**Дети с ограниченными возможностями здоровья**

**Введение**

В последние годы в образовательных учреждениях обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), что предъявляет новые и более высокие требования ко всем педагогам, работающим в школе. Коррекционное образование предполагает, что дети с различными особенностями должны быть включены в образовательный процесс, а учреждения образования - создать им для этого соответствующие условия.

В работе с педагогами, работающими с ребенком с ограниченными возможностями здоровья, особую актуальность приобретает развитие следующих интегральных характеристик:

1. направленность на ребёнка, включающую в себя:
* положительное отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья и готовность работать с ними;
* стратегию сотрудничества с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья;
1. интеллектуальная гибкость:
* навыки разработки индивидуальных маршрутов для детей с ограниченными возможностями здоровья;
1. профессиональная компетентность:
* знания и навыки, необходимые для работы в междисциплинарных командах;
* знания специальных технологий сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
* навыки проведения педагогической диагностики для построения траектории индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
1. поведенческая гибкость:
* навыки сопровождения ребенка с ОВЗ по индивидуальному образовательному маршруту;
* знание методик работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Учитель становится координатором воспитательно-образовательного процесса в классе в сотрудничестве со всеми участниками: командой специалистов, администрацией, родителями и учащимися.

Для учителя в коррекционно- образовательной среде важно владеть практикой в самостоятельной исследовательской деятельности, навыками разработки поурочных планов для конкретного класса, а также для конкретного ребенка, умениями творчески перерабатывать учебный план и адаптировать свои методы обучения к особенностям учеников.

Для квалифицированного решения коррекционных задач, связанных с обучением ребенка с ограниченными возможностями здоровья, оказывать помощь учителю в данном пространстве обязательно должны такие специалисты, как учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог ЛФК, социальный педагог, тьютор.

Детям-инвалидам по состоянию здоровья временно или постоянно не имеющим возможности посещать образовательные учреждения созданы необходимые условия для получения образования по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

**1.Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей**

У детей с ограниченными возможностями здоровья имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонениям в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваться полностью, другие - лишь коррегироваться, а некоторые - компенсироваться. Раннее психолого­-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта.

Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка. В настоящее время в специальной психологии и коррекционной педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В. Лебединский, В.А. Лапшин, Б. П. Пузанов).

На наш взгляд, наибольший интерес представляют исследования В.В. Лебединского, который рассматривает проблемы психического дизонтогенеза.

Термином «дизонтогенез» обозначают различные формы нарушений онтогенеза, т.е. развития индивида, в отличие от развития вида (филонегез).

Характер дизонтогенеза зависит от определенных психологических параметров:

* особенностей функциональной локализации нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два основных вида дефекта- частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторских систем) и общий (нарушения регуляторных корковых и подкорковых систем);
* времени поражения. Чем раньше произошло поражение, тем больше вероятность психического недоразвития;
* взаимоотношений между первичным и вторичным дефектом. Первичные нарушения вытекают из биологического характера дефекта (нарушение слуха, зрения при поражении анализаторов; органическое поражение мозга и т.д.). Вторичные нарушения возникают опосредованно в процессе аномального развития;
* межфункциональных взаимодействий. К ним относятся механизмы изоляции, патологической фиксации, временные и стойкие регрессии, которые играют большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Перечисленные психологические параметры по-разному проявляются при различных видах дизонтогенеза. В.В. Лебединский представил следующие варианты дизонтогенеза:

* дизонтогенез по типу общего стойкого недоразвития. Для этого варианта типично раннее время поражения, когда наблюдается выраженная незрелость мозговых систем. Типичный пример стойкого недоразвития - олигофрения;

 задержанное развитие. Характеризуется оно замедленным темпом формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Варианты задержанного развития конституционный, соматогенный, психогенный,церебральный (церебрально-органический);

* поврежденное развитие. В этиологии поврежденного развития наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС, но патологическое воздействие на мозг идет на более поздних этапах онтогенеза (после 2-3 лет). Характерная модель поврежденного развития - органическая деменция;
* дефицитарное развитие. Этот вид связан с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторских систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата);
* искаженное развитие. В данном случае наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Характерным примером является ранний детский аутизм. Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, в «уходе» в свой внутренний мир;
* дисгармоничное развитие. При этом варианте развития наблюдается врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоционально-волевой сфере. Характерная модель дисгармоничного развития - психопатия и патологическое формирование личности.

Наиболее рабочей классификацией в практической деятельности специалистов является классификация Б. П. Пузанова и В. А. Лапшина.

**К 1 группе относятся дети с нарушениями слуха и зрения**

**Всех детей с недостатками слуха делят на две группы:**

* глухие (неслышащие) дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Среди неслышащих детей различают: а) неслышащих без речи (ранооглохшими); б) неслышащих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших);
* слабослышащие (тугоухие) дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора.

**Всех детей со стойкими дефектами зрения делят на две группы:**

* слепые (незрячие) дети- с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением либо остаточным зрением;
* слабовидящие дети - с остротой зрения на лучше видящем глазу от 0,05­0,4 (с применением очков).

**Ко 2 группе относятся умственно отсталые дети и дети с ЗПР**

Умственная отсталость - стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Умственная отсталость выражается в 2-х формах: олигофрении и деменции.

Олигофрения проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2

лет).

Деменция (распад психики) на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5-2 лет).

Выделяют 3 степени интеллектуального недоразвития: идиотия (самая тяжелая степень); имбецильность; дебильность.

Задержка психического развития (ЗПР) относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и занимает промежуточное место между нормой и патологией. Дети с задержкой психического развития не имеют таких тяжелых отклонений в развитии, как умственная отсталость, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы. Основные трудности, которые они испытывают, связаны прежде всего с социальной (в том числе школьной) адаптацией и обучением. Объяснением этого служит замедление темпов созревания психики. Нужно также отметить, что у каждого отдельно взятого ребенка с ЗПР может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления.

Наиболее ярким признаком ЗПР исследователи называют незрелость эмоционально-волевой сферы. Иначе говоря, такому ребенку очень сложно сделать над собой волевое усилие, заставить себя выполнить что-либо. А отсюда неизбежно появляются нарушения внимания: его неустойчивость, сниженная концентрация, повышенная отвлекаемость. Нарушения внимания могут сопровождаться повышенной двигательной и речевой активностью. Такой комплекс отклонений (нарушение внимания + повышенная двигательная и речевая активность), не осложненный никакими другими проявлениями, в настоящее время обозначают термином "синдром дефицита внимания с гиперактивностью" (СДВГ).

Задержку психического развития принято делить на четыре группы. Каждый из этих типов обусловлен определенными причинами, имеет свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности.

Первый тип - ЗПР конституционального происхождения. Для этого типа характерна ярко выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы, которая находится как бы на более ранней ступени развития. Здесь речь идет о так называемом психическом инфантилизме. Нужно понимать, что психический инфантилизм - это не болезнь, а скорее некоторый комплекс заостренных черт характера и особенностей поведения, который, однако, может существенно отразиться на деятельности ребенка, в первую очередь - учебной, его адаптационных способностях к новой ситуации.

Ко второй группе - соматогенного происхождения - относятся ослабленные, часто болеющие дети. В результате длительной болезни, хронических инфекций, аллергий, врожденных пороков развития может сформироваться задержка психического развития. Это объясняется тем, что на протяжении долгой болезни, на фоне общей слабости организма психическое состояние малыша тоже страдает, а, следовательно, не может полноценно развиваться. Низкая познавательная активность, повышенная утомляемость, притупление внимания - все это создает благоприятную ситуацию для замедления темпов развития психики.

Следующая группа - это ЗПР психогенного происхождения. Основная роль отводится социальной ситуации развития малыша. Причиной этого типа ЗПР становятся неблагополучные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере малыша таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость.

Четвертый тип ЗПР церебрально-органического происхождения. Встречается чаще остальных, и прогноз дальнейшего развития для детей с этим типом ЗПР по сравнению с предыдущими тремя как правило наименее благоприятен. Как следует из названия, основой для выделения этой группы ЗПР являются органические нарушения, а именно - недостаточность нервной системы, причинами которой могут стать: патология беременности (токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, резус-конфликт и др.), недоношенность, асфиксия, родовая травма, нейроинфекции. При этой форме ЗПР имеет место так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), под которой понимается комплекс легких нарушений развития, проявляющих себя, в зависимости от конкретного случая, весьма разнообразно в различных областях психической деятельности.

**К 3 группе относятся дети с ТНР (логопаты).** Все виды речевых нарушений можно разделить на две большие группы:

* нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия);
* нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия).

**К 4 группе относятся дети с нарушениями опорно-двигательной системы**

Основной контингент этой категории детей - дети, страдающие ДЦП. ДЦП - заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на 1-м году жизни ребенка.

**К 5 группе относятся дети с комбинированными дефектами (дети со смешанными (сложными) дефектами:**

* умственно отсталые неслышащие или слабослышащие дети;
* умственно отсталые слабовидящие или незрячие дети;
* слепоглухонемые дети и т. п.

**К 6 группе относятся дети с искаженным развитием - психопатией (стойкий дисгармонический склад психики), с патологией влечений**

Причины возникновения ограниченных возможностей здоровья

Современные клицинисты и специальные психологи выделяют 2 основные группы причин, которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития:

* Эдогенные (генетические);
* Экзогенные (факторы среды).

К эндогенным причинам относятся:

* различные наследственные заболевания;
* заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом, хромосомные аберрации. Ярким примером хромосомной аберрации является трисомия 21-й хромосомы, которая вызывает синдром Дауна.

Экзогенные причины вызывают отклонения в развитии, которые могут влиять в различные периоды онтогенеза:

* в пренатальный (внутриутробный) период (хронические заболевания родителей, особенно матери; инфекционные болезни, интоксикация (отравление) матери; недостаток питания матери во время беременности; резус- конфликт, травмы и др.);
* в натальный (родовой) (родовые травмы, инфицирование плода; асфиксия- удушье плода);
* в постнатальный период (после рождения) причинами могут быть остаточные явления, после различных инфекционных и других заболеваний; различные травмы (черепно-мозговые и т.п.); интоксикации (алкогольные, наркотические и т.п.); несоблюдение санитарно-гигиенических норм (например, несоблюдение гигиены зрения может привести к близорукости) и др.

Причинами отклонений в развитии могут быть неблагоприятные условия социальной среды, которые оказывают травмирующее влияние на психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья можно выделить педагогически запущенных детей, которые характеризуются отклонениями в нравственном развитии, наличием закрепленных отрицательных форм поведения, недисциплинированностью. Диапазон поступков таких детей, подростков и старших школьников весьма велик: от устойчивых проявлений отдельных отрицательных качеств и черт (упрямства, недисциплинированности) до наличия явно асоциальных форм поведения типа правонарушений и даже преступлений.

Следует избегать выражений, которые могут обидеть человека в виду его инвалидности.

Например:

|  |  |
| --- | --- |
| **следует использовать** | **лучше избегать** |
| человек с нарушением зрения | слепой |
| человек с нарушением слуха | глухой |
| ученик с инвалидностью | инвалид |
| ребёнок с физическими нарушениями | калека |
| мальчик с интеллектуальными нарушениями | умственно отсталый |
| девочка с нарушениями обучения | необучаемая |
| учащийся с эмоциональными | умственно |
| нарушениямиили нарушениями поведения | неполноценный |
| мальчик, использующий коляску | колясочник |
| люди с инвалидностью и без неё | инвалиды и здоровые люди |

**2.Основные принципы образования детей с ОВЗ в общеобразовательном учреждении; подходы и способы его реализации.**

Целью образования детей с ОВЗ в общеобразовательном (массовом) учреждении является полноценное развитие и самореализация детей с ограниченными возможностями здоровья, освоение ими общеобразовательной программы (государственного образовательного стандарта), важнейших социальных навыков наряду со сверстниками с учетом их индивидуально-типологических особенностей в познавательном, физическом, эмоционально-волевом развитии.

Как стратегическое направление развития системы образования коррекционное образование требует перестройки образования на всех уровнях. Ориентиры построения системы образования в направлении коррекции детей с ОВЗ задаются основными принципами коррекционного образования, предусматривающими реализацию равных прав на образование и социализацию при неравных возможностях.

Основные принципы коррекционного образования:

- по отношению к ребенку с ОВЗ - учащемуся общеобразовательного учреждения:баланс академических знаний и социальных навыков, приобретенных в процессе обучения - адекватный его индивидуально­типологическим особенностям и соответствующий потребностям ребенка и его семьи;

* по отношению к педагогу - учителю коррекционного класса: принятие и учет различий, индивидуального своеобразия учащихся; создание ситуации успеха для всех учеников; баланс коллективного и индивидуального в учебно-воспитательном процессе; компромисс между общим и специальным в обучении; создание и поддержание атмосферы принятия, толерантности, сотрудничества в классе;
* по отношению к общеобразовательному учреждению, реализующему коррекционное образование детей с ОВЗ: адаптивность образовательного процесса, образовательной среды, учебно-методического комплекса учреждения; вариативность подходов, методов и форм социальной адаптации и реабилитации; командное взаимодействие педагогов, организующих процесс обучения и социализации, его психолого-педагогическое сопровождение; развитие толерантного взаимодействия участников образовательного процесса, сотрудничество с родительской общественностью; оптимизация финансово- ­экономического обеспечения процесса обучения и социализации; по отношению к системе образования города (района, населенного пункта) в целом: оптимизация ресурсов городской системы образования (материально-технических, нормативно-методических, финансово­-экономических, организационных) по созданию базовых общеобразовательных учреждений для реализации коррекционного образования детей с ОВЗ вблизи места жительства; поддержка инноваций в коррекционном образовании; повышение психолого-педагогической культуры педагогического сообщества и общественности.

Реализация основных принципов коррекционного образования детей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях базируется на следующих содержательных и организационных подходах, способах, формах:

* индивидуальный учебный план и индивидуальная образовательная программа учащегося - ребенка с ОВЗ - по развитию академических знаний и жизненных компетенций;
* социальная реабилитация ребенка с ОВЗ в образовательном учреждении и вне его;
* психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ в процессе обучения и социализации;
* психолого-педагогический консилиум образовательного учреждения;
* индивидуальная психолого-педагогическая карта развития ребенка с

ОВЗ;

* компетентность учителя в области общего образования с элементами специального образования, в области социальной адаптации и реабилитации;
* повышение квалификации учителей общеобразовательного учреждения в области коррекционного образования;
* рабочие программы освоения предметов образовательной программы в условиях коррекционного образования детей с ОВЗ в соответствии с образовательными стандартами;
* тьюторское сопровождение ребенка с ОВЗ в процессе обучения;
* адаптивная образовательная среда - доступность классов и других помещений учреждения (устранение барьеров, обеспечение дружественности среды учреждения);
* адаптивная образовательная среда - оснащение образовательного процесса ассистирующими средствами и технологиями (техническими средствами обеспечения комфортного и эффективного доступа);
* адаптивная образовательная среда - коррекционно-развивающая предметная среда обучения и социализации;
* адаптивная образовательная среда - создание помещений (зон) для отдыха, восстановления работоспособности;
* сплочение ученического коллектива, развитие навыков сотрудничества, взаимодействия и взаимопомощи;
* ориентация воспитательной системы учреждения на формирование и развитие толерантного восприятия и отношений участников образовательного процесса.

Список литературы:

1. Банч Г. Включающее образование. Как добиться успеха? Основные стратегические подходы к работе в интегративном классе. - М.: Прометей, 2005.
2. Битова А.Л. Особый ребенок: исследования и опыт помощи, проблемы интеграции и социализации. - М., 2000.
3. «Инклюзивное образование» выпуск 2 - Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ, Семаго Н.Я. - М.: Центр «Школьная книга», 2010.
4. Методические рекомендации по организации коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья на общеобразовательных уроках в школе / Г.В. Носкова, М.С. Голубева, С.М. Никитина; науч. ред. М.С. Голубева. Кострома, 2010.