

Институт экономики, управления и права (г. Казань)

Кафедра теоретической и инклюзивной педагогики

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

Д.З. Ахметова, А.И. Сафина

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММ М.Л. ЛАЗАРЕВА
«СОНАТАЛ», «ИНТОНИКА», «ЗДРАВСТВУЙ»
НА ЗАНЯТИЯХ РАЗВИВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА
В ИНКЛЮЗИВНЫХ ГРУППАХ

Методическое пособие

*Институт экономики, управления и права (г. Казань) –
республиканская базовая площадка по инклюзивному образованию,
федеральная инновационная площадка Министерства образования и науки РФ*

Казань
Познание
2015

УДК 37.01 (075)

ББК 74.022.1я7+74.044.6я7

А 95

*Печатается по решению секции психолого-педагогических дисциплин
Учебно-методического совета
Института экономики, управления и права (г. Казань)*

Авторы: Ахметова Д.З., Сафина А.И.

Рецензент: к.пс.н, д.м.н. Лазарев М.Л.

Руководитель проекта – проректор по непрерывному образованию, директор Института дистанционного обучения, заведующая кафедрой теоретической и инклюзивной педагогики, д.п.н., профессор Д.З. Ахметова

А95 Применение программ М.Л. Лазарева «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» на занятиях развивающего характера в инклюзивных группах: методическое пособие / Д.З. Ахметова, А.И. Сафина. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права (г. Казань), 2015. – 57 с.

Данное методическое пособие адресовано учителям начальных классов, воспитателям детских садов, специалистам и руководителям образовательных организаций, которые придерживаются идеи развития гармоничной личности. Впервые представлена модель использования программ М.Л. Лазарева в условиях инклюзивного воспитания.

УДК 37.01 (075)

ББК 74.022.1я7+74.044.6я7

© Институт экономики, управления
и права (г. Казань), 2015

© Ахметова Д.З., Сафина А.И., 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Раздел 1. Опыт использования программ развития ребенка до и после рождения М. Л. Лазарева «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в России и за рубежом	6
Программы М. Л. Лазарева «Сонатал», «Интоника» «Здравствуй»	6
Основные законы (принципы) Сонатал-педагогике	11
Опыт использования системы «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в Республике Татарстан, России и за рубежом.....	12
Раздел 2. Основные направления работы в рамках использования метода «Сонатал», метода «Интоника» для детей раннего возраста, метода «Здравствуй» для детей дошкольного возраста от 3-х до 7-ми лет..	19
Основные направления работы в рамках использования метода «Сонатал»..	19
Основные направления работы в рамках использования метода «Интоника» для детей раннего возраста	22
Основные направления работы в рамках использования метода «Здравствуй» для детей дошкольного возраста от 3-х до 7-ми лет.....	23
Раздел 3. Показатели готовности детей с ОВЗ разных категорий к обучению в условиях инклюзивного образования.....	25
Показатели готовности детей с вариантами недостаточного развития к обучению в условиях инклюзивного образования	25
Показатели готовности детей с вариантами искаженного (асинхронного) развития к обучению в условиях инклюзивного образования.....	28
Показатели готовности детей с вариантами поврежденного развития к обучению в условиях инклюзивного образования	34
Показатели готовности детей с вариантами дефицитарного развития к обучению в условиях инклюзивного образования	37
Развитие в условиях сочетанного нарушения.....	43
Раздел 4. Особенности организации психолого-педагогического сопровождения реализации программ «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в условиях инклюзивного образования.....	44
Требования к психолого-педагогическому сопровождению реализации программ «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй».....	45
ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	50
Список литературы	48

ВВЕДЕНИЕ

Индекс (с английского *index*) – многозначный термин. Основные значения этого термина таковы: 1) список, указатель (например, индекс выходящих книг); 2) цифровой или буквенный показатель чего-нибудь (индекс цен); 3) объект базы данных, создаваемый с целью повышения производительности поиска данных. В случае применения «индекса» к измерению результатов инклюзивного образования он выступает в роли инструмента измерения, выявления того, в какой степени инклюзивная образовательная организация является инклюзивной в полном смысле этого слова. Индекс инклюзивности дает возможность проанализировать сильные и слабые стороны в организации инклюзивного обучения. Материалы Индекса инклюзии могут быть использованы для проведения мониторинга в общеобразовательных учебных заведениях с целью самоанализа для создания необходимых условий для обучения детей с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования. Индекс инклюзивности дает возможность разработать план развития учебного заведения на основе полученных результатов самообследования.

В России индекс инклюзивности пока не разработан. При написании данного материала автором частично использован сборник «Index for inclusion» (составители Tony Booth и Mel Ainscow) [Index for inclusion: developing learning and participation in schools, Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE 2011), Bristol BS16 1QU, UK].

Рассмотрены лишь общие показатели сформированности направлений и измерения инклюзивности. Индекс инклюзивности может стать руководством для образовательных организаций, которые встали на путь создания инклюзивной системы. Данные организации могут использовать Индекс инклюзивности для того, чтобы анализировать основные проявления инклюзивной политики, инклюзивной культуры и инклюзивной практики с целью выявления различных барьеров в реализации идей инклюзивного образования, определить свои собственные приоритеты в развитии системы и оценке прогресса; использовать данный индекс в качестве составной части существующих стратегий развития, проводя глубокий анализ деятельности образовательной организации.

Индекс выполняет измерительную функцию социальной модели «disability» (неспособности, инвалидности), опирается на существующий мировой опыт развития инклюзивного образования и способствует выявлению не только достижений, но и недостатков в создании инклюзивной системы.

Данное пособие предназначено для педагогов и воспитателей, специалистов (психологов и дефектологов), работающих в инклюзивных образовательных организациях. Впервые предложена идея использования программ известного ученого-медика, к. пс.н., д.м.н. М.Л. Лазарева в условиях инклюзивного образования.

Необходимо помнить о том, что готовых рецептов (методик, технологий, приемов), которые могли бы использовать педагоги в конкретных ситуациях, не бывает, так как каждая личность ребенка уникальна и неповторима, каждая образовательная ситуация специфична. Педагоги и специалисты тоже отличаются друг от друга уровнем профессионализма и творческими способностями. Каждая образовательная организация должна стремиться создавать собственные подходы, методики, условия с учетом законодательной базы инклюзивного образования, материально-технических условий, профессиональных компетенций педагогов.

Знание психологических особенностей детей и их родителей, социальной ситуации их развития, гуманизм, толерантность, любовь к детям и убежденность в высокой социальной значимости своего труда позволят педагогам успешно реализовывать идеи инклюзивного образования.

Руководитель проекта профессор Д.З. Ахметова

Раздел 1. Опыт использования программ развития ребенка до и после рождения М. Л. Лазарева «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в России и за рубежом

Программы М. Л. Лазарева «Сонатал», «Интоника» «Здравствуй»

В настоящее время российское общество характеризуется переменами, которые приводят к таким явлениям, как кризис семьи, падение рождаемости, значительный рост количества аборт, увеличение числа детей, оставленных матерями без попечительства сразу после рождения и позже, разрушение традиционных стереотипов восприятия женщиной ребенка и родительства как социокультурного феномена, снижение уровня здоровья, как рожденных детей, так и нации в целом.

Неопределенная и нестабильная социальная и экономическая ситуация, незащищенность населения, снижение жизненного уровня и страх за своих близких приводят к тому, что женщины все чаще предпочитают отложить рождение детей до лучших времен.

В целом отмечается глобальное ухудшение здоровья россиян наряду со снижением уровня деторождения, ростом смертности среди новорожденных и заболеваемостью среди детей в целом. Все чаще наблюдается количество родов, имеющих осложнения; растет процент детей, родившихся с различными патологиями.



Физические показатели уровня здоровья подрастающего поколения на данном историческом этапе можно охарактеризовать следующим образом: ухудшается уровень физической подготовленности (только 10 % детей приходят в школу физически подготовленными), увеличивается процент хронических заболеваний и инвалидности, отмечается общее снижение уровня здоровья детей, когда каждый четвертый ребенок болеет более 4 раз в год.

В то же время необходимо отметить, что последние 20 лет активно апробируются технологии, позволяющие максимизировать возможности рождения и развития здорового ребенка. Эти технологии включают в орбиту воздействия всю семью. Начиная с наименьшей общественной структуры, т.е. отдельно взятой семьи, можно прийти к оздоровлению и гармонизации общества и нации в целом.

Физическая и психологическая полноценность будущего поколения – один из актуальных вопросов современного общества. В настоящее время демографическая ситуация в России заставляет внимательнее относиться к проблемам ведения беременности и рождения здоровых детей, а также поддержания физического и психоэмоционального здоровья детей в последующие периоды жизни. Такой показатель, как ухудшение здоровья женщин и детей, находит отражение в ежегодных государственных докладах о состоянии здоровья населения. А ведь именно от состояния здоровья детей и населения в целом зависят благополучие любого общества, интеллектуальный и морально-нравственный уровень нации.

Как правило, решением этой проблемы всегда занималась медицина. Однако в настоящее время этого уже недостаточно, так как здоровье представляет собой комплексную проблему, требующую участия в ее решении таких наук, как психология, педагогика, экология, право и др. Основным решением этой задачи является раннее выявление и предупреждение репродуктивных нарушений, охрана здоровья беременных. В настоящее время во многих странах, в том числе и в России, идет движение за гуманизацию родов и изменение отношения к ребенку в период его пренатального (внутриутробного) и перинатального (околородового) развития. Это связано с повышением интереса к психотерапии, психологии личности и семьи. Темой научных изысканий как зарубежных, так и отечественных исследователей все чаще становятся особенности протекания беременности и развития ребенка в дородовой период. Тем не менее большая часть этих материалов не раскрывает целостной «Я-концепции» женщины при формировании роли матери и выявлении влияния этих процессов на психический мир плода и ребенка после рождения.

Чаще всего оценка течения беременности и родов сводится к изучению физиологических процессов и осложнений данного периода, а психоэмоциональная сторона беременности и родов часто не принимается во внимание. Но ведь именно в пренатальный период идет не только формирование внутренних органов и физиологических систем, но и начало функционирования психической и эмоциональной жизни еще не родившегося ребенка, идет закладка такого феномена, как пренатальная память, которая влияет на базовое доверие или недоверие к миру, через информацию, которая поступает от мамы к малышу. Кроме того, нельзя забывать о том, что здоровье детей формируется в течение всех периодов детского онтогенеза, начиная с дородового периода.

Важно поддерживать личностно-ориентированный подход к беременной женщине и роженице.

В настоящее время все чаще обращаются к методам музыкального воздействия как к средству положительного влияния на детей с различными нарушениями здоровья как в условиях коррекционного, так и инклюзивного образования.



Как утверждают многочисленные исследования, использование музыки в качестве дополнительного стимулирования значительно улучшает функции речи у детей дошкольного возраста, улучшает запоминание ключевых фраз и облегчает усвоение информации дошкольниками. Под воздействием музыки происходит улучшение кратковременной вербальной памяти, лучше запоминаются цвета, названия геометрических форм, чисел, картинок. Музыка способствует облегчению зрительного восприятия. Подтверждено, что музыка снижает психоэмоциональное напряжение, способствует фокусировке внимания, а также вовлечению детей в деятельность, что помогает им достичь цели в овладении различными навыками.

В результате музыкального воздействия повышается чувствительность не только слухового, но и зрительного анализаторов, в целом, оптимизируются функции мозга, улучшается регуляция произвольных движений, ускоряется переработка информации, повышается умственная работоспособность.

Восприятие музыки обеспечивается работой обоих полушарий, каждое из которых регулирует различные функции – а это интеграция (слияние) когнитивных и эмоциональных процессов, протекающих в обоих полушариях. Музыкальная деятельность вызывает усиление межцентрального и межполушарного взаимодействия. Причем восприятие музыки может происходить как на сознательном, так и на подсознательном уровне.

Данное направление психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ различных возрастных категорий демонстрирует следующие результаты:

- более активно идет развитие речи, мышления и воображения;
- происходит развитие коммуникативных навыков;
- активизируются воля и внимание;
- повышается уверенность в себе;
- развивается координация;
- отмечается улучшение работоспособности;

– дети становятся менее подверженными стрессу.

На занятиях с применением музыкальных средств воздействия включаются различные адаптационные механизмы:

– музыка позволяет преодолеть стихийную психологическую защиту ребенка – успокоить или, наоборот, активизировать, настроить, заинтересовать;

– помогает установить контакт детей между собой, что в свою очередь способствует развитию эмпатических способностей;

– способствует выражению чувств и эмоций ребенка.

Музыкальные игры, пение, ритмические движения под музыку, направленные на развитие крупной моторики, использование различных музыкальных и шумовых инструментов - это привлекательный для детей вид деятельности.

Занятия с использованием средств музыкального взаимодействия позволяют создать условия для эмоционального диалога часто даже в тех случаях, когда другие способы не приносят желаемого эффекта. Контакт с помощью музыкальных средств безопасен, ненавязчив, индивидуализирован, снимает страхи, напряженность. Все это закладывает базис для повышения резервов системы адаптационных возможностей ребенка [26].

Установлено, что наиболее успешными методиками психопрофилактики и психокоррекции различных эмоциональных состояний являются техники с применением арт-терапевтических эффектов, таких, как: музыкальная терапия, рисуночная



терапия, музыкально-двигательная терапия. Все эти методы арт-терапевтического воздействия интегрированы в систему М.Л.Лазарева «Сонатал-педагогика», которая включает в себя направления работы с различными возрастными категориями детей, включая пренатальный (дородовой период).

Кроме того, автором данной программы при ее разработке был выдержан принцип системного подхода, целостности и преемственности. Программа взаимодействия беременной женщины со своим будущим ребенком продолжается и на последующих этапах детского онтогенеза с помощью программ «Интоника» для детей от 0 до 3-х лет и «Здравствуй», разработанной для детей дошкольного возраста от 3-х до 7 лет, в соответствии с принципами непрерывного образования.

При разработке этой системы автором были учтены не только возрастные принципы развития ребенка [9; 24; 25], но и здоровьесберегающие аспекты, построенные на принципах личностно-деятельностного подхода [17] и единства сознания и деятельности [19].

Система Сонатал-педагогика М. Л. Лазарева включает в себя 3 основные ступени:

1. «Сонатал» – система занятий с беременными женщинами, направленная на оптимизацию процессов морфо-функционального и, в частности, психоэмоционального созревания плода, стимуляцию его двигательной активности, профилактику пренатальной гипоксии (кислородной недостаточности плода), а также на обучение беременной женщины навыкам общения с ребенком еще до его рождения, на оптимизацию состояния ее здоровья, улучшение самочувствия и подготовку к родам. Основным фактором воздействия при применении метода является голос (пение) беременной женщины, который сопровождается специально разработанными тактильными и двигательными упражнениями и выступает в качестве инструмента эмоционально-дыхательного тренинга матери и плода. При этом происходит адаптация сердечно-сосудистой системы плода к дыхательно-двигательным нагрузкам, формируются биоритмы дородовой и послеродовой жизни [12].

2. «Интоника» – музыкальные занятия с детьми до 3-х лет, направленные на оптимизацию процессов морфофункционального созревания детей грудного и раннего возраста, обеспечивающие адаптацию сердечно-сосудистой системы ребенка к дыхательно-двигательным нагрузкам, возникающим в процессе специально организованной вокально-речевой деятельности, сопровождаемой воздействием сенсорных факторов. В качестве сенсорных факторов, стимулирующих дыхание и движение ребенка, используется звук и цвет [10; 11].

3. «Здравствуй» – программа, разработанная для детей от 3-х до 7-ми лет, включающая не только оздоровительные, но и познавательные элементы, способствующие воспитанию личности ребенка. Материал курса затрагивает психоэмоциональную сферу, расширяет кругозор детей, развивает их как физически, так и эстетически. В данном курсе разработан механизм формирования социальной мотивации здоровья. Метод основан на музыкальной психорегуляции дыхания, предполагающей постоянный дозированный эмоционально-дыхательно-двигательный тренинг ребенка [10].

При создании программ Сонатал-педагогика автором метода были выдержаны принципы системного подхода, целостности и преемственности [12], а также учтены принципы непрерывного образования [2].

Основы этого метода были заложены еще в 1983 г. М.Л. Лазаревым, а в 1996 году он рекомендован Министерством Здравоохранения России к применению.

Основные законы (принципы) Сонатал-педагогики

I. Закон подтверждения пренатальной «речи», или «Закон пренатального подтверждения личности».

Суть закона заключается в том, что беременная женщина должна отвечать (голосом, прикосновениями или движением) на любое ощущаемое ей шевеление своего ребенка, исключая ночное время.

II. Закон формирования пренатальной звуковой матрицы окружающего мира.

Пренатальное воспитание обеспечивает звукообразное знакомство «малыша» с явлениями окружающего мира.

Мама с помощью своего голоса, речи, музыкальных инструментов знакомит будущего малыша с окружающим миром через звуковые образы — звукосенсорные эталоны, формируя в его организме определенные, рефлекторно закрепленные состояния.

Звук является ведущим фактором пренатальной социализации, оказывающим наиболее глубокое воздействие на развитие мозга ребенка до рождения. Из звукосенсорных эталонов постепенно формируется звуковая матрица окружающего мира.

III. Закон постнатального повтора пренатального опыта

После рождения весь пренатальный опыт повторяется и закрепляется в деятельности ребенка. Сонатал-педагогика предполагает повтор и сенсорное (аудиовизуальное) закрепление всего пренатального опыта. Сначала пренатальный материал повторяется совместно с мамой в возрасте от нуля до трех лет (программа «Интоника»). Затем он повторяется ребенком самостоятельно в возрасте трех – семи лет (программа «Здравствуй!»). Далее материал пренатального образования закрепляется в оздоровительно-учебных занятиях в начальной школе (программа «Цветок здоровья»).

IV. Закон подтверждения детской (вокальной и вербальной) речи ребенка после рождения

Суть этого закона заключается в том, что каждый новый звук, слог, слово или фраза ребенка обязательно фиксируется (с помощью аудиозаписи и на бумаге в виде написанного слова и нарисованного образа) и предъявляется ребенку (в виде прослушивания этих аудиозаписей и просмотра рисунков).

Опыт использования системы «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в Республике Татарстан, России и за рубежом

В настоящее время интерес к изучению психологических аспектов беременности очень высок, о чем свидетельствует резкое увеличение количества научных публикаций по этой теме. Все чаще подтверждается тот факт, что от состояния женщины во время беременности, в том числе, психологического состояния, во многом зависят физиологическое течение беременности и процесса родов, состояние плода и новорожденного. Привлечение средств искусства, в частности, музыки в терапевтических и коррекционных программах помощи беременным издавна считалось мягким и эффективным способом воздействия на состояние женщин и пренатальное психическое развитие детей.

Об эффективности положительного влияния музыки на состояние человека еще в первой половине XX в. писали В. М. Бехтерев [6], Б. Г. Ананьев [1], Л. С. Выготский [9]. В нашей стране интерес к музыке как средству терапии возник не так давно. Лишь немногие исследователи, одним из которых является М. Л. Лазарев, описали влияние музыки на психоэмоциональное состояние беременных женщин, обращая внимание на возможность осуществления при этом пренатальное развитие детей и их развитие после рождения.

В 1990-е гг. в Москве, Тамбове, Набережных Челнах и некоторых других городах был апробирован метод профессора М. Л. Лазарева «Сонатал» (в переводе с лат. *sonus* – звучащий, *natal* – рожденный, т.е. «музыка рождения»). Суть его в том, что в пренатальный период (до рождения) можно воздействовать на двигательное, эмоциональное и дыхательное состояние плода и даже управлять его развитием. «Сонатал» – метод музыкального стимулирования развития плода и новорожденного. Суть этой методики состоит в том, что мама общается с малышом еще до его рождения с помощью специальных вокально-речевых упражнений.

В настоящее время уже неоспоримым является тот факт, что ребенок до рождения испытывает множество внешних воздействий, главным из которых является звук. Еще в 1915 г. великий русский психиатр В. М. Бехтерев сделал заключение о том, что глухой от рождения ребенок развивается хуже, чем слепой. Именно с помощью звука (звукового общения с внешней средой) ребенок еще до рождения проходит первичную социализацию [6]. Причем необходимо учитывать не только само сенсорное воздействие в пренатальном возрасте, но и то, каким оно будет. Необходимо создавать возможность для новой, дополнительной сенсорной среды, оптимизирующей пренатальную жизнь ребенка, готовящей его к

послеродовой жизни. При этом желательно также учитывать доступность способа при осуществлении этой самой первичной социализации. Так вот, оказалось, что мамин голос в сопровождении специальных прикосновений и движений и есть тот самый способ пренатализации.

Немного об истории создания метода «Сонатал». Основы этого метода были заложены еще 30 лет назад. Работая с детьми, больными астмой, М. Л. Лазарев ввел в свою практику, помимо лечебно-профилактических мероприятий, таких, как дыхательная гимнастика, бег и игры на улице, массаж, ЛФК; занятия, имеющие эмоциональную направленность: хореографию, пение и игру на детских музыкальных инструментах, психологический тренинг, лечебный музыкальный театр. В практике работы с детьми, страдающими бронхиальной астмой, известен феномен зависимости дыхательной функции от эмоционального состояния. Так, в момент приступа удушья (астматического статуса) игра на духовом инструменте позволяет его купировать, из чего следует, что возникающая при игре на духовом инструменте или пении положительная эмоция, связанная с дыхательным процессом, и является главным лечебным фактором. Таким образом, особое место занимает разработанный автором метод музыкального эмоционально-дыхательного тренинга ребенка в процессе вокально-речевой деятельности – метод музыкальной психорегуляции дыхания [13].

Продолжая работать с детьми, страдающими бронхиальной астмой, М. Л. Лазарев начал искать медико-педагогические подходы, позволяющие заниматься профилактикой этого заболевания еще до рождения ребенка. Известно, что на развитие этого заболевания действуют не только факторы окружающей среды, но и наследственные факторы, причем риск заболевания повышается у детей, рожденных от женщин, уже имеющих аллергическое заболевание. Считается, что риск развития заболевания у ребенка при наследственной отягощенности аллергической патологией одного из родителей составляет 40–50 %, при заболевании обоих родителей – 75 %. Но более значимым фактором риска развития астмы у ребенка, по данным многочисленных исследований, в большей степени все же является наличие аллергического заболевания у матери, нежели у отца [13], поэтому автор метода пришел к выводу, что целесообразнее проводить профилактику бронхиальной астмы в первую очередь с будущими мамами, уже имеющими это заболевание в своем анамнезе. Занятия включали в себя специальные дыхательные и звуко-дыхательные упражнения с элементами пения. Через некоторое время было замечено, что родившиеся дети, прошедшие пренатальную стимуляцию, опережают своих сверстников по всем психомоторным реакциям и меньше болеют.

Исследования, проведенные Управлением здравоохранения Набережных Челнов, где родилось более 30 тысяч детей, прошедших школу пренатального воспитания по методу «Сонатал» (В Набережных Челнах сонатал-кабинеты работают с 1995 года), также многочисленные исследования, проведенные в городах России, таких как Москва, Санкт-Петербург, Тюмень, Сургут, Сыктывкар, Соликамск, Магнитогорск, Самара, а также наблюдения в других Сонатал-центрах не только в России, но и за рубежом (Болгария, США, Великобритания, Китай, Греция, Литва, Эстония, Латвия, Казахстан) свидетельствуют о кардинальных изменениях всех показателей здоровья в сфере детства и материнства: протекание беременности без осложнений и патологий, улучшение состояния здоровья новорожденных, опережение психомоторного развития детей. В ходе многолетнего мониторинга автором метода М. Л. Лазаревым были получены следующие данные [12], представленные в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, показатель осложнения беременности у женщин, прошедших подготовку по программе пренатального воспитания (ПВ), в 2,5 раза ниже, чем у женщин, не получивших его (контрольная группа – КГ). Роды без патологий у первой группы (ПВ) отмечаются в 4,5 раз чаще по сравнению со второй группой женщин (КГ).

Таблица 1

Течение беременности и родов

	ПВ, %	КГ, %
1. Осложнение беременности	36	92,5
2. Роды без патологии	68	15

Физическое и психомоторное развитие детей, прошедших пренатальную подготовку, представлено в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Состояние здоровья новорожденных (%)

Группы здоровья	Группы детей	
	ПВ, %	КГ, %
I	24	3,7
II	76	70
III	0	26,3
заболеваемости детей в возрасте до 6 месяцев	7,20	17,77

Средние показатели психомоторного развития детей первого года жизни, прошедших пренатальное воспитание по системе «Сонатал»

Показатели	Сроки обнаружения признака	
	«Сонатал»	Средние показатели нормы
<i>Показатели психического развития</i>		
1. Улыбается	19 день	1 мес.
2. Следит глазами за погремушкой	1 мес.	1,5 мес.
3. Произносит первые слоги	5 мес.	6 мес.
4. Произносит первые слова	9 мес.	10–12мес.
<i>Показатели двигательного развития</i>		
1. Держит головку	16 день	3–4 нед.
2. Произвольное движение рук и ног	1 мес.	2 мес.
3. Берет сам игрушки	3 мес.	5 мес.
4. Переворот со спины на живот	3,5 мес.	5 мес.
5. Сидит с поддержкой	3,5 мес.	5 мес.
5. Сидит с поддержкой	3,5 мес.	5 мес.
6. Сидит самостоятельно	5,5 мес.	6 мес.
7. Стоит с поддержкой	7 мес.	8 мес.
8. Стоит самостоятельно	10 мес.	10 мес.
9. Ходит	11 мес.	11–12 мес.

Проанализировав данные таблицы 2, можно отметить тенденцию к улучшению показателей в группе детей, чьи мамы проходили пренатальную подготовку (ПВ), по сравнению с контрольной группой (КГ). Так, например, процент детей, заболевших в возрасте до 6-ти месяцев, почти в 2,5 раза ниже в группе, прошедшей пренатальное воспитание.

В течение первого года жизни ребенка также отмечается опережение в проявлении основных возрастных показателей. В целом, анализ нервно-психического развития детей показывает, что дети, которые прошли пренатальное воспитание по методу СОНАТАЛ, опережают своих сверстников по основным психомоторным реакциям (табл. 3).



В основе программы пренатального воспитания лежат специально разработанные звуко-дыхательные, вокальные, двигательные упражнения, сопровождаемые тактильными прикосновениями. Все песни «Сонатала» были написаны автором с учетом их влияния на пульс и дыхательную систему, при этом обращалось особое внимание на структуру мелодии и непосредственно на содержание самой песни. Необходимо также отметить, что при построении песенного материала автором также учитывались такие факторы как темпоритмы сердцебиения мамы и ребенка, биоритмы дня, которые начинают формироваться уже в пренатальный (внутриутробный) период.

В ходе разработки песенного репертуара автором метода были учтены физиологическое развитие и основные этапы внутриутробного формирования основных систем будущего ребенка. Вся программа разделена на 8 основных циклов:

1. «Музыка сердца» – в 1-ый месяц происходят 3 знаковых события: зачатие, имплантация и сердцебиение, поэтому программа направлена на актуализацию окружающих звуков, и, прежде всего, материнского и детского сердца, а также на стимуляцию и поддержку сердечной деятельности плода.

2. «Музыка воды» – во 2-ой месяц внутриутробного развития ребенок начинает двигать ручками и ножками и ощущать водную среду своего обитания, колебания околоплодных вод.

3. «Музыка дыхания» – примерно на третьем месяце у ребенка формируются первичные навыки дыхательных рефлексов: открывает рот, начинает формироваться голосовой аппарат, фиксируются первые попытки сосательных и глотательных навыков.

4. «Ритмы дня» – 4-ый месяц дородового детства – на данном этапе идет формирование независимого процесса пищеварения.

5. «Музыка движения» – примерно 16–18-ая неделя (5-ый месяц) – это время, когда мама начинает ощущать первое шевеление ребенка.

6. «Музыка общения» (игры) – 6–7-ой месяцы – подключаются зрительная и слуховая чувствительность (реакция на яркий свет, резкий звук), достаточная сформированность двигательного аппарата – все это дает возможность введения звуковых, тактильных, двигательных и световых игр.

7. «Музыка мысли» (развития) – 8–9-ый месяцы – продолжается развитие мозга, ребенок чувствует настроение матери и реагирует на него, начинает дифференцировать внешние звуки (различать их), совершенствуется слуховой аппарат, различает интонацию. В целом, ребенок уже готов к внеутробной жизни.

8. «Музыка родов» – 38–40-ая неделя – идет непосредственно психологическая подготовка к предстоящим родам, настрой на

благополучное разрешение беременности, готовность к грудному вскармливанию и т.д.

Так почему же именно пение, сопровождаемое двигательными движениями и тактильными прикосновениями, было выбрано в качестве инструмента воздействия на еще не рожденного ребенка? Взаимосвязь процессов, действующих на беременную женщину при пении, и влияние, происходящее при этом на ее будущего ребенка, представлена в таблице 4.

Таблица 4

**Процессы, происходящие при пении беременной женщины,
и влияние этого пения на ребенка**

Процессы, происходящие в организме беременной женщины	Влияние, оказываемое на будущего ребенка
1. Смена цикла окисления (ритмическое дыхание)	Улучшение тканевого обмена, кровообращения плода, стимуляция двигательной активности ребенка
2. Вибрационные процессы внутренней среды при пении (различные группы звуков воздействуют на определенные зоны организма)	Вибромассаж, на который реагируют все виды тканей
3. Движение диафрагмы	Реальный массаж через околоплодные воды, расслабление
4. Изменение гормонального (эмоционального) фона	Эмоциональное воздействие (эффект пренатального оживления)
5. Гемодинамические изменения (изменение скорости кровотока)	Улучшение кровообращения плаценты, а значит и улучшение питания тканей ребенка
6. Локомоторное перемещение в пространстве	Тренировка вестибулярного аппарата
7. Тактильное прикосновение к брюшной стенке	Сенсотактильное развитие через передачу образов

Автор метода также отмечает, что дети, чьи мамы прошли пренатальную подготовку по методу «Сонатал», имеют следующие показатели [12]:

- рождаются физиологически и эмоционально более зрелыми;
- опережают сверстников по всем психомоторным реакциям;
- более внимательны, отличаются хорошей памятью;
- отличаются более высоким иммунитетом;

– очень музыкальны, любят танцевать, много и с удовольствием рисуют.

У беременных женщин можно отметить:

– улучшение психоэмоционального состояния и состояния здоровья, легче протекают роды;

– улучшение лактации;

– феномен быстрой включенности в общение с детьми после их рождения.

Таким образом, можно говорить о том, что применение программы по методу «СОНАТАЛ» способствует улучшению самочувствия беременных женщин и их детей, снижает патологии беременности и родов, положительно влияет на качество и продолжительность лактации, снижает соматическую заболеваемость детей грудного и раннего возраста, что позволяет говорить о безопасности и высокой эффективности метода как для будущего ребенка, так и для беременной женщины.

С самых ранних сроков беременности необходимо способствовать, возможно, даже искусственно, созданию у беременной положительного эмоционального настроя [9]. Именно положительный фон влияет на формирование важнейшей системы мать-плацента-плод, которая способна не только «создать» здорового ребенка, но и подготовить женщину к благоприятному течению родов и к благополучному послеродовому периоду. Установлено, что систематическое использование пренатальной психологической поддержки полностью снимает высокий уровень тревожности, выявленный у большинства беременных женщин.

Установлено, что наиболее успешными в психопрофилактике и психокоррекции эмоциональных состояний беременных женщин являются техники с применением арт-терапевтических эффектов, таких, как: музыкальная терапия, рисуночная терапия, музыкально-двигательная терапия. Так, например, в результате применения музыкальной терапии наблюдается положительная динамика самочувствия беременных женщин, возрастает выносливость, нормализуется частота сердечных сокращений и уровень энергии, повышается процент благополучных родов по сравнению с контрольной группой [15].

В рамках инклюзивного образования данная технология в первую очередь работает в направлении профилактики возможных будущих отклонений здоровья новорожденных вследствие пренатальной гипоксии.

Раздел 2. Основные направления работы в рамках использования метода «Сонатал», метода «Интоники» для детей раннего возраста, метода «Здравствуй» для детей дошкольного возраста от 3-х до 7-ми лет

Основные направления работы в рамках использования метода «Сонатал»

Занятия с группами беременных женщин целесообразно проводить не реже 1 раз в неделю продолжительностью 50–60 минут. Каждое занятие организуется в соответствии со следующей структурой:

1. Проведение сонатал-теста до занятия (фиксация активности, вида и причины шевелений ребенка до занятия; пульс; частота дыхания; гипоксическая выносливость; цветовые предпочтения беременной женщины).

2. Ритуал приветствия: «Музыка, здравствуй!».

3. Музыкальная разминка.

4. Проведение дыхательной и звуко-дыхательной гимнастики.

5. Обсуждение и повтор пройденного на предыдущем занятии материала.

6. Изучение нового материала (2–3 песни) по следующему алгоритму: разучивание, подготовка сенсорных карт (на каждую песню выбирается характерный фрагмент, к которому готовится цветная партитура и рисуется соответствующий образ), проигрывание на музыкальном инструменте с одновременным прикосновением к брюшной стенке в соответствии с высотой пропеваемого звука, пространственное интонирование (перемещение в пространстве в соответствии с рисунком мелодии), обыгрывание песенного материала в соответствии с образом, сопровождающееся соответствующими образу прикосновениями.

7. Ритуал прощания: «Музыка, до свидания».

8. Проведение повторного сонатал-теста в конце занятия (фиксация активности, вида и причины шевелений ребенка после занятия; проверка пульса; частоты дыхания; цветовых предпочтений беременной женщины).

Применение песенной программы на примере цикла «Музыка общения»

Данная песенная программа направлена на формирование нескольких коммуникативных паттернов:

1. Звуко-игровые.

2. Тактильно-игровые.

3. Двигательно-игровые.

4. Свето-игровые.

Именно в этот период беременности тактильное общение с будущим ребенком становится особенно важным.

Пренатальные игры:

I: «Звуковые игры»

Игры со звуками–образами(имитация звуков)

Игры с музыкальными инструментами (погремушки, колокольчики и т.д.).

Игры со звуками природы.(Ветер – хмуриться. Гром – испугаться. Дождик – ежиться от влаги. Солнце – улыбаться).

II. «Тактильные и водно-тактильные игры»

«Ладушки».

«Идет коза рогатая» (щекотка, смех)

Игры с водой.

«Рельсы-рельсы».

III. «Двигательные игры»

«Мячик» (подскоки).

«Лошадка» (подскоки).

«Направо-налево».

Зарядка (встряхивание).

Бег с ускорением.

Вращения с периодической быстрой остановкой и т. д.

IV. «Световые игры»

«Светлячок» (включение фонарика в разных местах над животом).

«Светонотки» (включение фонаря на каждую пропеваемую ноту мелодии).

Воздействие, оказываемое при этом на будущего ребенка:

- введение дополнительных звуков для ребенка,
- формирование ориентационных рефлексов.
- Вестибулярная гимнастика (ориентация ребенка в пространстве).
- формирование внутреннего музыкального слуха

Песня	Программа
1. Шуршишки	на слова «шур-шур» производятся шуршащие звуки в противоположных сторонах живота. Выделяются шипящие звуки. Вариант. Звуки могут быть любые: целлофан, ложки (деревянные и металлические), колокольчик, посуда и прочее. При подборе других звуковых и шумовых инструментов пропеваются соответствующие слова (например, при использовании ложек — «тук-тук», при

	использовании колокольчика — «динь-динь»).
	Такт.образ: почесывающие прикосновения то с одной, то с другой стороны живота.
2. Колокольчик	Музыкальный инструмент — колокольчик. Производятся раскачивания всего тела из стороны в сторону. Песня может исполняться под аккомпанемент треугольника, на котором может сыграть папа или другие родственники. Такт.образ: прикосновения к животу (соответственно темпу и тексту песни), напоминающие колебания колокольчика.
3. Кукушки	голос «кукушки» должен раздаваться то с одной, то с другой (с помощью папы) стороны. Такт.образ: прикосновения к животу (соответственно темпу и тексту песни) то с одной, то с другой стороны.
4. Ладушки-ладошки	два хлопка в ладоши над животом, два легких хлопка по животу. После длительного выполнения игры (чередования хлопка и прикосновения к животу) можно иногда пропускать либо хлопок, либо прикосновение. Малыш будет постепенно сам прикасаться к животу в момент пропуска Вами прикосновений.
5. Коза рогатая	Начинается исполнение песни очень тихим голосом. Затем громкость усиливается, и, наконец, на слова «забодает...» голос становится все более громким и производится прикосновение к животу.
6. Буль-буль, водичка	Игра с водой (бульканье воды перед животом).
7. Праздник движения	Знакомство Вас и Малыша с особым видом движений кистями рук и всего тела, сливающихся воедино с речью, имитирующих течение и звуки реки.
8. Ляля	Песня исполняется в вальсовом движении. Игровым элементом является резкое изменение в направлении вращения и траектории движения по комнате.
9. Светлячки	Производятся включения фонарика с разных сторон живота в соответствии со словами песни (Световые игры)
10. Фамилия	Между фразами произносится своя фамилия. Несколько жестов на звуки своей фамилии: рука вверх, к себе, на

	живот, вперед. На сольфеджио – интонирование собственным телом. Приседание на низкие звуки и подъем на высокие. Закрепление предродовой (тазобедренной) позиции. Игровым элементом является изменение высоты перемещения тела во время двигательного интонирования.
11. Семья	интонирование - пространственное перемещение в зависимости от музыкального рисунка
12. Праздник улыбки	Два варианта сопровождения: а) тактильное сопровождение — прикосновения к животу пальцами рук (рыбка плышет); б) двигательное сопровождение — имитация движений плывущей рыбки всем телом.

Также в рамках проводимых занятий рекомендуется проводить тематические беседы с беременными женщинами на волнующие их темы, например:

1. «Дородовое детство» – об этапах развития ребенка в его дородовый (пренатальный) период, о важнейших периодах в формировании ребенка, о материнских эмоциях и их возможном влиянии на будущего ребенка, о влиянии музыки на развитие ребенка.

2. «Мама. Какая я?» – обсуждение возможных стилей детско-родительских отношений, рассмотрение типичных ситуаций, моделей и подходов в общении с ребенком.

3. «Мама + малыш» – этапы физического и психоэмоционального развития ребенка после рождения, основные рефлексии и связанные с ними возможности, взаимодействие с ребенком после рождения и т.д.

4. «Все ли готово...?» – беседа о важности и необходимости грудного вскармливания, тесного тактильного контакта мамы и ребенка, разговор о том, что необходимо подготовить для отправки в роддом и т.д.

Основные направления работы в рамках использования метода «Интоника» для детей раннего возраста

Занятия проводятся с группой детей раннего возраста до 3-х лет и в первую очередь направлены на развитие адаптационной способности ребенка в условиях смены социальной ситуации и повышение уровня развития ориентировочно-познавательных действий [11]. Данная методика с успешно

применяется в рамках работы инклюзивных групп. Каждое занятие проводится в соответствии со следующей структурой:

1. Ритуал приветствия: «Музыка, здравствуй!»
2. Темпо-ритмическая разминка: отстукивание ритма с использованием различных музыкальных и шумовых элементов.
3. Двигательная разминка.
4. Повтор пройденного на предыдущем занятии материала.
5. Разбор нового материала (1 песня) по следующему алгоритму: разучивание, обработка сенсорной карты (разноцветная партитура и соответствующий образ), выкладывание на «Цветостане», прохождение по «Цветолесенке», проигрывание на музыкальном инструменте с помощью мамы либо самостоятельно, образное обыгрывание песенного материала.
6. «Мячики»: разминка на фитболах.
7. Элементы дыхательной и звуко-дыхательной гимнастики.
8. Ритуал прощания: «Музыка, до свидания».

Также в рамках проводимых занятий целесообразно проводить тематические беседы с родителями, например, на следующие темы:

1. «Что и как я могу?» – об умениях и навыках детей, соответствующих различным возрастным периодам; о зоне ближайшего развития; о возрастных новообразованиях; о том, на что нужно обратить особое внимание, о нормах и аномалиях в развитии.
2. «О детском развитии...» – о целях раннего включения (цели и методы инклюзивного образования), о развивающей среде, о методиках детского развития, их сильных и слабых сторонах.
3. «Кто в доме главный?» – разговор об основных стилях отношений родителей и их детей, о способах общения с ребенком, об активном слушании, о кризисе 3-х лет, его проявлениях и выходах из него.
4. «Готовимся к детскому саду» – о том, как и что нужно рассказать ребенку о детском саду, о необходимости умений играть со сверстниками, о понимании ребенком таких понятий, как «мое-чужое-наше», о режимных моментах, о продолжительности адаптационного периода.

Основные направления работы в рамках использования метода «Здравствуй» для детей дошкольного возраста от 3-х до 7-ми лет

Занятия по данной программе в первую очередь направлены на формирование понятия о здоровом образе жизни у детей, расширение общего кругозора детей и улучшение уровня развития ориентировочно-познавательной деятельности детей, соответствующей выбранному возрастному периоду. За основу была принята авторская программа

М. Л. Лазарева «Здравствуй» [10], которая была адаптирована к условиям работы в рамках инклюзивных групп. При работе необходимо обратить более пристальное внимание аспектам социализации и самоактуализации.

Каждое занятие проводится в соответствии со следующей структурой:

1. Ритуал приветствия: «Музыка, здравствуй!»
2. Упражнение «Здесь и сейчас», направленное на концентрацию внимания (направление внимания ребенка на собственные ощущения себя в данный момент, настрой внимания на предстоящее занятие).
2. Тематическая сказка, сопровождаемая музыкальными фрагментами и танцевальными движениями, с элементами театрализации (использование кукол, костюмов, характерных атрибутов).
3. Интонационная гимнастика: вертикальное перемещение тела по интонационному рисунку мелодии, записанному на «Цветостане».
4. ИЗО: рисунок или поделка по изучаемой теме.
5. Игры с элементами психотехники, соответствующие теме занятия («Поздоровайся как ...», «Круг здоровья», «Угадай походку» и т.д.).
6. «Картина здоровья»: замена «ноток болезни» на «нотки здоровья», в соответствии с цветом изучаемой сферы.
7. Упражнение «Психологический настрой», направленное на самопогружение.
8. Ритуал прощания: «Музыка, до свидания».

Также в рамках занятий целесообразно проводить тематические беседы с родителями на следующие темы:

1. «Здоровячок» – о методе, целях, программе занятий по методу «Здравствуй», о роли семьи в формировании представлений ребенка о здоровом образе жизни, об отношении семьи к проблеме детей с ОВЗ.
2. «Помоги мне это сделать самому...» – о детской самостоятельности и возможности ребенка самому получать жизненный опыт, о необходимости четких правил, принятых в семье; о создании среды, доступной для ребенка.
3. «Почему дети нас не слышат» – о стилях и способах общения с ребенком, о послушании детей, о безусловной любви к ребенку; об умении слушать и слышать своего ребенка.
4. «К чему стремиться...» – об умениях и навыках, соответствующих разным возрастным периодам, о зоне ближайшего развития, о возрастных новообразованиях, о том, на что следует обратить внимание (по результатам обследования детей).

Раздел 3. Показатели готовности детей с ОВЗ разных категорий к обучению в условиях инклюзивного образования

Возможность образовательной и социальной адаптации ребенка, критерии его «готовности» к интегрированному или инклюзивному обучению и воспитанию определяются собственно особенностями развития ребенка, в частности, уровнем и зрелостью развития регуляторной, аффективной и когнитивной составляющей психического развития.

Анализ психического развития ребенка дает возможность оценить уровень сформированности познавательной деятельности в целом. Учет благоприятных и неблагоприятных факторов, влияющих на развитие детей, позволяет достаточно уверенно прогнозировать особенности адаптации ребенка в образовательной среде, его потенциальную возможность обучения и воспитания.

В целом, можно выделить четыре типа отклоняющегося развития [14]:

1. Недостаточное развитие.
2. Асинхронное развитие.
3. Поврежденное развитие.
4. Дефицитарное развитие.

Показатели готовности детей с вариантами недостаточного развития к обучению в условиях инклюзивного образования

Среди причин возникновения разных вариантов этого типа – от выраженных органических поражений ЦНС, в том числе и генетически обусловленных, до неярко выраженной специфики функциональной организации мозговых систем и социальных условий развития у детей будут наблюдаться, в первую очередь, проблемы регуляторного и когнитивного плана осложняющиеся, безусловно, спецификой формирования аффективно-эмоциональной сферы.

Категория детей с этим видом недостаточности будет демонстрировать грубую недостаточность и произвольной регуляции деятельности, и пространственно-временных представлений. У детей, относимых к этой категории, будет наблюдаться и специфика формирования аффективной организации поведенческо-эмоциональных проявлений.

Выделяется три варианта тотального недоразвития:

- *простой уравновешенный;*
- *аффективно-возбудимый;*
- *тормозимо-инертный.*

Для **простого уравновешенного варианта** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования.

Самостоятельный контроль за результатами собственной деятельности малодоступен. Иногда ребенок с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает алгоритм задания, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления его деятельность становится выражено импульсивной.

Критичность ребенка к результатам своей деятельности чаще всего грубо снижена, хотя он адекватно реагирует на похвалу или неодобрение со стороны взрослых. Темп обучения значительно замедлен. Страдают «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, значительно снижен уровень понятийного мышления. При работе с родителями делается акцент на разъяснительной работе и включении матери или лица, ее заменяющего, в работу по развитию ребенка.

В большинстве случаев необходима психотерапевтическая поддержка семьи.

При данном варианте тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При адекватно подобранных темпах и программах развития и, самое главное, адекватной образовательной программе образование и социальная адаптация будут удовлетворительными.

В дошкольном возрасте можно говорить об инклюзивном образовании, поскольку поведенческие проблемы представлены у этой категории детей в минимальном объеме.

Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития характеризуется, в первую очередь, выраженной импульсивностью – достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом при явном интеллектуальном дефиците. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети, как правило, быстро пресыщаются, а на фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера.

В целом, дети этой категории демонстрируют более низкие результаты выполнения тех или иных действий и заданий по сравнению с детьми с простым уравновешенным типом в силу более грубого недоразвития регуляторных функций и выступающих на первый план поведенческих проблем. Среди этой категории детей значительно чаще встречаются дети с

органическими заболеваниями и ранними повреждениями ЦНС. Эти факторы негативно сказываются и на актуальном состоянии ребенка, и на прогнозе его развития в целом.

Снижение показателей адекватности и критичности характерно для всех детей с тотальным недоразвитием, однако для детей с аффективно-возбудимым вариантом эти характеристики наиболее ярко выражены.

Обучаемость новым видам деятельности грубо замедлена, как и темп обучения, в том числе из-за неадекватности, некритичности ребенка к результатам собственной деятельности, и отсутствия мотивации к работе. Познавательная деятельность характеризуется не только тотальным недоразвитием всех ее компонентов, но и отмечается низкая результативность выполнения как вербальных, так и невербальных заданий: ребенок работает методом хаотических проб и ошибок, что не может не сказаться на результатах выполнения заданий.

В целом при раннем начале коррекционной работы всеми специалистами возможно фронтальное обучение в адекватном возможностям ребенка виде образовательного учреждения (специальная коррекционная школа VIII вида, индивидуальное обучение и т.п.). В этом случае прогноз социальной адаптации может быть даже удовлетворительным.

Учитывая грубое недоразвитие как регулятивного компонента деятельности, так и когнитивного, инклюзивное образование в целом для детей этой категории оказывается практически невозможным, а парциальная интеграция допустима при сопровождении тьютора или иного сопровождающего ребенка лица.

При **тормозимо-инертном варианте** тотального недоразвития, помимо выраженных проблем формирования всех сторон познавательной деятельности, наблюдается и значительная вялость, заторможенность, инертность и низкий уровень психической активности в целом. Достаточно часто при этом типе отклоняющегося развития в качестве причин выявляется специфическое органическое поражение ЦНС – эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома. Это, в свою очередь, приводит к формированию истинной инертности, ригидности, тугоподвижности.

Для этого варианта развития наиболее специфичны низкий темп деятельности, выраженная инертность, склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. В то же время ребенок одновременно легко отвлекаем. Порой создается впечатление достаточной адекватности ребенка, но при тщательном анализе видно, что в целом адекватность явно недостаточна, хотя ее формирование лучше, чем при аффективно-возбудимом варианте. Иногда создается ошибочное впечатление достаточной критичности ребенка (может быть, за счет

трудности вхождения в контакт, инертной привязанности к матери). В целом критичность к результатам своей деятельности значительно снижена, равно как и критичность к самой ситуации обследования.

Обучаемость новым видам деятельности выраженно снижена именно в силу инертности деятельности в целом. По этой же причине существенно затруднен и перенос освоенных навыков на аналогичный материал. В целом развитие познавательной деятельности у детей этой категории наряду с общими характеристиками, свойственными виду в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью, высокой тормозимостью всех психических процессов.

Как и при других вариантах тотального недоразвития отмечается значительное снижение и продуктивности, и результативности выполнения заданий вербального и невербального характера. С возрастом более отчетливо на первый план выступает именно когнитивная несостоятельность ребенка, оставляя на втором плане поведенческие. Ребенок с этим вариантом тотального недоразвития при обучении по программе СКОШ 8-го вида может быть интегрирован в рамках дополнительного образования в среду обычных сверстников, а ребенок дошкольного возраста – может посещать и инклюзивную группу ДООУ, при условии создания специального психолого-педагогического сопровождения.

Показатели готовности детей с вариантами искаженного (асинхронного) развития к обучению в условиях инклюзивного образования

Искаженное развитие как частный случай асинхронного развития связано с нарушением основного принципа развития – нормативной гетерохронии. В ситуации асинхронии развития наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как в формировании отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем и их взаимодействия. Следует отметить, что асинхрония развития присуща самым различным категориям выделяемых типологических таксонов (за исключением варианта истинно задержанного развития), то есть не является специфичной именно для данного типа отклоняющегося развития.

Можно говорить о следующих видах асинхронного развития:

- Дисгармоничное развитие.
- Одаренность.
- Искаженное развитие.
- Дезинтегративное развитие.

Выделяется три варианта искаженного развития:

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;
- искажение преимущественно когнитивной сферы;
- мозаичные варианты искаженного развития.

В основе **варианта искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы** лежит «тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим, стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» [14; 20]. Этот вариант расстройств в литературе носит название **ранний детский аутизм (РДА)**.

По классификации О.С. Никольской, все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к *четырем группам*, которые различаются спецификой сформированности всей системы аффективной организации поведения и сознания, что и проявляется в феноменологии [18].

Специалистами выделяются наиболее общие черты уже сложившегося синдрома этого расстройства [3]:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении, выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; наличие в поведении ребенка однообразных действий – моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;
- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица, специфика интонаций), суть которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации»;
- чрезвычайно ранние проявления этого психического состояния.

С самого рождения специалисты могут увидеть его «особость», признаки искажения норм развития.

Особенности развития и поведения детей **1-ой группы** отмечаются уже в раннем возрасте. Со слов родителей такой ребенок с раннего возраста поражал окружающих своим «внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица». Он был спокоен, «удобен» «...достаточно пассивно подчинялся всем режимным требованиям, был пластичен и податлив манипуляциям мамы, покорно принимал нужную позу у нее на

руках. Он рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки сам не просился» [3].

Для детей характерны проявления полевого поведения, ребенок отрешен, автономен, не вступает в контакт не только с чужим человеком, но с близкими, не откликается на обращение и зов, но, в то же время, может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, хотя и отсрочено по времени. Характер деятельности, ее целенаправленность трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Создается впечатление абсолютной произвольности поведения, зависимости от поля внешних предметов и стимулов в целом.

Оценить обучаемость ребенка также достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить. Но произвольно «вызвать» повторение – практически не удастся. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции.

Совершенно очевидно, что именно искажение и «поломка» в развитии уровневой структуры аффективной организации на самых глубоких уровнях [18] и является специфичным для данной категории детей.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации таких детей представляется нам чрезвычайно сложным. Он будет зависеть от своевременности начатой психолого-педагогической и медицинской помощи.

Такой ребенок может быть интегрирован в рамках дошкольного образования или внеучебной деятельности в школе в группу обычных детей только при создании условий его психолого-педагогического сопровождения

Особенности раннего развития детей так называемой *2-й группы* протекает куда более драматично, и проблем, связанных с уходом за такими детьми, значительно больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе и с близкими.

Уже в раннем возрасте у детей этой группы проявляются достаточно сложные и разнообразные стереотипные формы аутостимуляции. Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие – они напряжены, скованы в движениях, но при этом демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе

стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет.

Произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже не впечатлениями, идущими от поля внешних стимулов, но собственными стереотипными способами аутистической защиты. Оценить обучаемость ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации и они не переносятся в какие-либо другие ситуации.

Искажение в развитии всей уровневой структуры аффективной организации является специфичным и для данной категории детей. Но здесь контакт с миром уже есть. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации будет зависеть как от своевременности начатой психолого-педагогической, так и медицинской, в том числе медикаментозной помощи и включенности семьи в коррекционную работу. Возможность интеграции ребенка в таком состоянии вызывает много сомнений в ее целесообразности. Обучение такого ребенка в школе возможно по программе СКОШ 8-го вида, в силу грубой неравномерности психического развития ребенка в целом.

Специфичным для раннего развития детей *3-й группы* является снижение порогов восприятия – возникает так называемая сенсорная ранимость. В первые месяцы жизни наблюдается беспокойство, напряженность. Отмечается повышенный тонус. Двигательное беспокойство ребенка может сочетаться с отсутствием ощущения «опасности края». При этом онтогенетически типичный страх чужого лица в определенном возрасте порой не возникает вообще. Иногда возникает впечатление бесстрашия ребенка.

Такой ребенок в речевом отношении может опережать сверстников: первые слова нередко появляются до года, быстро растет словарь, фраза быстро становится правильной и сложной, а в целом речь малыша удивляет своей взрослостью. Но родители отмечают, что, несмотря на такую речь, поговорить с ним невозможно.

Моторное развитие также специфично: дети моторно неловки, отмечают нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство. В частности, всегда поражает несоответствующая интеллектуальному уровню бытовая

неприспособленность, невозможность выработать простые навыки самообслуживания (как показатель именно искажения этой сферы).

Все компоненты их произвольной регуляции недостаточно развиты. Они не в состоянии соотносить свое поведение и регулировать его в соответствии с требованиями окружающей обстановки (ситуации).

Оценка адекватности детей представляется как недостаточная. Они демонстрируют неадекватность даже в процессе доброжелательного взаимодействия, а речь и соответствующая ей деятельность не ориентированы на реакцию собеседника, оторваны от ситуации взаимодействия, от ее темы и контекста.

Критичность также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, ошибок своих они не замечают и могут некритично отстаивать свое решение. Наименее критичны дети к своим стереотипным агрессивным переживаниям, изощренным рассуждениям о своей мести кому-либо и т.п.

Дети этой категории могут легко обучаться сложным вещам (например, сложным видам вычислений или чтению сложных по своей структуре текстов), но в то же время с трудом обучаться элементарным навыкам (графическим навыкам, навыкам самообслуживания, включая даже завязывание шнурков и т.п.). У них наблюдаются выраженные трудности обучения, связанные с пониманием условностей, скрытого смысла рассказов, подтекстов и метафор.

Развитие мыслительной деятельности наиболее искажено. Ребенок может понять закономерности и причины чего-либо абстрактно сложного, но в то же время не соотносить все это с действительностью. Сфера пространственных, пространственно-временных представлений сформирована неравномерно, чаще всего выражено недостаточен уровень телесных интеграций. В то же время, результативность выполнения перцептивно-логических заданий может быть достаточно высокой. Могут наблюдаться и легкие проявления искажения мыслительной деятельности.

Именно аффективно-эмоциональная сфера (и стоящая за ней аффективная организация) оказывается максимально «затронутой» при данной форме искаженного развития. На первый план выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими. Буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, определенная наивность, доходящая до гротескной, непонимание юмора и шуток, метафоричности высказываний и выражений свидетельствует о грубой недостаточности уровня эмоционального контроля.

Для детей, относимых к *4-й группы РДА*, характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость, ощущение несостоятельности, необходимость

постоянной поддержки со стороны взрослых. При этом дети, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы поведения в обществе. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери.

Характер их деятельности нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне, тем более невозможна собственно аффективная саморегуляция.

В целом они демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки со стороны близких. На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипы. В то же время собственно в общении, оценке ситуаций и юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих они оказываются выражено неадекватными. Отсюда подобная неадекватность проявляется практически в любой ситуации взаимодействия с детьми и взрослыми.

Им свойственна чрезмерная критичность, особенно по отношению к результатам собственной деятельности. Обучаемость может быть достаточной, но часто несколько замедлена не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики понимания условностей, невозможности понять метафоризации, свойственной нашей культуре.

Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации детей 3-й и 4-й групп будет зависеть не столько от огромного числа объективных факторов, сколько от собственных ресурсных возможностей ребенка. Большую роль играет подбор эффективной медикаментозной терапии и своевременность начатого лечения. Уровень и особенности развития базовых составляющих психического у ребенка 3-й и 4-й группы (по О.С. Никольской) уже позволяет ему быть включенным в среду обычных сверстников более интенсивно. Такой ребенок при инклюзивном образовании требует сопровождения тьютора, как в ДОУ, так и в СОШ, при обязательном

специально созданном психолого-педагогическом сопровождении. При благоприятных обстоятельствах и оптимально созданных условиях дети могут достаточно успешно закончить среднюю общеобразовательную школу.

Показатели готовности детей с вариантами поврежденного развития к обучению в условиях инклюзивного образования

К поврежденному относятся варианты отклоняющегося развития, возникающие при патологическом повреждающем воздействии, когда значительная часть функциональных психических систем уже была сформирована до момента повреждения и психическое развитие имело определенный период условно нормативного. Принято считать, что феномены повреждения возникают только при воздействии повреждающих факторов после возраста 2,5–3 лет. Именно фактор возраста, при котором возникло повреждение, играет огромную роль, поскольку длительность формирования той или иной психической функции или системы различна.

Отсюда определяются дифференциально-диагностические признаки повреждения или недостаточности развития.

Таким образом, психические системы и функции, имеющие достаточно длительный период развития при повреждении до 2,5–3-х лет, окажутся несформированными (что сближает феноменологию детей с подобным ранним повреждением ЦНС и детей с тотальным недоразвитием), а функции, имеющие короткий период развития и формирующиеся относительно рано, будут поврежденными (к ним можно отнести все виды восприятия, двигательные функции и некоторые другие).

В качестве одного из основных, определяющих специфику развития ребенка и необходимой ему помощи, показателей следует считать и объем повреждения.

Помимо этого, психологическая специфика поврежденного развития будет также определяться:

- локализацией повреждения как одного из наиболее значимых факторов;
- временем (возрастом) повреждающего воздействия;
- периодом, прошедшим после повреждения (стажем заболевания);
- наличием или отсутствием в связи с этим общемозговых реакций;
- особенностями психического и физического развития, предшествующими повреждению (преморбидные особенности).

Рассматривая объем повреждения как наиболее существенный и системообразующий фактор (в ситуации повреждения ЦНС, других соматических систем организма ребенка), а также учитывая, что возможно и

не только физическое повреждение, но и психическая травма, мы можем разделить тип поврежденного развития на два вида):

- Развитие после органического повреждения центральной нервной системы;
- Развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы.

В свою очередь, психическое развитие после органического повреждения центральной нервной системы можно рассматривать в двух вариантах:

- локально поврежденное развитие;
- диффузно поврежденное развитие.

Количество факторов, определяющих «рисунок» поведения и особенности познавательной деятельности и аффективно-эмоциональный компонент жизни ребенка, очень велико. Если повреждение произошло в возрасте, когда еще не сформированы высшие уровни базовой структурной организации, будет наблюдаться и недостаточная сформированность отдельных составляющих психического развития ребенка. Это осложняет процесс компенсации и адаптации ребенка в целом.

Очевидно, что чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние ребенка и сильнее влияние общемозговых проявлений на характеристики продуктивной активности, целенаправленности, темпа и работоспособности в целом.

При варианте *локально поврежденного развития* (сюда следует отнести, в первую очередь, психическое развитие в ситуации локально очерченных травм, разнообразных опухолей, ограниченных кровоизлияний, очагов эпилептической активности, кист и т.п.) объем так называемых «общемозговых проявлений», как правило, будет меньшим и, вследствие этого, общий прогноз развития ребенка будет более благоприятным (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода).

Характерной особенностью для этого вида отклоняющегося развития следует считать «мозаичность» феноменологической картины познавательной деятельности. Тем не менее, наиболее часто оказывается недостаточной мнестическая деятельность и операциональные характеристики деятельности.

В эмоционально-личностном плане также может наблюдаться самый широкий спектр проявлений от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений. Следует отметить, что практически любое подобного рода повреждающее воздействие следует рассматривать еще и как психическую травму (особенно в подростковом возрасте) – неверие подростка в возможность полного выздоровления, наплевательское отношение к своему здоровью и т.п. В этом случае может

наблюдаться сложный «микст» между последствиями самого повреждения и особенностями аффективно-эмоциональной сферы, личности подростка в ситуации переживания подобного травматического опыта.

При неблагоприятных ситуациях развития детей этой категории вероятен неблагоприятный прогноз развития. Такие дети, как правило, могут быть включены в общую систему образования только по прошествии «острого» периода после повреждения, когда работоспособность и продуктивность деятельности будут относительно восстановлены. При этом крайне необходимо создание индивидуального образовательного плана, с учетом возникших особенностей деятельности, учет темпа, работоспособности и других операциональных характеристик деятельности. В противном случае такой ребенок школьного возраста нуждается в надомной форме обучения.

К *варианту диффузно поврежденного развития* часто приводят такие заболевания, как: тяжелые, прогрессирующие формы гидроцефалий, перенесенные менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга – сотрясения или ушиб мозга, выраженный эписиндром, возникший после 3–3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и т.п.

Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерными для диффузно поврежденного типа развития, являются, в первую очередь, изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Наблюдаются грубые колебания работоспособности, общее ее снижение вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности.

Как правило, регуляторные функции оказываются выражено поврежденными или же значительно недосформированными (последнее зависит от возраста, когда произошло это повреждение, и от времени, прошедшего с момента повреждения), что проявляется как в трудностях регуляции собственной психической активности в целом, так и собственно в трудностях программирования и контроля деятельности.

Анализ специфики базовой структурной организации показывает, что чем позже возникло повреждение, тем более сформированными на момент повреждения оказывается вся базовая структура, в особенности ее высшие уровни, и тем больше они способствуют реабилитации состояния ребенка.

Прогноз в большинстве случаев в целом менее благоприятен, чем при локально поврежденном развитии, но чрезвычайно разнообразен, и зависит об огромного числа факторов, в том числе и компенсаторных возможностей ребенка. Поэтому возможна как практически полная компенсация повреждения, так и формирование органической (в том числе

эпилептической) деменции. Именно эти особенности и определяют ограничения при выборе инклюзивного обучения и воспитания ребенка.

При инклюзивном обучении необходимо создание индивидуального образовательного плана, включая и программу психолого-педагогического сопровождения, что уже позволяет ему быть включенным в среду обычных сверстников более интенсивно. Такой ребенок при инклюзивном образовании требует сопровождения тьютора, при обязательном специально созданном психолого-педагогическом сопровождении, при условии дозирования времени и особого режима посещения среды обычных сверстников.

Показатели готовности детей с вариантами дефицитарного развития к обучению в условиях инклюзивного образования

В рамках *дефицитарного развития* в соответствии с имеющейся в коррекционной (специальной) педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с различной степени отклонениями в формировании сенсорных (в первую очередь, слуховой и зрительной) и двигательных (особенности функционирования опорно-двигательного аппарата) функций. В отдельную категорию (вид) дефицитарного развития имеет смысл выделить детей с *сочетанными (множественными) нарушениями (сложным дефектом)*, когда эти отклонения присутствуют в различных сочетаниях, иногда с присоединением дисфункций других психических и соматических систем ребенка.

Основной критерий выделения данного типа отклоняющегося развития – наличие возникшей в раннем возрасте (или даже пренатально) недостаточности отдельных анализаторных систем, в том числе проприоцептивной системы, ее центрального звена (недоразвитие опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе).

То есть с раннего возраста у ребенка наблюдается дефицит (разной степени выраженности и модальности) информации, поступающей через соответствующий «дефицитарный» анализатор. В случае анализа двигательных нарушений к недостаточности проприоцептивного анализатора присоединяется и недостаточность моторного компонента деятельности (что значительно осложняет процесс развития ребенка и работу специалистов). Формируется своеобразный тип психического развития, специфичный для дефицитарных по различным модальностям психофизиологических систем.

Случаи *позднего повреждения* различных анализаторных систем традиционно рассматриваются в рамках дефицитарного развития, хотя строго по всем критериям они должны быть отнесены к категории *локально поврежденного развития*. Это важно, например, в ситуации

дифференциальной диагностики истинно детского церебрального паралича и маскирующихся под ДЦП более поздних нарушений двигательной активности.

Такое разграничение имеет принципиальное значение для оценки степени интеллектуальной «сохранности», которая в последнем случае гораздо выше и не только позволяет по-иному строить образовательный маршрут, но и дает более благоприятный прогноз дальнейшего развития.

Следует также отметить, что в рамках типологического прогноза можно предположить существование большого разнообразия вариантов и форм каждого из видов дефицитарного развития, к которым следовало бы относить не только детей с вариантами различной дефицитарности сенсорных и опорно-двигательной систем, но и детей с дефицитарностью иных систем (например, различными иммунодефицитами, врожденной дефицитарностью болевой и холодовой чувствительности и т.п.). Возможно, со временем дети этих категорий также войдут в образовательное пространство и потребуют специальной психологической помощи.

Все разнообразие *дефицитарного развития* может быть представлено следующими видами:

- *дефицитарность дистантных анализаторных систем (слуха и зрения).*
- *дефицитарность опорно-двигательного аппарата.*
- *сочетанная (множественная) дефицитарность.*

Существует и дальнейшая, значительно более дробная дифференциация в рамках каждого из вариантов дефицитарного развития.

Дети с *дефицитарностью слухового восприятия* – категория, разнообразная по степени слухового дефекта и уровню речевого развития.

Разнообразие в речи детей обусловлено сочетанием следующих факторов:

- 1) степенью нарушения слуха;
- 2) временем возникновения слухового дефекта;
- 3) педагогическими условиями, в которых находился ребенок после появления слухового нарушения;
- 4) индивидуальными особенностями ребенка (приводится по психолого-педагогической классификации Р.М.Боскис).

В соответствии с этими критериями Р.М. Боскис выделила две основные категории детей с недостатками слуха глухие и слабослышащие [22].

Глухие (неслышащие) – дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладеть ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети без речи –

ранооглохшие, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития. Вторая категория – дети с речью – *позднооглохшие*, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована.

Слабослышащие – дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие, хотя бы в минимальной степени. Состояние слуха слабослышащих детей характеризуется большим разнообразием: от небольшого нарушения восприятия и понимания шепотной речи до резкого ограничения восприятия и понимания речи разговорной громкости. В зависимости от состояния речи выделяются две категории слабослышащих детей:

- *слабослышащие дети с тяжелым недоразвитием речи* (отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи);

- *слабослышащие дети с незначительным недоразвитием речи* (владеют развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении).

В зависимости от тяжести нарушений слуха, наличия предварительной (начиная с раннего возраста) коррекционной работы, специальной работы сурдопедагога и создания специальной системы психолого-педагогического сопровождения дети с нарушениями слуха могут быть включены в массовый класс и массовую группу ДОО, поскольку параметры развития познавательной, регуляторной и аффективной сфер позволяют им обучаться в среде обычных сверстников.

В рамках предлагаемой типологии позднооглохших детей можно отнести к категории *локально поврежденного* типа развития (когда повреждающий фактор вне зависимости от его этиологии и выраженности воздействует после того, как системообразующая группа функций – в данном случае речемыслительная деятельность – в основном уже сформировалась).

К категории детей *с нарушениями зрения* в тифлопсихологии относят слепых, слабовидящих и детей с амблиопией (оптически некорректируемое, функциональное снижение остроты зрения) и косоглазием [21]. Помимо этого среди нарушений зрения выделяются:

- миопия (близорукость);
- нистагм;
- частичная атрофия зрительного нерва и др.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей: *слепорожденные* и *ослепшие*.

Слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте *до трех лет*.

Эта категория дефицитарности зрения детей (детей этой категории также называют слепыми или, что более социально адекватно – незрячие) объединяет детей с визусом «0» и светоощущением и детей, имеющих остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков. Среди незрячих детей выделяют также следующие категории:

– *Абсолютно, или тотально, слепые* – дети с полным отсутствием зрительных ощущений;

– *Частично, или парциально, слепые* – дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

– *Слабовидящие* – дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущения, периферического и бинокулярного зрения).

Остаточное зрение нельзя рассматривать только как крайнюю степень ослабления нормального зрения. Оно представляет некоторое интегральное свойство глубоко поврежденной зрительной системы, особенностью которого является неравнозначность нарушений различных зрительных функций, лабильность и неустойчивость отдельных компонентов и зрительного процесса в целом, тенденция к наступлению быстрого утомления [21]. Главное отличие данной категории детей от незрячих детей: зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

Среди всех вышеперечисленных тяжелых нарушений зрения именно эти дети могут обучаться в условиях инклюзивного образования. При этом необходимо создание специальных условий, соответствующего психолого-педагогического сопровождения и т.п.

Развитие в условиях **дефицитарности опорно-двигательного аппарата**. Как и в предыдущих случаях, нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить и врожденный, и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что дифференцирует эту категорию детей на *дефицитарный* и *поврежденный* варианты развития) отмечаются следующие варианты патологии опорно-двигательного аппарата [16]:

1. Детский церебральный паралич;
2. Другие варианты *дефицитарности ОДА*.

К последним относят:

- заболевания нервной системы;
- последствия полиомиелита;
- прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (миопатии, мышечные дистрофии, рассеянный склероз и др.);
- врожденная патология опорно-двигательного аппарата;
- приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата;
- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит;
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) и др.

При всем разнообразии врожденных или рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является собственно двигательный дефект. При заболеваниях, связанных с ранним или врожденным повреждением ЦНС, у большинства детей наблюдаются сходные проблемы, когда двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, спецификой формирования познавательной деятельности в целом.

Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89%) [16].

На настоящий момент используется классификация форм детского церебрального паралича, разработанная К.А. Семеновой (1968).

Согласно этой классификации выделяются следующие формы ДЦП:

- спастическая диплегия;
- гемиплегия;
- астатически-атоническая форма ДЦП;
- гиперкинетическая форма ДЦП;
- тетраплегия (двойная спастическая диплегия).

Основные особенности детей с ДЦП определяются тем, что общая логика психического развития нарушена вследствие специфики повреждений ЦНС. «Ранний органический дефект центральной нервной системы, составляющей основу ДЦП, обуславливает сложное сочетание двигательных и психических недостатков, что и составляет специфическую структуру психического дизонтогенеза при этом заболевании» [23]. При этом у детей с ДЦП имеет место не только замедленный темп психического развития, но и значительная неравномерность в развитии психических функций. Это нарушение развития церебрально-органического генеза «включает следующие основные варианты: локальный дизонтогенез отдельных

психических функций; нарушения умственной работоспособности; нарушения произвольной регуляции психической деятельности; специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала» [23].

Патологическую основу дефицитов познавательной деятельности у детей с ДЦП «составляет парциальная системная ретардация и патологическая гетерохрония развития мозга в целом в сочетании с различными неврологическими и психопатологическими синдромами, обусловленными ранним органическим поражением ЦНС» [23].

Прогноз развития и адаптации зависит от множества факторов (как медицинского, так и социального характера), в том числе адекватности выбранного образовательного маршрута и объема нагрузок на ребенка в целом. При анализе условий, необходимых для инклюзивного обучения детей с ДЦП, необходимо учитывать следующее: низкий темп и недостаточную продуктивность деятельности в целом; недостаточную критичность, адекватность, в том числе в поведении; трудности понимания длинных, быстрых и тем более сложно организованных инструкций, необходимость их повторения; невысокую обучаемость, трудности переноса способов действий; явную неравномерность (часто недостаточность) развития компонентов познавательной деятельности, в том числе произвольности деятельности; потребность в большом объеме помощи взрослого при обучении, особых дидактических и методических приемах, ориентировку на оценку взрослого (или другого), а не на собственный контроль. Безусловно, большинство (если не все) детей с подобным вариантом дефицитарного развития нуждаются в индивидуальной программе развития в дошкольном возрасте и индивидуальном образовательном и учебном планах, в частности.

Поскольку степень дефицитарности базовых психических сфер у детей с ДЦП различна, возможны различные варианты как интегрированного, так и инклюзивного обучения для детей школьного возраста. Дети дошкольного возраста могут, при наличии сопровождения и специальной программы психолого-педагогического сопровождения воспитываться как в инклюзивных группах ДОУ, так и в специализированных группах для детей со сложной структурой дефекта с частичной интеграцией в среду обычных сверстников.

Развитие в условиях сочетанного нарушения

Сложными нарушениями принято называть наличие двух или более первичных нарушений у ребенка. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма можно назвать *осложненным дефектом* [5].

Дискуссионной проблемой остается отнесение к этому виду отклоняющегося развития глубокого органического поражения ЦНС, приводящего к поражению многих областей головного мозга, отвечающих за сенсорную, двигательную и иные сферы, и к выраженному тотальному недоразвитию в целом. В настоящее время сохраняется представление о таком типе отклоняющегося развития как о *множественном виде нарушений*.

По *сочетанности* нарушений выделяется более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных отклонений друг с другом, а также сочетание всех этих видов с тотальным недоразвитием. Очень часто присутствуют и дополнительные тяжелые соматические заболевания, которые также требуют специализированной помощи.

Дополнительно возможно проводить дифференциацию по выраженности различных нарушений. Принято также выделять детей с одновременно или разновременно наступившими нарушениями, следовательно, дифференциацию можно проводить по *времени (возрасту) наступления* сложных нарушений.

Для всех случаев врожденного и/или приобретенного с возрастом сложного нарушения чрезвычайно важно установление особенностей развития ребенка к времени заболевания, его знаний и умений, уровень психического развития к этому моменту. Именно эти показатели будут определять возможность (в том числе и объем) включения ребенка в образовательную среду. Даже из такого краткого описания видно, насколько разнообразны и нестабильны варианты этого вида отклоняющегося развития. Многообразие проявлений и их динамизм являются одной из главных особенностей этой категории детей.

Совершенно очевидно, что в настоящих условиях развития образования инклюзивное образование для этой категории детей фактически нереально. Можно говорить об их частичной или парциальной интеграции в среду обычных сверстников в рамках учреждений дополнительного образования или внеурочной деятельности. Для детей дошкольного возраста возможно посещение групп кратковременного пребывания, при наличии тьютора и специально разработанных программ коррекции и психолого-педагогического сопровождения.

Раздел 4. Особенности организации психолого-педагогического сопровождения реализации программ «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй» в условиях инклюзивного образования

При организации работы инклюзивных групп необходимо применять творческий подход к процессу, учитывая при этом потребности не только детей с ОВЗ, но и разных этнических групп, пола, возраста, принадлежности к той или иной социальной группе, что предполагает гибкость образовательной системы. Необходимо учитывать при этом индивидуальные потребности и способности ребенка, используя новые подходы, формы и методы обучения и воспитания, с учетом индивидуальных особенностей детей, при этом согласовывая интересы участников образовательного процесса (детей, родителей, педагогов, администрации) .

Особые образовательные потребности различаются у детей с ОВЗ разных категорий, поскольку зависят от специфики и нарушения развития, что отражается на построения образовательного процесса.

Важно помнить о следующих особенностях организации инклюзивных групп:

- организация деятельности группы может и должна видоизменяться в соответствии с динамикой развития ситуации в группе;

- необходимо применение разноуровневых заданий, с учетом индивидуальных особенностей детей, а также разные формы активности;

В целом, в структуре занятий, организуемых в инклюзивных группах, должны присутствовать следующие элементы:

- средства, направленные на развитие речи и мышления ребенка с ОВЗ в соответствии с особенностями недостатков развития;

- формирование и развитие компенсаторных механизмов;

- средства, направленные на активизацию познавательной деятельности и мотивации учения;

- расширение общего кругозора и заполнение пробелов в знаниях об окружающем мире в соответствии с характером нарушения развития;

- средства актуализации знаний и личного опыта;

- развитие навыков предметно-практической деятельности;

Должны быть также учтены:

- особенности восприятия, внимания, речи, мышления, памяти данной категории детей с отклонениями в развитии;

- возможность дифференцированного и индивидуального подхода к обучению с применением дидактического материала, развивающих тетрадей;

- требования к речевым инструкциям и объяснениям педагога-психолога в соответствии с речевыми и интеллектуальными особенностями ребёнка с ОВЗ.

Успешной социализации в условиях инклюзивного образования способствует решение следующего комплекса задач:

- создание общности детей и взрослых, основанной на уважении и интересе к личности каждого члена группы, к его индивидуальным особенностям;

- формирование умения устанавливать и поддерживать отношения друг с другом;

- формирование и дальнейшее развитие коммуникативных навыков и культуры общения, создание позитивного эмоционального настроения;

- развитие навыков саморегуляции и самообслуживания.

В ходе занятия необходимо совмещение в большей степени фронтальной и групповой форм работы. Групповые формы работы способствуют активизации деятельности детей, более полному вовлечению их в учебный процесс, практическому освоению умений коллективной деятельности и навыков социального поведения, активизации речевой, мыслительной и коммуникативной деятельности в условиях естественной, ситуационной мотивации общения, познания, межличностного взаимодействия. Работа парами и минигруппами позволяет осуществлять взаимообучение детей, развивает самостоятельность, инициативность, ответственность, чувство товарищества, партнерства, готовности к взаимопомощи.

Учебно-познавательная деятельность ребенка с особыми образовательными потребностями не всегда возможна и эффективна при использовании традиционных, применяемых в обучении нормально развивающихся детей средств, поэтому необходимо применение специфических приемов и средств обучения и воспитания. Принимая во внимание тот факт, что содержание должно быть усвоено не только нормально развивающимися детьми, но и детьми с тем или иным отклонением в развитии, спектр и комбинации приемов и средств обучения приобретают особое своеобразие.

Требования к психолого-педагогическому сопровождению реализации программ «Сонатал», «Интоника», «Здравствуй»

1. Требования к диагностике:

Необходимо соблюдать системный подход к диагностике, предполагающий не только выявление отдельных нарушений, но и

установление взаимосвязи между ними, иерархии выявленных нарушений. Очень важен учет возрастного фактора при осуществлении диагностических процедур в пределах тех заданий, которые доступны выбранной возрастной категории. При этом необходимо учитывать зоны активного и ближайшего развития с целью постановки будущих формирующих задач. Необходимо раннее диагностическое обследование, способствующее выявлению отклонений различного характера с целью предотвращения появления вторичных наслоений социального характера на первичные нарушения, т.е. своевременное включение в процесс коррекции. Любое психодиагностическое обследование должно включать в себя несколько этапов: сбор данных, анализ и интерпретация полученной информации, а также составление психологического диагноза и прогноза. Приветствуется использование многофункциональных методов, которые позволяют изучить несколько компонентов психики. Наиболее важные и сложные психические процессы диагностируются с помощью нескольких методик.

2. Требования к условиям работы:

Помещение, в котором проводятся занятия, должно соответствовать всем нормам по санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (по отоплению, вентиляции, освещению и т.д.). Оно должно быть оснащено необходимыми пособиями и визуальными материалами (музыкальные и шумовые инструменты, фортепиано или синтезатор с наклеенными цветными клавишами, пособия: «Цветолесенка», «Цветостан», «Цветные нотки»), средствами мультимедиа для воспроизведения аудио- и видеоматериалов. Должна быть обеспечена возможность организации разнообразной игровой деятельности. Все пособия должны соответствовать техническому регламенту о безопасности продукции. Мебель должна быть со скругленными формами и устанавливаться (в контексте общей пластической композиции) по плавным кривым. В цветовой гамме преобладают светлые тона, почти исключен фиолетовый цвет. Воспитуемые должны быть разделены на возрастные группы в соответствии с закономерностями психического развития в онтогенезе. Педагог-психолог должен находиться в постоянном контакте с родителями (законными представителями) воспитанников, объясняя им стратегию и тактику воспитательно-образовательного процесса.

3. Личность педагога-психолога:

Педагог-психолог осуществляет профессиональную деятельность, направленную на сохранение психического, соматического и социального благополучия обучаемых в процессе воспитания и обучения; содействует охране прав личности в соответствии с Конвенцией по охране прав ребенка; способствует гармонизации социальной сферы учреждения и осуществляет

превентивные мероприятия по профилактике возникновения социальной дезадаптации воспитанников, принимает меры по оказанию различного вида психолого-педагогической помощи (психокоррекционной, реабилитационной и консультативной); определяет степень отклонений (умственных, физических, эмоциональных) в развитии обучающихся (воспитанников), а также различного вида нарушений социального развития и проводит их психолого-педагогическую коррекцию. Существует ряд противопоказаний, предъявляемых к личности педагога-психолога: выраженные дефекты речи, монотонная невыразительная речь, замкнутость, необщительность, медлительность, равнодушие к окружающим людям, отсутствие бескорыстного интереса к другому человеку. Педагог-психолог должен обладать такими личностными качествами, как одаренность, способность к саморазвитию, рефлексия; желателен опыт материнства.

4. Этика педагога-психолога:

1) ответственность – исследование должно быть полезным, с минимальной возможностью неверного использования результатов;

2) компетентность – необходимо четко осознавать границы своей компетентности, не использовать методов, не удовлетворяющих профессиональные стандарты;

3) конфиденциальность – должна быть гарантирована сохранность информации;

4) забота о благополучии и достоинстве воспитуемых: принцип научности и обоснованности, принцип ненанесения ущерба, принцип объективности выводов, принцип эффективности рекомендаций (полезность для клиента), соблюдение общечеловеческих норм морали.

5. Общие принципы организации работы по психолого-педагогическому сопровождению реализации программ М. Л. Лазарева:

Психолого-педагогическое сопровождение программ М. Л. Лазарева должно осуществляться специалистами, окончившими учебное заведение по специальностям «психология», «педагогика» или прошедшими переподготовку и получившими соответствующую квалификацию в области детской, возрастной и педагогической психологии. В рамках применения в условиях инклюзивных групп также необходимо квалификация педагога-дефектолога либо педагога-психолога системы инклюзивного образования.

Работа ведется по основным направлениям: просвещение, профилактика, диагностика, коррекция, консультирование и организационно-просветительская деятельность.

Таким образом, рассмотрены основные принципы и закономерности Сонатал-педагогика. Данная система успешно может быть реализована в

рамках работы инклюзивных групп, предполагающих взаимодействие здоровых детей и детей с ОВЗ, в том числе и со множественными нарушениями, так как музыкальное воздействие является, возможно, одним из немногих средств, способных вызвать ответную реакцию и мотивацию к дальнейшим активным действиям у детей данной группы, способствуя их успешной социальной адаптации, вписываясь при этом в основные принципы инклюзивной педагогики.

Список литературы

1. Ананьев, Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г.Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
2. Ахметова, Д.З. Теория и практика развития школы-комплекса в условиях инноваций и педагогического мониторинга: дис. д-р пед. наук. – Казань, 1998. – 474 с.
3. Баенская, Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). – М.: Теревинф, 2007. – 112 с.
4. Балаболкин, И.И. Влияние перенесенной гипоксии плода и новорожденного на лечение бронхиальной астмы у детей первых лет жизни / И.И. Балаболкин, Н.Н. Кованова. // Педиатрия, –1978. – № 12. – С. 22–24.
5. Басилова, Т. А. Психология детей со сложными нарушениями развития. //Основы специальной психологии: Учеб. пособие для сред. учеб. завед. / Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 397 с.
6. Бехтерев, В.М. Проблемы развития и воспитания человека / В.М. Бехтерев. – М. : Изд-во «Институт практической психологии», 1997. – 461 с.
7. Васина, А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода: учебное пособие / А.Н. Васина. – М. : УРАО, 2005. – 321 с.
8. Ветлугина, Н. Музыкальное развитие ребенка / Н.Ветлугина. М. : Просвещение, 1988 – 415 с.
9. Выготский, Л. С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб. : Союз, 1997. – 220 с.
10. Лазарев, М. Л. Здравствуй!: учебно-методическое пособие для педагогов дошкольных образовательных учреждений / М.Л. Лазарев. – М. : Мнемозина, 2004. – 248 с.
11. Лазарев, М.Л. Интоника / М.Л. Лазарев. – М. :Композитор, 1994. – 158 с.

12. Лазарев, М.Л. Мамалыш, или Рождение до рождения / М.Л. Лазарев. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 386с.
13. Лазарев, М.Л. Система развивающей терапии детей, страдающих астмой / М.Л. Лазарев. – М. : ЦВЛД, 1993. – 291с.
14. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2004. – 144 с.
15. Леви, В., Вопросы психобиологии музыки / В. Леви // Советская музыка. –1966. – №8. – с. 37- 43.
16. Левченко, И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с. (Специальная педагогика)
17. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
18. Никольская, О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 361 с.
19. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн – СПб. : Питер, 2009. – 720 с.
20. Семаго, М. М. Типология отклоняющегося развития: книга 1-я. Теоретико-методологические основы. – М.: Генезис, 2011. – 288 с.
21. Солнцева, Л. И. Модели интегрированного обучения детей с нарушением зрения. // Дефектология. – 1997. – №2. – С.8.
22. Соловьев, И.М., Шиф, Ж.И. Психология глухих детей. – М.: Педагогика, 1971. – 448 с.
23. Специальная психология. Учебное пособие. Под ред. В. И. Лубовского. – М.: Академия, 2004. – 464 с.
24. Фельдштейн, Д.И. Психология развития личности в онтогенезе / Д.И. Фельдштейн. – М. : Наука, 1989. – 480 с.
25. Эльконин, Д.Б. Детская психология / Д.Б. Эльконин. – М. : Академия, 2007. – 384с.
26. Музыка и мозг ребенка. <http://www.yugzone.ru/brainmusic/child-music.htm>

ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Инклюзивное образование – это «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» [Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета. Федеральный выпуск. 2012. №5976. 31 декабря].

В понимании сущности и предназначения инклюзивного образования мы ориентируемся на определение ЮНЕСКО: «В понятие «инклюзия» необходимо включать способы интеграции культурного, политического, расового, этнического, полового и языкового разнообразия» [Итоги 48-ой сессии Международной конференции по образованию на тему: «Инклюзивное образование: путь в будущее». 25-28 ноября 2008 г.].

В данном определении ключевое слово – «разнообразие». С этой точки зрения все дети (и взрослые) разнообразны, не похожи друг на друга и имеют какие-либо различия. В этом ракурсе инклюзивное образование означает полную адаптацию учебно-воспитательного процесса к каждому обучающемуся с учетом специфики разнообразия, отличительных возможностей каждой отдельно взятой личности.

При оценке инклюзивного образования мы рекомендуем опираться на более широкое его понимание, в русле общих приоритетов образования и тенденций развития.

Принципы инклюзивного образования

1. Равно ценить всех обучающихся и сотрудников.
2. Расширять участие обучающихся в культурных, учебных и общественных делах образовательных организаций, снижать «исключенность» учащихся из этих сфер деятельности.
3. Провести реструктуризацию культуры, политики и практики в организациях с целью организации обучения всех категорий учащихся.
4. Снизить барьеры на пути к обучению и к участию в делах организации всех обучающихся, не только для тех, кто имеет ограничения в состоянии здоровья или для тех, кто отнесен к категории «имеющих особые образовательные потребности».

5. Стремиться снизить барьеры у «особенных» учащихся в обучении и в участии в делах организации, чтобы в дальнейшем достичь изменений для всех обучающихся в более широком смысле.

6. Различия между обучающимися следует рассматривать как различия интеллектуальных и материальных ресурсов, необходимых для их обучения.

7. Признавать право обучающихся на получение образования по месту жительства.

8. Совершенствовать образовательные организации как для сотрудников, так и для обучающихся.

9. Усиливать значимость инклюзивного образования в создании инклюзивного общества и в развитии инклюзивных ценностей.

10. Содействовать взаимной поддержке отношений между образовательными организациями и общественностью.

11. Признавать, что инклюзия – «включение в образование» - является одним из аспектов интеграции личности в общество.

Реализация этих принципов является обязательной для всех сотрудников инклюзивной образовательной организации.

Измерение инклюзивности

В мировой практике рассматривается три параметра инклюзивности:

- А. Создание инклюзивной культуры;
- В. Проведение инклюзивной политики;
- С. Развитие инклюзивных практик.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Создание сообщества равных людей.

А2: Признание инклюзивных ценностей.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

В2: Управленческая политика организации.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С1: Организация процесса обучения.

С2: Мобилизация ресурсов.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Построение сообщества равных людей.

Показатели

1. Каждый осознает с радостью, что он принят в образовательное сообщество данной местности.
2. Обучающиеся помогают друг другу.
3. Все работники организации сотрудничают друг с другом.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу с уважением.
5. Существуют партнерские отношения между сотрудниками и родителями/опекунами обучающихся.
6. Сотрудники и руководители образовательной организации работают слаженно.
7. Общественность также участвует в жизни образовательной организации.

А2: Определение инклюзивных ценностей.

Показатели

1. Школа развивает инклюзивные ценности.
2. Сотрудники, руководство школы, обучающиеся и родители/опекуны разделяют «философию включения», т.е. инклюзии.
3. Всех обучающихся ценят одинаково.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу по-доброму, уважая другого, признавая его суверенность, человеческое достоинство; относясь как к субъектам, занимающим определенную социальную роль в обществе.
5. Сотрудники стремятся устранить барьеры на пути к обучению учащихся и к их участию во всех делах образовательной организации.
6. Школа стремится искоренить дискриминацию обучающихся.
7. Школа поощряет ненасильственное взаимодействие и разрешение конфликтов.
8. Школа способствует укреплению здоровья детей и взрослых.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

Показатели

1. Координируются все формы поддержки и реабилитации обучающихся.
2. Деятельность в области развития персонала помогает сотрудникам отвечать потребностям «разных» обучающихся.

3. Политика в области «особых образовательных потребностей» - это политика в области «инклюзии»

4. Работа с детьми с особыми образовательными потребностями используется с целью уменьшения барьеров в обучении и участии в делах организации всех обучающихся.

5. Поддержка тех, кто изучает русский и родные языки, осуществляется регулярно.

6. Политика в области оказания благотворительности и помощи семьям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, имеет положительные результаты.

7. Отсутствуют барьеры к поступлению в образовательную организацию детей из незащищенных слоев населения.

В2: Управленческая политика организации.

Показатели

1. Назначение сотрудников и их продвижение осуществляется справедливо.

2. Всем новым сотрудникам оказывается помощь в процессе освоения профессиональных задач.

3. Здание образовательной организации оборудовано таким образом, чтобы все обучающиеся имели физический доступ ко всем ресурсам образовательной организации.

4. Всем новым обучающимся оказывается помощь в процессе адаптации к образовательной организации.

5. Проявляется уважительное отношение ко всем национальностям и религиозным взглядам.

6. Профессиональное саморазвитие помогает педагогам справляться с профессиональными задачами обучения различных категорий детей.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С.1. Организация процесса обучения.

Показатели

1. При планировании учебно-воспитательного процесса учитывается необходимость обучения и научения всех обучающихся.

2. Занятия вдохновляют всех обучающихся на активное участие и проявление личностных качеств.

3. Обучающиеся активно вовлечены в процесс самообучения и самообразования.

4. Обучение осуществляется в сотрудничестве.

5. Оценивание обучающихся способствует формированию навыков самооценки.
6. Дисциплина в классе основана на взаимоуважении.
7. Учителя планируют, обучают и проводят анализ достижений детей в сотрудничестве.
8. Учителя заботятся о том, чтобы поддерживать участие в делах организации всех обучающихся.
9. Домашние задания способствуют самообразованию обучающихся.
10. Все обучающиеся принимают участие во внеклассных мероприятиях.

С.2. Мобилизация ресурсов.

Показатели

1. Различия между обучающимися являются различиями между интеллектуальными и материальными ресурсами, необходимыми для обучения.
2. Компетентность сотрудников (знание и опыт) используется полностью.
3. Сотрудники разрабатывают ресурсы для поддержания обучения и участия в делах образовательной организации всех обучающихся.
4. Образовательные ресурсы являются открытыми.
5. Материальные и образовательные ресурсы распределяются для всех обучающихся честно и справедливо.

Готовность педагогов реализовывать инклюзивную культуру и инклюзивную практику

В реализации инклюзивного образования главная роль принадлежит педагогу. Его профессиональная компетентность и гуманные человеческие качества являются гарантом создания инклюзивной образовательной среды. Специальная подготовка педагогов для работы в инклюзивных образовательных организациях является одним из основных условий эффективности системы, наряду с созданием доступной среды и материально-технических основ инклюзивного образования.

Предлагаем оценить по 10-балльной шкале следующие качества педагогов, занятых в инклюзивной образовательной организации.

1. Личные качества:
 - гуманизм;
 - толерантность;
 - любовь к детям и к людям;
 - общая культура;

- терпеливость;
- сдержанность;
- коммуникабельность.

2. Профессиональная компетентность и профессиональные качества:

- владение научными основами своего предмета (предметов);
- владение современными технологиями обучения и воспитания;
- коммуникативная компетентность;
- умение налаживать контакты с коллегами;
- умение находить и реализовывать индивидуальные маршруты обучения и воспитания всех, в том числе, «особых» обучающихся;
- умение устанавливать доверительные отношения с семьями обучающихся, в том числе, с семьями «особых обучающихся»;
- перманентное самообразование;
- общественная активность;
- убежденность в высокой значимости своей профессии;
- творческий подход к любому виду деятельности.

3. Особые (фасилитаторские) качества:

- умение быть «рядом и вместе» с каждым;
- быстрое реагирование на проблемы обучающихся, оказание помощи в их решении;
- проявление веры в успех всех и каждого.

Обобщение полученных данных по всем показателям, анализ сильных и слабых сторон позволят выявить, в какой степени образовательная организация по содержанию своей деятельности является инклюзивной и отвечает социальной потребности общества.

Учебное издание

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

Ахметова Дания Загриевна

Сафина Асия Ильдусовна

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММ

М.Л. ЛАЗАРЕВА «СОНАТАЛ», «ИНТОНИКА»,
«ЗДРАВСТВУЙ» НА ЗАНЯТИЯХ РАЗВИВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА
В ИНКЛЮЗИВНЫХ ГРУППАХ

Методическое пособие

Редактор *Н.А. Паранина*
Технический редактор *Г.Г. Зарипова*
Дизайнер *Е.Н. Морозова*

Подписано в печать 03.02.15. Формат 60х84 1/16
Гарнитура Усл. печ. 3,25 л. Уч.-изд. 2,82 л.
Тираж 500 экз. Заказ № 14.



Издательство «Познание»
420111, г. Казань, ул. Московская, 42.
Тел. (843)231-92-90, e-mail: zaharova@ieml.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
Института экономики, управления и права (г. Казань)
420108, г. Казань, ул. Зайцева, 17.