошо структурированный материал.

Необходимо тщательно отбирать и комбинировать методы и приемы обучения с целью смены видов деятельности детей, изменения доминантного анализатора, включения в работу большинства анализаторов; использовать ориентировочную основу действий (опорных сигналов, алгоритмов, образцов выполнения задания).

Для детей с ЗПР важно обучение без принуждения, основанное на интересе, успехе, доверии, рефлексии изученного. Важно, чтобы школьники через выполнение доступных по темпу и характеру, лично ориентированных заданий поверили в свои возможности, испытали чувство успеха, которое должно стать сильнейшим мотивом, вызывающим желание учиться.

При организации учебного процесса следует исходить из возможностей ребёнка – задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий. В дальнейшем трудность заданий следует увеличивать пропорционально возрастающим возможностям ребёнка.

Учителю необходимо:

- следить за успеваемостью обучающихся: после каждой части нового учебного материала проверять, понял ли его ребенок;
- посадить ребёнка на первые парты, как можно ближе к учителю, так как контакт глаз усиливает внимание;
- поддерживать детей, развивать в них положительную самооценку, корректно делая замечание, если что-то делают неправильно;
- разрешать обучающимся при выполнении упражнений записывать различные шаги. Это является для них опорой, а для учителя это вспомогательное средство, чтобы понять, где именно произошла ошибка в процессе мышления;
- требовать структурирования действий при делении и умножении чисел. Повторение таблицы умножения остается хорошим упражнением для слабых в счете обучающихся.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Статистика:

- США – 4-20 %;
- Великобритания – 1-3 %;
- Италия – 3-10 %;
- Китай – 1-13 %;
- Австралия – 7-10 %;
- Россия – 4-18 %.

Причины:

- раннее повреждение ЦНС в период внутриутробного развития и родов - 84% случаев;
- генетические причины –57% случаев;
- негативное действие внутрисемейных факторов – 63% случаев.

Условия диагностики СДВГ

Для постановки диагноза необходимо:

- наличие 6 или более симптомов СДВГ, которые сохраняются у ребёнка на протяжении как минимум 6 месяцев;
- некоторые симптомы СДВГ начинают вызывать беспокойство в возрасте ребёнка до 7 лет;
- проблемы возникают в двух или более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома);
- имеются убедительные сведения о значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

Диагностические критерии СДВГ

Критерий 1. Дефицит внимания.

- Часто неспособен удерживать внимание на деталях.
- Из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемых заданиях и других видах деятельности.
- Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игры.
- Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
- Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
- Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
- Обычно избегает, выражает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения.
- Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
- Легко отвлекается на посторонние стимулы.
- Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Критерий 2. Гиперактивность.

- Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах.
- Сидя на стуле, крутится, вертится.
- Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
- Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
- Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
- Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
- Часто бывает болтливым.

Критерий 3. Импульсивность.

- Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
- Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
- Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Нарушения сенсорных функций

Дети с нарушением зрения

Слепые (незрячие) - полное отсутствие зрительных ощущений, прогрессирующее заболевание и сужение поля зрения до 10 – 15° с остротой зрения до 0,08.

Слабовидящие - острота зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками.

Слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Поздноослепшие.

Косоглазие (горизонтальное, вертикальное).

Амблиопия («ленивый глаз») (от др. греч. ἀμβλῦς - тупой и ὄψ + ὀπίς - глаз) - ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз.

К слепым относятся дети с полным отсутствием зрения (от светоощущения до 0,04 включительно с коррекцией на лучшем глазу).

Слабовидящими называют детей, у которых острота зрения лучшего глаза с обычной оптической коррекцией составляет 0,05 – 0,4.

Специфика обучения и воспитания слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем: дозирование учебных нагрузок, применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности детей, специальное оформление учебных кабинетов, организация лечебно-восстановительной работы; усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Обучение слабовидящих ведется по учебникам массовой школы, которые печатаются более крупным шрифтом и специальными преобразованными изображениями, доступными для зрительного восприятия.

Во время проведения уроков следует чаще переключать учащихся с одного вида деятельности на другой. Во время проведения урока педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих школьников. Так, непрерывная зрительная нагрузка (например, чтение) в первых классах не должна превышать 7-10 минут). Однако для некоторых слабовидящих, например, с атрофией зрительных нервов, центральной атрофией сетчатки, может быть утомительна и такая нагрузка. Поэтому к дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально, неуклонно следуя рекомендациям офтальмолога.

Положительное влияние на поддержание работоспособности учащихся и предупреждение зрительного переутомления оказывает проведение физических пауз. Во время физ.паузы выполняют дыхательные упражнения, хватательные, сгибательные и разгибательные упражнения для кистей рук. Слабовидящие не должны выполнять упражнения, связанные с наклоном головы вниз и с резким движением тела, т.к. эти упражнения им противопоказаны.

Слабовидящие дети должны размещаться ближе к естественному источнику света. При некоторых формах нарушения зрения (катаракта, помутнение роговицы) у детей наблюдается светобоязнь. Таких детей надо размещать дальше от источника света.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются учащиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк. Поэтому рекомендуется использовать крепящиеся на столе лампы. Свет должен падать с левой стороны или прямо.

Гимнастика до занятий, физ.минутки на уроках и лечебная физкультура (ЛФК) на коррекционных занятиях являются обязательными и проводятся по специальным программам.

Для детей с нарушением зрения предусмотрены следующие программы коррекционных занятий: мимика и пантомимика; ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка (СБО), развитие зрительного восприятия, осязания и мелкая моторика рук, логопедические занятия.

Дети с нарушением слуха

Норма - диапазон от 10-20 до 2000 Гц.

Глухие (неслышащие) – тотальное отсутствие или снижение слуха выше 80 дБ, в результате чего невозможно самостоятельное овладение словесной речью.

Слабослышащие (тугоухие) – снижение слуха, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи.

Позднооглохшие.

Дети с кохлеарным имплантом. В мире насчитывается более 70 000 человек, пользующихся системами кохлеарной имплантации.

Схема работы кохлеарного импланта:

Система кохлеарной имплантации имеет как внутреннюю, так и внешнюю части.

1. Звук воспринимается микрофоном.
2. Звук, преобразованный в электрический сигнал, передаётся от микрофона в речевой процессор.
3. Речевой процессор анализирует электрический сигнал и осуществляет его преобразование в кодированные цифровые сигналы.
4. Кодированные цифровые сигналы поступают к передатчику.
5. Передатчик посылает радиосигналы с цифровым кодом через кожный покров на внутреннюю часть системы — имплант.
6. Имплант преобразует кодированные цифровым кодом радиосигналы в электрические импульсы.
7. Электрические импульсы посылаются к электродам для стимуляции сохранных нервных волокон.
8. Нервные импульсы распознаются мозгом как звуки, обеспечивая слуховое восприятие.

Психологически глухие и слабослышащие дети отличаются от сверстников с нормальным слухом, они более замкнуты и обидчивы. У детей с нарушениями слуха происходит нарушение познавательных функций, т.е. внимания, восприятия, речи, памяти, мышления. У таких детей понижена инициатива общения с окружающим миром. Страдают ориентация в пространстве, координация движений (в связи с тесным взаимодействием слухового и вестибулярного аппарата).

Устная и письменная речь детей с отклонениями слуха страдает пропусками букв и слов, их заменой не по смыслу, а по внешнему сходству. Нужно разбирать с ними значение каждого слова. Такие дети запоминают тексты дословно, употребляют в речи однотипные грамматические конструкции, однообразные слова и фразы, их язык беден.

Дети, имеющие нарушение слуха, хорошо воспринимают устную речь зрительно (чтение с губ).

Ученик, имеющий нарушение слуха, обязательно должен быть слухопротезирован, т.е. иметь индивидуальные слуховые аппараты.

Учитель, обучающий ребёнка с нарушением слуха в общеобразовательном классе, должен:

- посадить ребёнка за первую парту;
- не поворачиваться спиной к обучающемуся;
- чётко задавать вопросы, обращаясь к ребёнку;
- проверять рабочее состояние слуховых аппаратов;
- разрешать детям оборачиваться, чтобы видеть лицо говорящего человека;
- широко применять наглядность в целях более полного и глубокого осмысления учебного материала.

Во второй половине дня сурдопедагог должен проводить индивидуальные и групповые занятия по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи. В развивающих занятиях сурдопедагог также может использовать специальные компьютерные программы «Мир за твоим окном», «В городском дворе», «Лента времени».

В адаптации в социуме незаменимую помощь оказывает педагог-психолог и социальный педагог. Работа психолога должна быть направлена на развитие коммуникативной компетентности, повышение уровня доброжелательности, снижение конфликтности, сплочение коллектива. Большое внимание психолог должен обращать на формирование межличностных отношений между интегрированными ребятами и их сверстниками, что помогает решать этические и правовые проблемы.

Для слабослышащих детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически подготовлены к совместному со слышащими сверстниками обучению, может быть эффективно интегрированное обучение.

Нарушения аутистического спектра

Понимая чрезвычайную важность проблемы, 62-ая сессия Генеральной Ассамблеи ООН в 2008 году постановила отмечать 2-ое апреля каждого года как «*Всемирный день распространения информации об аутизме*».

Аутизм – это:

- во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми;
- во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений интересов;
- в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций.

Спектр аутистических расстройств (РАС) - схожие с аутизмом состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы.

Статистика:

- в мире официально зарегистрировано 6,5 миллионов аутистов;
- аутизм встречается примерно в 3-6 случаях на 10 000 детей;
- аутизм встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

«... С 1991 по 1997 встречаемость РАС выросла на 55,6 %... В педиатрической практике эти нарушения встречаются чаще, чем спинномозговые грыжи, рак и синдром Дауна...»

Классификация раннего детского аутизма (РДА) по Лебединской К.С., Никольской О.С.)

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой:

- **1-ая группа** - отрешенность от внешней среды: наиболее глубокая патология, аутизм, нет потребности в контактах, не владеют навыками самообслуживания, нуждаются в постоянном уходе и надзоре, в условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, могут освоить

письмо, элементарный счет и даже чтение про себя; социальная адаптация будет затруднена даже в домашних условиях;

- **2-ая группа** – отвержение внешней среды: возможность активной борьбы с тревогой и страхами за счет стереотипий, малодоступны контакту, витальная зависимость от матери, - при активной, адекватной и длительной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще в общеобразовательной, чем в коррекционной);

- **3-я группа** – замещение внешней среды: поведение приближается к психопатоподобному, конфликтность, *меньшая витальная зависимость от матери*, при адекватной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в общеобразовательной школе;

- **4-ая группа** - сверхтормозимость ребенка внешней средой: глубокий аутистический барьер, защитные образования носят *адекватно компенсаторный характер*: при плохом контакте со сверстниками активно ищут защиты у близких, интеллектуальные функции сохранены, чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери, при адекватной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в общеобразовательной школе.

Синдром Аспергера - расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся такими же качественными аномалиями социальных взаимодействий, какие характерны для аутизма, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий.

Отличие от аутизма – отсутствует нарушения развития речи и интеллекта.

Характерно:

- часто сочетается с выраженной неуклюжестью;
- сохранность вышеуказанных изменений в подростковом и зрелом возрасте;
- в раннем периоде зрелости периодически имеют место психотические эпизоды.

Генные и хромосомные нарушения

В среднем около 30% случаев интеллектуальных нарушений, 40% случаев аутизма, до 10% случаев шизофрении обусловлено изменениями в генетическом материале¹.

Классификация наследственных заболеваний: генные нарушения

Генные нарушения - это многочисленная и разнообразная по клинической картине группа заболеваний, в основе которых лежит мутация одного гена. В настоящее время известно около **5000 моногенных наследственных заболеваний**. Дефект одного гена встречается у 1% живорожденных.

Например:

- **Фенилкетонурия** (нарушение аминокислотного обмена);
- **Галактоземия** (нарушение углеводного обмена);
- **Муковисцидоз** (поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы);
- **Синдром Марфана**, «паучьи пальцы», арахнодактилия (нарушения обмена соединительной ткани) и др.

Классификация наследственных заболеваний: хромосомные нарушения

К хромосомным нарушениям относятся заболевания, вызванные нарушениями числа и структуры хромосом. В настоящее время у человека известно более **700 заболеваний**, вызванных изменением числа или структуры хромосом.

Главная клиническая особенность хромосомных болезней - умственная отсталость

¹ Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Генетические механизмы нарушения психики: хромосомные и геномные болезни // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2010. № 5. С. 277-285.

и множественные пороки развития.

Например:

Хромосомные заболевания, вызванные нарушением числа хромосом:

- *Моносомии* – отсутствие одной хромосомы из пары (синдромом Шерешевского - Тернера - моносомия по половой X-хромосоме);
- *Трисомии* – возникновение дополнительной хромосомы в паре (синдромом Дауна - трисомия по 21 хромосоме).
- *Хромосомные заболевания, вызванные нарушением структуры хромосом:*
- *Транслокации* - обменные перестройки между негомологичными хромосомами (например, транслокационная форма синдрома Дауна).
- *Делеции* - потери участка хромосомы (синдром кошачьего крика – делеция короткого плеча 5 хромосомы).
- *Инверсии* - повороты участка хромосомы на 180 градусов.
- *Дупликации* - удвоения участка хромосомы и т.д.

Синдром Дауна – это хромосомная патология, характеризующаяся наличием дополнительных копий генетического материала 21-й хромосомы, либо целой хромосомы (трисомия), либо её участков (транслокационная форма, мозаицизм).

Частота рождаемости: 1 на 700-1000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Синдром описан в 1866 году Джоном Лэнгдоном Дауном.

В 2005 году Международная Ассоциация Даун синдром (DSI) высказала идею об учреждении **21 марта** как Всемирного дня человека с синдромом Дауна.

Число и месяц проведения праздника были выбраны не случайно. Дата высвечивает уникальность синдрома Дауна, при котором в 21-й паре хромосом присутствует дополнительная, третья хромосома.

Синдром Вильямса. Люди с данным синдромом имеют особое строение лица, в специальной литературе называемое «лицом эльфа», поскольку оно напоминает лицо эльфов в их традиционном, фольклорном варианте.

Причина возникновения синдрома: делеция участка, на котором находится около 26 генов, расположенного на длинном плече 7-й хромосомы.

Частота рождаемости: 1 на 20 000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Описан в 1961 году кардиологом из Новой Зеландии Дж. Вильямсом.

Синдром Лежена. Причиной возникновения синдрома Лежена (синдром кошачьего крика) является отсутствие фрагмента 5-ой хромосомы.

Частота рождаемости: 1 ребенок на 50000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 3:4 соответственно.

Описан в 1963 году французским ученым Жеромом Леженом.

Клинико-педагогическая классификация речевых нарушений у детей

Расстройства фонационного оформления высказывания:

1. *Дисфония* – отсутствие фонации или нарушение силы, высоты и тембра голоса.
2. *Брадилалия* – патологически замедленный темп речи.
3. *Тахилалия* – патологически ускоренный темп речи.
4. *Заикание* – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.
5. *Дислалия* (косноязычие) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

6. *Ринолалия* (гнусавость) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

7. *Дизартрия* – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания:

1. *Алалия* – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

2. *Афазия* – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи:

1. *Дислексия* – частичное специфическое нарушение процесса чтения: затруднения опознания и узнавания букв, затруднения слияния букв в слоги и слогов в слова; аграмматизмы и искажение понимания прочитанного.

2. *Дисграфия* – частичное специфическое нарушение процесса письма: нестойкость оптико-пространственного образа буквы, смещения или пропуски букв, искажение звуко-слогового состава слова и структуры предложений.

Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений у детей

1. *Фонетико-фонематическое недоразвитие речи* – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2. *Общее недоразвитие речи* – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Нарушения опорно-двигательного аппарата

Классификация:

- *1 группа* - остаточные проявления периферических параличей и парезов, изолированные дефекты стопы или кисти, легкие проявления сколиоза (искривления позвоночника);
- *2 группа* - первичные поражения костно-мышечной системы при сохранности двигательных механизмов ЦНС; тяжелые формы сколиоза;
- *3 группа* - последствия полиомиелита и детский церебральный паралич (ДЦП) с патологией двигательных механизмов ЦНС.

Дети с детским церебральным параличом

Причины:

- внутриутробное повреждение мозга плода вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (50 % случаев);
- различные осложнения в родах (40 %);
- недоношенность (от 19 до 33 %).

Формы ДЦП:

- в одной конечности (монопарез или моноплегия);
- в обоих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний парапарез или параплегия);
- на одной половине тела (гемипарез и гемиплегия);
- во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия).

Психическое развитие детей с ДЦП:

- нормальное - 10%;
- ЗПР - в 70%;
- умственная отсталость - в 20%.

У мальчиков ДЦП встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.

Виды специальных (коррекционных) общеобразовательных школ для детей с ОВЗ

- *Школа I вида* - дети-инвалиды по слуху, слабослышащие и глухие дети.
- *Школа II вида* - глухонемые дети.
- *Школа III-IV вида* - слепые и слабовидящие дети.
- *Школа V вида* - дети с нарушениями речи.
- *Школа VI вида* - дети, имеющих проблемы в физическом и психическом развитии (дети с ДЦП, спинномозговыми и черепно-мозговыми травмами).
- *Школа VII вида* - дети с СДВГ и ЗПР.
- *Школа VIII вида* - умственно отсталые дети.

Организация обучения с учетом стиля освоения учебного материала

В последнее время в педагогике большое внимание уделяется стилям освоения учебного материала разными детьми и сочетания стиля преподавания со стилями обучения учащихся класса. Индивидуальный стиль обучения и преподавания складывается из ведущего способа восприятия информации об окружающем мире, особенностей организации деятельности в зависимости доминирования правого или левого полушария, наличия или отсутствия зависимости от контекста в изучении материала, темпа и прочих характеристик деятельности. Узнать, какой стиль обучения присущ каждому ученику, учитель может, наблюдая за работой детей на уроке и во внеурочной деятельности. Достаточно подробная схема для наблюдения представлена в книге Г.В. Бородкиной, О.А. Куревинной, Е.А. Лутцевой «Дневник учителя начальной школы. Педагогическая диагностика». Используя предлагаемые авторами признаки, учитель может примерно определить ведущий способ восприятия информации учащихся.

Дети с ОВЗ, обучающиеся в общеобразовательном классе, очень часто нуждаются в стимуляции не только «слуховой» сферы (устно высказанным инструкциям, замечаниям со стороны учителя или других специалистов), но и активного включения визуальных средств обучения и управления поведением, а также максимального включения в образовательный процесс различных предметных, сенсорно обогащенных материалов для понимания смысла того или иного действия, предмета, учебной задачи. Кроме того, как правило, дети с различными нарушениями развития имеют трудности в восприятии и использовании устной речи, у них может быть низкий или - наоборот - очень высокий темп деятельности, проблемы в формировании пространственных представлений, преобладание

наглядно-действенной или наглядно-образной формы мышления, трудности в усвоении абстрактных понятий, проблемы в запоминании того или иного материала. Поэтому для учителя, реализующего инклюзивную практику, очень важно использовать все возможные средства для облегчения понимания и закрепления учебного материала, включая организацию практической работы детей на уроке.

Перечислим возможные средства и материалы:

1. Картинки-пиктограммы схематичные рисунки, понятные по смыслу, иллюстрирующие конкретное действие или предмет. Могут применяться для:

- составления наглядного расписания;
- иллюстрации алгоритма деятельности;
- обозначения различных этапов урока или внеурочного и внеклассного мероприятия;
- управления поведением.

2. Наглядный картинный материал - применяется для иллюстрирования текста, замены описательной части текста (в учебных пособиях, адаптированных для «особого» ребенка), организации практической работы детей по закреплению того или иного материала, в различных формах контроля.

3. Для освоения тех или иных алгоритмов учебных действий многим учащимся с ОВЗ необходимо подкрепление в виде карточек - схем, на которых наглядно представлены шаги при решении задач, выполнении математических действий, проверке орфограммы и т.д. Кроме того, на таких карточках можно наглядно представить смысл того или иного правила, понятные для ребенка примеры к правилу. Для того, чтобы работа с такими карточками не проводилась формально (например, карточка есть, а ребенок на уроке ее не достает из портфеля), нужно активно включать его в работу над ними - сначала ученик выбирает цвета, размер букв, понятные ему значки, а затем может самостоятельно оформить карточку-алгоритм. В процессе урока ребенок должен иметь возможность воспользоваться альбомом или блокнотом с карточками-алгоритмами для актуализации необходимой информации (как правило, такой альбомчик лежит на парте).

4. Как правило, недостаточный уровень развития пространственных представлений присущ не только детям с нарушениями развития, но и многим другим учащимся. Для преодоления дезориентации учеников в расположении материала на доске, в тетради, учитель может использовать метки - обозначить по договоренности с детьми верх и низ доски, правую и левую сторону, указать стрелками направление движения - слева направо, сверху вниз, отметить место начала письма в тетради и т. д. Это поможет сэкономить время и силы, которые учитель тратит на объяснение, откуда начинать писать или читать.

5. Очень полезно для всех детей и использование на уроках сенсорно-обогащенных материалов - вырезанных из шершавой бумаги букв, ваты, деревянных кубиков, пластилина, кусочков ткани различной фактуры и т. д. Действуя с помощью этих материалов, дети легче запоминают те или иные понятия, понимают тот или иной принцип действия. В опыте учителей начальных классов, так же, как и учителей-дефектологов, есть большое количество приемов с использованием таких материалов.

Например, для того, чтобы запомнить образ буквы (графемы), дети могут мастерить ее из проволоки, бумаги, лепить из пластилина, конструировать из других материалов; чтобы объяснить понятие «мягкие и твердые согласные звуки» и закрепить умение их дифференцировать, педагог может использовать вату или пластилин и деревянный кубик и т. д.

6. Для регулирования самочувствия и поведения «особого» ребенка на уроке, снятия напряжения или - наоборот - повышения тонуса также используются различные материалы - мешочки с разными крупами, мягкие поролоновые формы, суджок, «липучка» (шершавая застежка), приклеенная к тыльной стороне парты, бусы, которые можно перебирать и т. д. Перед тем, как предложить эти материалы, учитель и тьютор наблюдают,

что может успокоить или тонизировать ребенка, что ему нравится больше всего. А затем необходимо разъяснить или показать ребенку, что эти материалы нужны не для постоянной игры, а чтобы лучше работать на уроке. Обучение регуляции состояния - еще одно возможное направление в деятельности тьютора, психолога, других специалистов психолого-педагогического сопровождения.

7. В последнее время очень активно развиваются методики преподавания с помощью информационно-коммуникативных средств - интерактивных досок, компьютеров с теми или иными обучающими программами. Но не стоит забывать, что массированное включение в урок визуальных материалов, расположенных на интерактивной доске или экране монитора, не всегда может положительно повлиять на эмоциональное и физическое состояние детей. Поэтому при подготовке к уроку с использованием таких материалов, учитель должен проанализировать возможности детей - например, если у нескольких учащихся класса снижено зрение, если известно, что в классе есть возбудимые дети, время демонстрации и цвета предъявляемого материала должны быть четко выверены и ограничены. Включая в работу с детьми с ОВЗ (например, с двигательными нарушениями), компьютер, учитель или другой специалист сопровождения должны сначала научить ребенка им пользоваться, а так же заранее готовить задания для выполнения на уроке.

Особенности формирования толерантности у детей дошкольного возраста

Большая часть исследований, посвященных толерантности, обращены к личности взрослого человека, несмотря на то, что многие ученые отмечают детский возраст как наиболее сензитивный для формирования большинства личностных качеств, лежащих в основе толерантности.

Более того, по мнению С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова «существует *врожденная толерантность* – неагрессивность, когда индивид изначально преднастроен на толерантность (в данном вопросе, аспекте, ситуации), и *приобретенная (благодаря воспитанию) толерантность*, когда последняя определяется сформированными у него установками, привычками, мировоззрением»¹.

Особого внимания для формирования «приобретенной толерантности»² заслуживает дошкольный возраст детей, который Выготский Л.С. характеризует как возраст осознания, понимания и объяснения собственных переживаний и эмоциональных состояний других людей³; П.Я. Гальперин - как возраст поэтапного усвоения реальной действительности, в процессе которой интенсивно развиваются мышление, речь, воображение, способность к умозаключениям и обобщениям⁴; А.Н. Леонтьев - как период складывания психологических механизмов личности⁵; Д.Б. Эльконин – как период освоения ценностей и смыслов человеческой деятельности⁶; Р.С. Немов - как период наибольшей активности ребенка в постановке вопросов перед взрослым (возраст «почемучек») ⁷; В.С. Мухина - как возраст формирования личности ребенка через освоение общественно значимых ценностей, нормативов и установок⁸; Д.И. Фельдштейн - как время формирования фундаментальных личностных новообразований: «Я-концепции», самосознания, экзистенциальных мыслей и переживаний, возникновения качественно своеобразного единства субъекта – единства его личности⁹.

Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин, А.В. Запорожец, Л.Ф. Обухова, Л.А. Венгер и др. считают дошкольный возраст переломным этапом в формировании произвольной регуляции поведения, кардинально меняющей направленность деятельности детей извне (с освоения предметов и отношений объективного мира) внутрь собственной психической организации.

Согласно концептуальному аппарату нейропсихологии детского возраста, разработанному Л.С. Цветковой, А.В. Семенович и др. на основе концепции о системной и динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии, психическое развитие детей наиболее интенсивно до 7-летнего возраста. К 9-летнему возрасту мозг завершает свое интенсивное развитие, уменьшается заложенный эволюцией потенциал к развитию,

¹ Бондырева С.К., Колесов Д.В. Толерантность. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2011. 240 с. С.9.

² Бондырева С.К., Колесов Д.В. Толерантность. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2011. 240 с. С.9.

³ Выготский Л.С. Проблема возрастной периодизации детского развития /Собрание сочинений в 6 т. Т.4. М.: Педагогика, 1984. С. 244-256.

⁴ Гальперин П.Я. К исследованию интеллектуального развития ребенка //Вопросы психологии. 1969. № 1. С.15-25.

⁵ Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1972. 576 с.

⁶ Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте //Вопросы психологии. 1971. № 4. С.37-49.

⁷ Немов Р.С. Психология. Книга 2. М.: Просвещение, 1995. 376 с.

⁸ Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития. М.: Академия, 1999. 456 с.

⁹ Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. М.: Педагогика, 1989. 208 с.

пластичность и способность к компенсации¹. Энергетическое обеспечение мозга на каждом возрастном этапе имеет ограничения, поэтому для развития каждой психической функции эволюцией заложены определенные сроки, которые невозможно изменить волевым решением родителей, воспитателей или учителей².

Телегин М.В. в своих работах отмечает, что дети в дошкольном возрасте особо чувствительны к освоению социальных норм; сосредоточены на своем окружении; стремятся раскрыть для себя общепринятые правила, распространяющиеся на морально-нравственные, ценностные и мировоззренческие отношения³.

М.И. Лисина экспериментально доказала, что источник опыта человека, его представлений о собственных возможностях находится в коллективной деятельности людей, личной по форме, но общественной по существу отношений, в рамках которых общение выступает как необходимое условие формирования сознания и самосознания личности. Исходя из этого положения, М.И. Лисина разработала и научно обосновала типологию онтогенетических форм общения, согласно которой в дошкольном возрасте преобладает внеситуативно-личностное общение ребенка не только со взрослыми, но и со сверстниками⁴.

Многие исследователи отмечают, что у дошкольников в общении со сверстниками, в отличие от общения со взрослыми, существует ряд специфических особенностей: яркая эмоциональная насыщенность, нестандартность и нерегламентированность, преобладание инициативных действий над ответными и т.д. Однако самая главная отличительная особенность общения дошкольников – это выраженная потребность в сотрудничестве со сверстниками, в признании и уважении со стороны сверстников. Сверстник для дошкольника является самым предпочитаемым и привлекательным партнером по общению⁵.

Т.И. Бабаева, А.Г. Гогоберидзе, З.А. Михайлова отмечают, что у детей в дошкольном возрасте появляется готовность к взаимопомощи, сотрудничеству и сочувствию; появляется умение сдерживать свои негативные побуждения, конструктивно решать конфликтные ситуации со сверстниками, самому останавливать ссору или обратиться за помощью к взрослому. Дошкольники уже умеют регулировать свою активность: соблюдать очерёдность, учитывать права других детей, распределять роли в игровой деятельности, согласовывать свои действия с действиями сверстников, оценивать результат и характер взаимоотношений в общей деятельности⁶.

На протяжении всего дошкольного периода у детей интенсивно формируются сложные виды деятельности, закладываются основы познавательных способностей. В

¹ Лурия А.Р. Об изменчивости психических функций в процессе развития ребенка //Вопросы психологии. 1962. № 3. С.15-22.

Цветкова Л.С. Концептуальный аппарат нейропсихологии детского возраста /Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста /Под ред. Л.С. Цветковой. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. 272 с.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2007. 474 с.

² Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М.: Сфера, 2009. 256 с. С.136.

³ Телегин М.В. Теория и практика диалогического воспитания детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. М.: МГППУ, 2006. 272 с.

⁴ Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. 136 с.

⁵ Урунтаева Г.А. Детская психология PDF. М.: Академия, 2006. 368 с.

Мухина В.С. Психология дошкольника. М.: Просвещение, 1975. 239 с.

Андреев П.В. Программа развития взаимопомощи дошкольников «Учимся помогать другим» //Психолог в детском саду. 2007. № 1. С.39-56.

Божович Л.И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе //Вопросы психологии. 1976. № 6. С.45-53.

Гаврилушкина О.П. Проблемы коммуникативного поведения дошкольников //Ребёнок в детском саду. 2003. №1. С.19-25.

Сиротюк А.С. Развитие коммуникативных навыков у старших дошкольников как основа формирования толерантности //Вестник ТГУ. 2011. Вып. 3 (16). С.196-201.

⁶ Бабаева Т.И., Гогоберидзе А.Г., Михайлова З.А. Программа «Детство» //Дошкольная педагогика. 2011. №4. С.17-18.

этом возрасте активно формируется самосознание в форме адекватной оценки собственных личностных качеств, усвоение норм и форм поведения через становление внутренней саморегуляции поступков¹.

Результаты исследования Л.В. Кузнецовой продемонстрировали, что дети дошкольного возраста наиболее терпимы, чем школьники, к включению в свою среду сверстников с выраженным отставанием в интеллектуальном развитии².

О.И. Крушельницкая считает, что «если на этом этапе взрослые не помогут детям развить такое качество, как толерантность, не сформируют у них навыки толерантного взаимодействия, у детей может стихийно сформироваться интолерантное мировоззрение, изменить которое в дальнейшем будет непросто»³. Кроме того, в своих исследованиях убедительно доказывает необходимость ориентации детей на поиски возможностей самореализации в рамках просоциальной деятельности, активное взаимодействие с социальным окружением в направлении развития конструктивных отношений⁴.

Формированию толерантности у детей дошкольного возраста посвятили свои исследования О.А. Овсянникова⁵, Е.А. Конышева⁶, Е.А. Ильинская⁷, Э.А. Музенитова⁸, О.Н. Подвиллова⁹ и др., также убедительно обосновавшие необходимость формирования толерантности у детей именно в дошкольном возрасте.

О.А. Овсянникова выделила основные сущностные характеристики толерантности дошкольников по отношению к сверстникам: открытость, основанная на принятии другого человека таким, какой он есть; забота о другом человеке, выражающаяся в сочувствия и желании оказать помощь; справедливое отношение людей друг к другу, основанное на равноправии каждого человека¹⁰.

Основным результатом исследования Е.А. Конышевой, посвящённого гендерной толерантности у детей дошкольного возраста, является её структура, включающая когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Когнитивный компонент включает представления о содержании идентичности представителей своего и противоположного пола, собственной половой идентичности; о способах реагирования на неблагоприятие сверстника, оказания внимания, помощи и проявления симпатии к сверстнику противоположного пола. Эмоциональный компонент – проявление сопереживания и сочувствия, стремления помочь сверстникам своего и противоположного пола; интереса и потребности к взаимодействию со сверстником противоположного пола. Поведенческий компонент – владение адекватными психосексуальной культуре способами оказания помощи, поддержки в реальной ситуации взаимодействия со сверстником противоположного пола¹¹.

¹ Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук. СПб, 2009. 182 с. С.68.

² Кузнецова Л.В. Построение «культуры включения» - профилактика рисков инклюзивного образования /Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фаина А.К. Инклюзивное образование /Под ред. Т.Н. Гусевой. М.: Школьная книга, 2010. 272 с. С.37-43.

³ Крушельницкая О.И. Психологические условия формирования толерантности у младших школьников //Начальная школа плюс ДО и ПОСЛЕ. 2009. № 2. С.68–73. С.68.

⁴ Крушельницкая О.И. Психологические условия формирования толерантности у младших школьников. Диссертация кандидата психологических наук. М., 2009. 170 с.

⁵ Овсянникова О.А. Формирование толерантного отношения дошкольников к сверстникам средствами искусства. Диссертация кандидата педагогических наук. Екатеринбург, 2003. 185 с.

⁶ Конышева Е.А. Формирование гендерной толерантности у детей старшего дошкольного возраста в процессе игры-драматизации. Диссертация кандидата педагогических наук. Пермь, 2006. 283 с.

⁷ Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук. СПб, 2009. 182 с.

⁸ Музенитова Э.А. Воспитание толерантного мироотношения у дошкольников средствами фольклора. Диссертация кандидата педагогических наук. Ростов-на-Дону, 2009. 250 с.

⁹ Подвиллова О.Н. Методика воспитания основ толерантной культуры у детей старшего дошкольного возраста. Диссертация кандидата педагогических наук. Челябинск, 2009. 213 с.

¹⁰ Овсянникова О.А. Формирование толерантного отношения дошкольников к сверстникам средствами искусства. Диссертация кандидата педагогических наук. Екатеринбург, 2003. 185 с.

¹¹ Конышева Е.А. Формирование гендерной толерантности у детей старшего дошкольного возраста в процессе игры-драматизации. Диссертация кандидата педагогических наук. Пермь, 2006. 283 с.

Е.А. Ильинская, исследуя проблему формирования толерантности у детей дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности, процесс формирования толерантности разделила на ряд этапов: информационно-познавательный (когнитивный) – получение информации о многообразии мира, о самом себе, об окружающих людях; осознание полученной информации с последующим обсуждением; аффективный (эмоционально-волевой) - понимание и формирование оценки объекта; выработка положительных оценок по отношению к окружающим людям, людям разных национальностей, ко всему, что окружает дошкольника, в соответствии с нравственными устоями общества; мотивационно-поведенческий - апробация способов толерантного поведения в деятельности и повседневной жизни; привитие нравственных норм поведения, уважения к окружающим, доброжелательности, вежливости. Кроме того, Е.А. Ильинская сопоставила критерии, поведенческие реакции и модели толерантной и интолерантной личности¹ (табл. 7.1).

Таблица 7.1

Система поведенческих реакций у детей дошкольного возраста в соответствии с толерантной и интолерантной моделями личности (по Ильинской Е.А.²)

Критерии	Толерантная личность	Интолерантная личность
Знание самого себя	Знает себя, свои достоинства и недостатки.	Замечает у себя больше достоинств, чем недостатков, характеризуется гипертрофированной самооценкой.
Способность к критичности по отношению к себе	Критичен к себе, не стремится во всем обвинять окружающих.	Менее критичен к себе, во всех проблемах чаще обвиняет окружающих, ябедничает.
Способность к эмпатии	Эмпатия выражена в достаточной степени, высокий уровень сопереживания другому; способность к рефлексии, способность принять утешение другого.	Эмпатия практически не выражена, наблюдается агрессивность к утешению другого.
Мобильность поведения	Легкая адаптация в коллективе сверстников, отсутствие напряженности в поведении, отсутствие тревожности, коммуникабельность, умение найти выход из сложной ситуации, автономность поведения (способность занять себя).	Тяжелая и долгая адаптация в коллективе сверстников, застенчивость, демонстративность, замкнутость.
Ответственность	За происходящее способен взять ответственность на себя.	Стремится снять с себя ответственность за происходящее, даже ценой лжи.
Дивергентность/гибкость мышления	Отсутствие предрассудков, способность к творческому	Людей делит на хороших и плохих.

¹ Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук.. СПб, 2009. 182 с.

Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста в дошкольном образовательном учреждении //Известия Российского ГПУ. Аспирантские тетради. 2008. № 31. С. 59-62.

Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами культурно-досуговой деятельности //Известия Российского ГПУ. 2009. № 102. С.187-190.

² Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук.. СПб, 2009. 182 с.

	мышлению.	
Ориентация на себя или других	Ориентация на себя, стремясь к личной независимости.	Выраженная ориентация на оценку окружающих, большая потребность в похвале и превосходстве над другими, хвастовство, ревность к успехам других.
Обладание чувством юмора	Способность посмеяться над собой, обладает чувством юмора.	Чувство юмора выражено слабо, характеризуется повышенной обидчивостью на «дразнилки».
Социальная активность/просоциальное поведение	Эмоциональная вовлеченность в коллективную деятельность, желание помочь и подсказать даже вопреки правилам игры; способность уступать, отдавать, помогать, утешать; понимание справедливости.	Собственничество, жадность, нежелание уступать в игре, неспособность к коллективной деятельности и взаимодействию со сверстниками, противопоставление себя другим.

Э.А. Музенитова разработала модель воспитания толерантного мироотношения дошкольников средствами фольклора, включающую в себя познавательный компонент - познание мира отношений; деятельностный компонент - игра, диалог; аффективно-оценочный компонент - монолог, рисунок, драматизация, содержание которых определяется целями, методами и средствами воспитания¹.

О.Н. Поддивилова, исследуя основы толерантной культуры у детей дошкольного возраста, выявила мотивационно-ценностный - принятие толерантной культуры как ценности, необходимой для взаимодействия с другими людьми; когнитивный блок – приобретение знаний о способах общения и поведения в различных жизненных ситуациях; эмоционально-волевой блок – развитие самообладания, выдержки в спорных, конфликтных обстоятельствах; поведенческий блок – проявление терпимости, доброжелательности, милосердия по отношению к людям разных национальностей и культур².

И.М. Никольская и Г.Л. Бардиер обращают внимание исследователей на то, что при изучении детской толерантности должны применяться исследовательские парадигмы и подходы, обладающие рядом специфических особенностей, соответствующих возрастным, половым и индивидуальным особенностям детей³.

С нашей точки зрения, базовыми условиями для начала формирования толерантности у детей дошкольного возраста являются их развивающийся интерес к сфере социальных отношений, освоению культурных норм и правил поведения, развивающаяся произвольность и саморегуляция, интенсивное психическое развитие, преобладание внеситуативно-личностного общения и потребность в сотрудничестве со сверстниками, готовность к взаимопомощи и сочувствию, умение сдерживать свои негативные побуждения и конструктивно решать конфликтные ситуации; умение регулировать свою активность⁴.

¹ Музенитова Э.А. Воспитание толерантного мироотношения у дошкольников средствами фольклора. Диссертация кандидата педагогических наук. Ростов-на-Дону, 2009. 250 с.

² Поддивилова О.Н. Методика воспитания основ толерантной культуры у детей старшего дошкольного возраста. Диссертация кандидата педагогических наук. Челябинск, 2009. 213 с.

³ Бардиер Г.Л. Уважение к ребенку как социальное явление: теоретический, эмпирический и научно-практический подходы /Материалы конференции «Педагогика Януша Корчака и современный опыт помощи ребенку». СПб.: Участие, 2001. С.94-100.

Никольская И.М., Бардиер Г.Л. Уроки психологии в начальной школе. СПб.: Речь, 2004. 190 с. С.144-157.

⁴ Сиротюк А.С. Особенности формирования толерантности у детей старшего дошкольного возраста //Кафедра. 2011. №2 (36). С. 72-77.

Толерантность детей по отношению к сверстникам с ОВЗ - это качество личности, проявляющееся в позитивном отношении, принятии и готовности к оказанию помощи.

Структура толерантности включает в себя когнитивный, эмоционально-волевой, мотивационный и поведенческий компоненты (табл. 7.2).

Таблица 7.2

Структура толерантности детей по отношению к сверстникам с ОВЗ

<i>Когнитивный компонент</i>	<i>Эмоционально-волевой компонент</i>	<i>Мотивационный компонент</i>	<i>Поведенческий компонент</i>
Открытость новому, гибкость мышления, адекватность самооценки, знания об особенностях детей с ОВЗ, знания о способах вступления с ними в контакт; знания о способах проявления сочувствия, поддержки и оказания помощи детям с ОВЗ; знание правил поведения в обществе детей с ОВЗ.	Умение распознавать эмоциональные состояния; принятие детей с ОВЗ такими, какие они есть; способность к эмпатии; самоконтроль и саморегуляция, умение сдерживать свои негативные побуждения, умение регулировать свою активность.	Отсутствие психологических барьеров, стереотипов и предрассудков по отношению к детям с ОВЗ; готовность к взаимопомощи и сочувствию; потребность к взаимодействию, сотрудничеству, признанию и уважению со стороны сверстников.	Мобильность поведения, социальная активность, легкая адаптация в инклюзивной развивающей группе, уверенность в себе, умение конструктивно решать проблемные ситуации.

Процесс формирования толерантности должен проводиться одновременно с процессом развития высших психических функций (ВПФ), так как дошкольный и начальный школьный возраст являются наиболее сензитивными как для формирования толерантности, так и для психического развития.

Причем, формирование толерантности по отношению к людям с ОВЗ является более длительным процессом, чем развитие ВПФ, и, начинаясь в дошкольном возрасте, продолжается на протяжении всего периода личностного становления человека.

Факторы, способствующие формированию толерантности, включают:

- организацию инклюзивной развивающей среды;
- соответствие содержания профессиональной деятельности психолога и педагога возрастным особенностям формирования толерантности у детей;
- готовность педагога к работе в пространстве инклюзивного образования;
- участие родителей в инклюзивном психическом развитии детей.

Дошкольный возраст является наиболее сензитивным для начала формирования толерантности у детей, так как именно в этот период:

- начинает развиваться интерес к сфере социальных отношений, освоению культурных норм и правил поведения;
- начинают развиваться произвольность и саморегуляция;
- проходит интенсивное психическое развитие детей;
- преобладает внеситуативно-личностное общение со сверстниками;
- появляется потребность в сотрудничестве со сверстниками, в признании и уважении со стороны сверстников;
- появляется готовность к взаимопомощи и сочувствию;
- умение сдерживать свои негативные побуждения и конструктивно решать

- конфликтные ситуации со сверстниками;
- умение регулировать свою активность (соблюдать очерёдность, учитывать права других детей, распределять роли в игровой деятельности, согласовывать свои действия с действиями сверстников, оценивать результат и характер взаимоотношений в общей деятельности).

Формирование толерантности по отношению к людям с ОВЗ является длительным процессом и, начинаясь в дошкольном возрасте, продолжается на протяжении всего периода личностного становления человека.

Психологические методы формирования толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья

Учитывая, что инклюзивное образование включает в себя три взаимосвязанных процесса: обучение, воспитание и психическое развитие детей, правомерно придать особую статусность такой категории как «инклюзивное психическое развитие» нормативно развивающихся детей дошкольного возраста и их сверстников с ОВЗ.

Под *инклюзивным психическим развитием* мы понимаем включение детей с ОВЗ в социально одобряемую развивающую деятельность, при которой, с одной стороны, обеспечиваются права детей, а, с другой - их социальная активность. Другими словами, инклюзивное психическое развитие – это включение детей с ОВЗ в группы нормативно развивающихся сверстников, занимающихся по различным психологическим развивающим методикам.

Результатом профессиональной деятельности психолога в условиях инклюзивной развивающей среды является не только динамика сформированности толерантности у нормативно развивающихся детей по отношению к сверстникам с ОВЗ, но и динамика развития ВПФ у детей дошкольного возраста¹.

Кроме того, занятия детей в инклюзивных развивающих группах имеют больший развивающий эффект, чем индивидуальные занятия с ребенком, что согласуется с принципом развивающей работы: «То, что нельзя сделать с ребенком индивидуально, сделает группа»².

У нормативно развивающихся детей, готовящихся к обучению в школе, наблюдается большой индивидуальный разброс темпов психического развития, достигающий до 1-1,5 лет, что убедительно подтверждается исследованиями Н.В. Дубровинской, Д.А. Фарбер и М.М. Безруких³. У детей с ОВЗ первичный дефект провоцирует возникновение ряда вторичных дефектов, связанных с различными вариантами отклонений в психическом развитии, что, в свою очередь, может обусловить ещё больший разброс темпов психического развития таких детей и непреодолимые трудности их адаптации в общеобразовательной школе⁴.

В связи с этим, для успешного инклюзивного образования детей с ОВЗ в общеобразовательной школе крайне необходима система дошкольного инклюзивного психического развития детей, позволяющая максимально приблизить темпы развития детей с ОВЗ к темпам нормативно развивающихся сверстников. Организация такой системы возможна либо в дошкольных образовательных учреждениях (детских садах), либо в детских психологических центрах. Наше утверждение соотносится с позицией Н.Н. Малофеева о том, что уровень психического развития пришедших в школу детей с ОВЗ зависит не только от времени возникновения, характера и даже степени выраженности первичного дефекта, но и от качества предшествующего психического развития и воспитания⁵.

¹ Сиротюк А.С. Организация полисубъектной деятельности специалистов в системе инклюзивного образования //Альма Матер. 2012. №4. С.66-71.

² Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М.: Сфера, 2009. 256 с. С.136.

³ Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии. М.: Владос, 2000. 144 с.

⁴ Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 527 с.

⁵ Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции //Дефектология. 2009. № 1. С. 5-18.

Л.В. Байбородова¹, Б.З. Вульф², О.А. Драганова³, Е.А. Ильинская⁴, А.М. Кондаков⁵, М.И. Рожков, М.А. Ковальчук⁶ и др. определяют роль родителей в формировании толерантности у детей как основную, так как именно родители дают ребенку первый опыт взаимодействия с людьми, учат его общению, доверию, умению слушать, терпеливо и бережно относиться к мнению других, оценивать свои поступки и т.д. На формирование толерантности у детей влияют особенности детско-родительских отношений, стиль взаимодействия между родителями, личный пример родителей в ситуациях, требующих проявления толерантности.

Н.И. Дереклеева отмечает, что существуют два пути участия родителей в формировании толерантности у детей: интолерантный и толерантный. Интолерантный путь – это формирование у ребенка представления о собственной исключительности, стремление переносить ответственность на окружающих, потребность в строгом порядке, желание сильной власти, нетерпимость, агрессивность, нескритичность и высокая тревожность. Толерантный путь – это формирование правильных представлений о себе и окружающих людях, признания, сочувствия, сострадания и эмпатии⁷.

То есть, участие родителей в инклюзивном психическом развитии детей является необходимым условием результативности профессиональной деятельности психолога по формированию толерантности у дошкольников.

¹Байбородова Л.В. Воспитание толерантности в процессе организации деятельности и общения школьников //Ярославский педагогический вестник. 2003. №1. С.35-48.

²Вульф Б.З. Воспитание толерантности: сущность и средства //Внешкольник. 2002. №6. С.12-16.

³Драганова О.А. Психофизиологические маркеры личной толерантности в юношеском возрасте. Диссертация кандидата психологических наук. СПб., 2007. 191 с.

⁴Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук. СПб, 2009. 182 с.

⁵Кондаков А.М. Формирование установок толерантного сознания //Культура мира и ненасилия в воспитании учащихся: опыт регионов России. М.: Центр развития системы дополнительного образования детей, 1999. С. 95-97.

⁶Рожков М.И., Ковальчук М.А. Воспитание толерантности у родителей и детей как задача психологического консультирования //Ярославский педагогический вестник. 2003. № 3. С.5-8.

⁷Дереклеева Н.И. Родительские собрания. М.: ВАКО, 2005. 255 с.

Методика «Психическое развитие детей дошкольного возраста» (Сиротюк А.С.¹)

Методологической основой методики «Психическое развитие детей дошкольного возраста» (далее – методика) являются современные представления о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе²; системно-эволюционное учение³, метод замещающего онтогенеза⁴, активизация психомоторной программы развития по методу В. Войта (Vojta V.)⁵, закономерности формирования толерантности у детей дошкольного возраста⁶.

Методической основой методики являются адаптированный вариант базовых нейропсихологических, кинезиологических, телесно-ориентированных, арттерапевтических, восточных психотехник и элементов сказкотерапии, адаптированных к дошкольному возрасту; упражнения Б.А. Архипова, Е.А. Воробьевой, А.В. Семенович, Л.С. Назаровой,⁷; С.М. Мартынова⁸; Т. Вуджека⁹; П. Деннисона¹⁰, К. Фоппеля¹¹, Т.Г. Горячевой и А.С. Султановой¹², А.Л. Сиротюк¹³, Э. Кристенсен¹⁴, Т.В. Шляховой¹⁵, С.В. Чупраковой¹⁶, Г.А. Широковой и Е.Г. Жадько¹⁷, интернет-ресурсы¹⁸.

Область применения методики. Методика рассчитана на психологов детских пси-

¹ Сиротюк А.С. Формирование толерантности у детей дошкольного возраста в условиях инклюзивной развивающей среды. Тверь, 2012. 168 с.

² Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб.: Питер, 2005. 496 с.

Лурия А.Р. Об изменчивости психических функций в процессе развития ребенка // Вопросы психологии. 1962. № 3. С.15-22.

Цветкова Л.С. Концептуальный аппарат нейропсихологии детского возраста /Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста /Под ред. Л.С. Цветковой. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. 272 с.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2007. 474 с.

Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М.: МГУ, 1985. 190 с.

³ Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. Симферополь: Имис, 1993. 251 с.

⁴ Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2007. 474 с.

⁵ Vojta V., Schweizer E. Die Entdeckung der idealen Motorik. Kinesiologische und muskuläre Analyse. München: Pflaum-Verlag, 2009. 192 s.

⁶ Бондырева С.К., Колесов Д.В. Толерантность. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2011. 240 с.

Овсянникова О.А. Формирование толерантного отношения дошкольников к сверстникам средствами искусства. Диссертация кандидата педагогических наук. Екатеринбург, 2003. 185 с.

Коньшева Е.А. Формирование гендерной толерантности у детей старшего дошкольного возраста в процессе игры-драматизации. Диссертация кандидата педагогических наук. Пермь, 2006. 283 с.

Ильинская Е.А. Формирование толерантности у детей старшего дошкольного возраста средствами социально-культурной деятельности. Диссертация кандидата педагогических наук. СПб, 2009. 182 с.

Музенитова Э.А. Воспитание толерантного мироотношения у дошкольников средствами фольклора. Диссертация кандидата педагогических наук. Ростов-на-Дону, 2009. 250 с.

Подвилова О.Н. Методика воспитания основ толерантной культуры у детей старшего дошкольного возраста. Диссертация кандидата педагогических наук. Челябинск, 2009. 213 с.

⁷ Архипов В.А., Воробьева Е.А., Семенович А.В., Назарова Л.С. Комплексная методика психомоторной коррекции. М.: ИНФРА, 2008. 120 с.

⁸ Мартынов С.М. Главное попасть в точку: о нетрадиционных методах реабилитации часто болеющих детей. М.: Просвещение, 1996. 209 с.

⁹ Вуджек Т. Тренировка ума. СПб.: Питер Пресс, 1996. 224 с.

¹⁰ Деннисон П., Деннисон Г. Гимнастика мозга. М.: Восхождение, 1997. 113 с.

¹¹ Фоппель К. Как научить детей сотрудничать? М.: Генезис, 1998. 160 с.

¹² Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития в детском возрасте //Неврологический вестник. 2008. №3. С.56-60.

¹³ Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М.: Сфера, 2009. 256 с.

¹⁴ Кристенсен Э. Йога для всех: путь к здоровью. М.: Эксмо-Пресс, 2007. 192с.

¹⁵ <http://www.school-55.ru/>

¹⁶ Чупракова С.В. Формирование установок толерантного сознания и поведения /Развитие культуры толерантности в Свердловской области. Екатеринбург: ИРРО, 2007. 114 с.

¹⁷ Широкова Г.А., Жадько Е.Г. Практикум детского психолога. Ростов на Дону: Феникс, 2005. 314 с.

¹⁸ <http://www.trepsy.net/>

хологических центров и педагогов-психологов ДООУ, работающих с нормативно развивающимися детьми дошкольного возраста и детьми дошкольного возраста с ОВЗ.

Общее описание методики. Методика состоит из 30-ти занятий. При соблюдении режима проведения – 2 занятия в неделю, методика рассчитана на 4 месяца. Время проведения занятий – 70-80 минут (блок развития высших психических функций – 55-60 минут; блок формирования толерантности – 15-20 минут). Оптимальное число участников группы – 7-9 человек, возраст детей – 5-7 лет. Форма одежды – спортивная (закрытые локти и колени).

Структура методики. Структура методики соответствует структуре толерантности у детей дошкольного возраста. Методика состоит из 2-х блоков:

- блок развития высших психических функций;
- блок формирования толерантности.

Блок развития высших психических функций.

Цель: развитие высших психических функций у детей дошкольного возраста; обеспечение и регуляция энергетического базиса, на котором строится психическое развитие; развитие и стабилизация межполушарного взаимодействия; обеспечение регуляции, программирования и контроля над протеканием психической деятельности детей дошкольного возраста.

Развивающий процесс предполагает возвращение назад по онтогенезу (принцип «замещающего онтогенеза» Архипова Б.А., Семенович А.В. и др.¹) и новое выстраивание программы психического развития. В ходе занятий стимулируется биологически правильный двигательный стереотип детей, активизируется психомоторная программа развития с учетом её этапности по методу В. Войта (стабилизация равновесия, перевороты, ползание с постепенной вертикализацией)².

Построение блока отражает все этапы онтогенеза ребенка. Упражнения «Яйцо» и «Тоннель» являются аналогией рождения. Дальнейшее усложнение занятий соответствует стадиям онтогенеза ребёнка: занятия «1-3» проводятся в положении «лежа на спине или животе», «сидя»; занятия «4-6» проводятся в положении «сидя»; занятия «7-19» проводятся сидя, ползая на животе, на спине или на четвереньках; занятия «20-30» проводятся сидя, стоя и в ходьбе.

Данный блок методики включает развитие крупной и мелкой моторики, соматогнозиса, сенсорных систем, вестибулярного аппарата и когнитивной сферы. Развивающая работа, основанная на двигательных методах, включает в себя растяжки, массажи, упражнения для развития вестибулярно-моторной координации, упражнения для развития сенсорной системы (обоняние, осязание, вкус), упражнения для развития тонального звуко различения (шумовое восприятие), упражнения для развития зрительной памяти, зрительного и зрительно-пространственного восприятия, зрительно-моторной координации, визуализации, упражнения для развития артикуляции, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития мелкой моторики рук, дыхательные упражнения, упражнения для релаксации, упражнения для развития когнитивной (понятийно-познавательной) сферы.

Блок формирования толерантности.

Цель: формирование толерантности у нормативно развивающихся детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ОВЗ.

¹ Архипов В.А., Воробьева Е.А., Семенович А.В., Назарова Л.С. Комплексная методика психомоторной коррекции. М.: ИНФРА, 2008. 120 с.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2007. 474 с.

² Vojta V., Schweizer E. Die Entdeckung der idealen Motorik. Kinesiologische und muskuläre Analyse. München: Pflaum-Verlag, 2009. 192 s.

Формирующий процесс предполагает поэтапное формирование толерантности в соответствии с онтогенетическими особенностями толерантности у детей дошкольного возраста: когнитивный, эмоционально-волевой, мотивационный и поведенческий компоненты.

Данный блок методики включает беседы об особенностях детей с ОВЗ; элементы сказкотерапии, ассоциативные связи, упражнения для формирования готовности к взаимопомощи и сочувствию, адекватного уровня самооценки, самоконтроля и саморегуляции, уверенности в себе; упражнения для развития коммуникативной и эмоционально-волевой сфер детей дошкольного возраста и т.д.

Построение блока, направленного на развитие толерантности, соответствует структуре толерантности у детей дошкольного возраста: занятия «1-10» направлены на формирование когнитивного компонента толерантности, занятия «11-20» - эмоционального компонента толерантности; занятия «21-30» - поведенческого компонента толерантности. Формирование мотивационного компонента толерантности происходит в процессе формирования трех остальных компонентов.

Примерная структура занятий:

- блок развития высших психических функций (упражнения для развития высших психических функций – 55-60 минут (растяжка - 5-6 минут; дыхательные упражнения – 4-5 минут; глазодвигательные упражнения - 4-5 минут; телесные упражнения - 15 минут; упражнения для развития мелкой моторики рук и артикуляционного аппарата - 10 минут; упражнения для релаксации, развития когнитивной сферы - 10-15 минут; элементы свободного падения (5-7 минут).

- блок формирования толерантности (упражнения для формирования когнитивного, эмоционально-волевого, мотивационного и поведенческого компонентов толерантности) – 15-20 минут.

Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста

Проблема диагностики толерантности психологическими методами в отечественной психологии в настоящее время не имеет удовлетворительного решения.

«Толерантность - достаточно абстрактное понятие, оно мало доступно для наблюдения и измерения научными методами», - пишет Г.У. Солдатова, характеризуя ситуацию, сложившуюся вокруг проблемы диагностики толерантности¹. Однако, основная причина трудностей с диагностикой толерантности связана не с абстрактностью понятия, а с широтой и неопределенностью его содержания, отсутствием жестко отобранных общепризнанных характеристик толерантности, недифференцированностью толерантности по уровням и формам проявления. В результате, несмотря на стремление исследователей к диагностике собственно толерантности, предлагаемые методы в большинстве случаев представляют собой набор методик диагностики ряда элементов личности, которые авторы исследований выделяют как составляющие (или аспекты) толерантности. Например, Г.У. Солдатова перечисляет диагностические методики, которые позволяют исследовать «некоторые» из личностных детерминант толерантности²:

- Шкала базовых убеждений (Р. Янов-Бульман).
- Опросник для диагностики способности к эмпатии (А. Мехрабиан, Н. Эггтейн).
- Томский опросник ригидности (Г.В. Залевский).
- Методика определения толерантности к неопределенности (С. Баднер).
- Степень альтруизма (диагностика альтруистических установок при помощи ТАТ, модифицированного Е.Е. Насиновской и В.Е. Ким).
- Опросник Спилберга.
- Шкала Тейлор (тревожность).
- Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (степень интеральности личности).

С оценкой интолерантности связана диагностика уровня агрессивности:

- Опросник Баса-Дарки.
- Тест руки Вагнера.
- Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга».
- «Тревожность» (по Кеттелу) и «нейротизм» по Айзенку.

Н.К. Бахарева выделяет личностные свойства, соотносимые с когнитивным и эмоционально-оценочным компонентами толерантности и ставит им в соответствие следующие диагностические методики³: многофакторная личностная методика Р.Кеттелла; методика предельных смыслов Д.Леонтьева; тест личностной и ситуативной тревожности Ч.Спилберга, Ю.Л.Ханина; методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда.

Некоторыми исследователям были предприняты попытки создания методик диагностики толерантности как таковой, например⁴: экспресс-опросник «Индекс толерантно-

¹ Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Шарова О.Д. Жить в мире с собой и другими: тренинг толерантности для подростков. М.: Генезис, 2000. 112 с. С.9.

² Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности личности. М.: МГУ, 2003. 112 с.

³ Бахарева Н.К. Субъективное благополучие как системообразующий фактор толерантности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск. 2004. 22 с.

⁴ Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности личности. М.: МГУ, 2003. 112 с.

сти» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова); вопросник для измерения толерантности (В.С. Магун, М.С. Жамкочьян, М.М. Магура); методика диагностики общей коммуникативной толерантности (В.В. Бойко).

Перечисленные методики могут быть использованы в работе только с испытуемыми подросткового возраста и старше. Опросники составлены с использованием абстрактных понятий и рассчитаны на испытуемых с достаточно развитым словесно-логическим мышлением.

Нами же предлагается методика для диагностики толерантности детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ОВЗ.

Методика «Диагностика толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья» (Сиротюк А.С.¹)

Авторская методика «Диагностика толерантности детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья» прошла необходимую процедуру стандартизации: имеет инструкцию, выработаны условия и форма проведения.

В соответствии с известными требованиями диагностическая методика была проверена на надежность и валидность. Проверка осуществлялась в ходе пилотажного исследования. В нем приняли участие 46 детей дошкольного возраста (в возрасте от 6 до 7 лет).

Важным показателем методики является ее надежность, так как «низкие показатели надежности обесмысливают всякие попытки установить валидность»². Наиболее частым методом проверки на надежность является повторное тестирование через период времени, не превышающий 6 месяцев³. На практике повторное тестирование обычно проводится через 2-4 месяца. Проверка авторской методики этим методом продемонстрировала достаточно высокую связь первого и повторного (через 1 месяц) исследования: коэффициент корреляции Спирмена составил $r_s=0,68$ ($p \leq 0,01$).

Измерение валидности данной методики проводилось методом экспертной оценки. В качестве экспертов выступили воспитатели и родители, для них была разработана анкета. Статистическая обработка данных по коэффициенту корреляции Спирмена выявила высокие корреляционные связи между результатами экспертных оценок и данными, полученными в ходе проведения методики ($r_s=0,76$, $p \leq 0,01$).

Таким образом, полученные в ходе проверки на надежность и валидность данные позволяют считать, что разработанная методика «Диагностика толерантности детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья» соответствует статистическим критериям, которым должна удовлетворять любая диагностическая методика.

Исходя из характера распределения оценок толерантности детей дошкольного возраста к низкому уровню были отнесены результаты от 0 до 14 баллов, к среднему – от 15 до 36 баллов, к высокому – от 37 до 48 баллов.

Возраст: дошкольный.

Форма проведения: индивидуальная.

Цель: исследование когнитивного, эмоционально-волевого, мотивационного и поведенческого компонентов толерантности у детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ограниченными возможностями здоровья.

Инструкция и условия проведения.

¹ Сиротюк А.С. Содержательно-прогностическая модель профессиональной деятельности психолога по формированию толерантности у детей дошкольного возраста в условиях инклюзивной развивающей среды. Тверь, 2012. 127 с.

² Гуревич К. М. Что такое психологическая диагностика. М., 1985.

³ Анастаси А. Психологическое тестирование: В 2 кн. Кн. I. М., 1982; Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М., 1987.

В методику включены беседы и ситуации для обсуждения. При работе с методикой используются рисунки с изображением детей с ОВЗ в двух вариантах (для мальчиков и для девочек): «Ребенок в очках», «Ребенок со слуховым аппаратом», «Ребенок на костылях», «Ребенок в инвалидной коляске»; рисунки для распознавания эмоций: «Дети в инвалидных колясках (грустный и веселый)», «Дети с подарками в руках, выражающие негативные эмоции (злость и обида)».

Для исключения гендерной интолерантности при диагностике толерантности детей дошкольного возраста по отношению к сверстникам с ОВЗ перед ними выкладывается пара рисунков, с изображением мальчика и девочки.

Возможно проведение методики как в присутствии родителей ребенка, так и без них.

Инструкция ребенку: «Я буду задавать тебе вопросы и показывать картинки, тебе нужно будет рассказать то, что ты знаешь, и выполнить задания».

Структура методики. Методика представляет собой вопросы и ситуации для обсуждения с ребенком по четырем компонентам толерантности: когнитивному, эмоционально-волевому, мотивационному и поведенческому.

Стимульный материал (рисунки детей с ограниченными возможностями здоровья) подготовила художница с ограниченными возможностями здоровья Панова Ксения.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Статистика:

По разным данным от 35 до 85% семей после рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья распадаются. Из семей чаще всего уходят отцы.

Стадии реагирования родителей на диагноз ребенка:

1. Стадия шока.
2. Стадия отрицания («Этого не может быть», «Это ошибка врача», «С кем угодно, но не с моим ребенком»).
3. Стадия глубокой или «хронической» печали.
 - Реакция агрессии и период депрессии.
 - Постоянные поиски виноватого, тяжесть, чувство собственной вины («Я не досмотрел», «Я виноват, что это случилось»).
4. Стадия принятия.
 - Уменьшение переживания печали, усиление интереса к окружающему миру, готовность активно решать проблемы с ориентацией на будущее.
 - Родители в состоянии правильно оценить ситуацию.
 - На этом этапе важны усилия родителей в деле сохранения семьи в целом и возможностей каждого отдельного ее члена.
 - Личностное развитие каждого из взрослых и юных членов семьи должно продолжаться, несмотря на серьезное состояние ребенка.

Цель психологической помощи родителям ребенка с ОВЗ зависит от того, на какой стадии переживания случившегося они находятся.

Качественные изменения в семье ребенка с ОВЗ:

- Соматический. Соматические заболевания, астенические и вегетативные расстройства, аффективные расстройства, депрессивная симптоматика в различных формах (депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии).
- Психологический. Стресс. Деформация сложившегося стиля внутрисемейных взаимоотношений. Семья посвящает себя больному ребенку. Родители склонны отрицать собственные проблемы, делая акцент на проблемах ребенка.
- Социальный. Сужение круга знакомых и ограничение общения с родственниками в силу особенностей состояния ребенка с ОВЗ, а также из-за личностных установок самих родителей. Матери оставляют работу или находят надомную. Деформация взаимоотношений супругов. Возможны разводы.

Стили внутрисемейного воспитания ребенка с ОВЗ:

1. *Гиперопека* (гиперпротекция, фобия утраты ребенка). В центре – ребенок. У матери - гипертрофированное чувство тревожности. Систематические супружеские конфликты, высокая вероятность развода. *Формирование личности ребенка с ОВЗ:* эгоцентризм, зависимость от родителей, отсутствие собственной активности в действиях, заниженная самооценка.

2. *«Холодные» отношения с ребенком* (гипопротекция, снижение эмоциональных контактов). В центре - медицинская сторона проблемы. Часто встречается скрытый алкоголизм родителей. *Формирование личности ребенка с ОВЗ:* эмоциональная неуравнове-

шенность, высокая тревожность, нервно-психическое напряжение, беззащитность, неуверенность в себе.

3. *Стиль сотрудничества* (конструктивные отношения с ребенком). В центре – осознание проблемы и вера в успех. Высокий образовательный уровень родителей, интерес к развитию ребенка. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: чувство защищенности, уверенность в себе, самостоятельность, потребность в активном установлении отношений с социумом.

4. *Репрессивный стиль* (авторитарная родительская позиция). В центре - ограничения прав ребенка, требования соблюдения определенных правил, а при отказе - физические наказания. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, повышенная возбудимость, раздражительность.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Приложение 11

Мозговой штурм «Модель инклюзивной развивающей среды как условия формирования толерантности у дошкольников»

Алгоритм проведения мозгового штурма:

- Познакомьтесь с темой, процедурой и правилами проведения мозгового штурма.
- Выберите секретаря, который будет записывать все ваши идеи без редактирования и оценки.
- Соблюдайте правила: отсутствие критики и оценивания, поощрение идей, равноправие участников, свобода ассоциаций.
- Выдвигайте как можно большее количество идей для решения предложенной проблемы.
- Обсудите все идеи (!).
- Систематизируйте и выберите лучшие (эффективные) идеи.
- Разработайте модель (систему, программу, алгоритм и т.д.), которая могла бы, по вашему мнению, решить поставленную проблему.
- Проведите презентацию своей разработки для всех участников группы.

Система профессионального самосовершенствования педагога, работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Система профессионального самосовершенствования педагога (*по выбору*: руководителя ОУ, воспитателя, учителя, психолога, логопеда), работающего с аутичными детьми, включает:

- знания, умения, навыки;
- профессионально значимые личностные качества;
- профессиональные компетенции;
- профессионально-личностную позицию.

Модель профессиональной деятельности педагога, работающего с детьми, имеющими с ограниченными возможностями здоровья

Модель (*по выбору*: система, программа, алгоритм) профессиональной деятельности педагога (*по выбору*: руководителя ОУ, воспитателя, учителя, психолога, логопеда), работающего с аутичными детьми, включает:

- организация инклюзивной развивающей среды, включающей компоненты:
 - психологический;
 - методологический;
 - материально-технический;
 - информационно-методический;

- организация полисубъектного взаимодействия специалистов помогающих профессий;
- организация собственной деятельности в соответствии с особенностями аутичных детей;
- включение родителей в процесс психолого-педагогического сопровождения аутичных детей.

Модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Модель (по выбору: система, программа, алгоритм) психолого-педагогического сопровождения родителей включает следующие направления:

- аналитическое;
- профилактическое;
- просветительское;
- информационное;
- консультационное;
- реабилитационное;
- фасилитативное;
- диспетчерское;
- организационное.

*Сиротюк Алла Леонидовна,
Сиротюк Анастасия Сергеевна
Кузьмин Александр Борисович*

ИНКЛЮЗИВНАЯ РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

*Учебно-методический комплект для краткосрочных курсов
повышения квалификации
руководителей ДОУ/ОУ/ПОУ, воспитателей ДОУ,
педагогических работников ОУ/ПОУ, психологов, дефектологов,
логопедов ДОУ/ОУ/ПОУ*

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 01.10.2014. Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,9. Тираж 500 экз. Заказ № 7.

Отпечатано с готового оригинал-макета в библиотечно-издательском отделе
ГАУ ДПО (ПК) С «Брянский институт повышения квалификации работников образования»
241022, г. Брянск, ул. Димитрова, д. 112
