

Специальные условия для детей с нарушением интеллекта

Клиническая и психолого-педагогическая характеристика группы

Умственную отсталость можно определить как состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, заменив термин «олигофрения». В МКБ-10 умственная отсталость определяется как состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей. Независимо от того или иного определения умственной отсталости в нем всегда в сравнении с нормальным развитием отмечаются два момента: раннее возникновение интеллектуальной недостаточности и нарушение адаптационного поведения.

Главные критерии умственной отсталости:

1. Тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы.
2. Непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, а также необратимость вызвавшего недоразвитие патологического процесса.

В диагностике умственной отсталости большое значение имеет объективная оценка степени развития интеллекта. Общепринятым количественным показателем интеллектуального уровня является коэффициент интеллекта – IQ, определяющийся с помощью интеллектуальных тестов.

Диагностические критерии по МКБ-10:

1. Общее интеллектуальное развитие значительно ниже среднего IQ = 70 или менее по индивидуально предъявленному тесту.
 2. Сопутствующие нарушения или дефицит активных функций ребенка, т.е. отсутствие приспособленности, ожидаемой в его возрасте.
 3. Начало нарушений в возрасте до 18 лет.
- МКБ-10 ориентирована на количественную оценку интеллекта. Но определение IQ в диагно-

стике умственной отсталости должно использоваться в комплексе с полным клиническим обследованием ребенка и применением дополнительных психологических методов обследования. Недоразвитие интеллекта может быть следствием влияния многих факторов, нарушающих развитие и созревание мозга.

Динамика умственной отсталости определяется развивающимися в ЦНС процессами компенсации и эволюцией возрастного созревания.

Положительная эволютивная динамика при умственной отсталости связана прежде всего с естественным ростом и развитием организма, обуславливающими повышение его адаптационных возможностей. Такое улучшение ограничено глубиной психического недоразвития и выражено тем меньше, чем больше отставание в развитии.

Отрицательная динамика умственной отсталости чаще наблюдается при более тяжелых формах, в частности при грубых аномалиях развития мозга, при осложненных формах, когда психическое недоразвитие сочетается с психодинамическим синдромом, судорожными припадками и др. Отрицательной динамике при умственной отсталости способствуют сопутствующие заболевания и травмы, психогении, неблагоприятная микросоциальная сфера, а также отсутствие лечебно-коррекционных мероприятий. Отрицательная динамика может быть связана с декомпенсацией в периоды возрастных кризов, особенно пубертатного.

Остановимся на клинических особенностях легкой умственной отсталости. Типичной («ядерной») олигофрении свойственны тотальность психического недоразвития, которая касается не только интеллектуальной деятельности, но и всей психики в целом, а на первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактного мышления. Типичная олигофрения по мере взросления все более отчетливо выявляется недостаточностью отвлеченного мышления, слабостью предпосылок интеллекта (внимания, памяти) и психической работоспособности. Одновременно с этим медленно формируются ощущения и восприятия. Отличаются дети с легкой умственной отсталостью и недоразвитием в двигательной сфере, которое проявляется прежде всего в запаздывании и замедлении темпа развития мелкомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве в суетливости. Движения детей бедны, угловаты. Недостаточность развития двигательной сферы особенно проявляется в тонких и точных движениях, же-

стикуляции и мимике.

Недостаточность и замедление развития зрительных, слуховых кинестетических и других процессов восприятия нарушают ориентировку детей в окружающей среде, препятствуют установлению в сознании большого полных и адекватных связей и отношений между объектами реального мира. Недостаточность восприятия при умственной отсталости во многом обусловлена нарушениями целенаправленного произвольного внимания, которое с трудом привлекается и фиксируется, легко рассеивается. Особое место в структуре психического недоразвития занимают нарушения речи, которые в большинстве случаев отражают глубину умственной отсталости: в наиболее тяжелых случаях больные не только не говорят, но и не понимают обращенную к ним речь.

Для детей с умственной отсталостью характерны изменения эмоционально-волевой сферы. В то время как элементарные эмоции могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказываются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными. Преобладают непосредственные переживания, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент. Степень эмоционального недоразвития при умственной отсталости находится в соответствии с глубиной интеллектуального дефекта и недостаточностью других компонентов психической деятельности и личности. Волевая деятельность характеризуется слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью.

Поступки детей с легкой умственной отсталостью характеризуются отсутствием целенаправленности, импульсивностью (без какой бы то ни было борьбы мотивов) и негативизмом. Они отличаются также повышенной подражательностью, внушаемостью и несамостоятельностью поведения, находятся и зависимости от влияний и аффектов, а также от ситуации и обстоятельств.

Возможности инклюзивного обучения детей с умственной отсталостью в процессе инклюзивного образования

В настоящее время инклюзивное образование для детей с умственной отсталостью в нашей стране осуществляется в форме совместного обучения детей с умственной отсталостью со здоровыми детьми в образовательном учреждении общего типа. Очень важным моментом в данной системе является преемственность до-

школьного и школьного образования в части оказания логопедической помощи, четко налаженной системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей. Инклюзия для детей с умственной отсталостью возможна на ранних этапах развития ребенка. Если ребенок с отставанием в умственном развитии находится в комплексной реабилитации с младенчества, его можно включить в детский коллектив уже с трех лет. По общению, навыкам самообслуживания, социальному развитию он приближен к нормально развивающимся сверстникам. Дети с более тяжелым уровнем отставания в развитии могут быть включены в общий поток уже к пяти годам, а к семи – пойти в общеобразовательную школу. Внешние условия учреждения, осуществляющего инклюзивное образование, не претерпевают существенных изменений. Но следует отметить, что совместное обучение умственно отсталого ребенка со здоровыми сверстниками может вызвать ряд трудностей, необходима предварительная подготовка педагогов для работы с особыми детьми. В организации процесса необходимо усиление акцентов на оказание помощи и поддержки ребенку по освоению им способов учебной деятельности.

В процессе обучения требуется целенаправленная работа по формированию контрольно-оценочных умений с опорой на ориентиры, которые помогут ученику оценивать процесс и качество выполнения своей работы. Необходима адаптация, адекватная возможностям каждого конкретного ученика: адаптация содержания учебного материала, содержания учебных пособий (уменьшение, дозирование, дробление, выделение главного, замена сложного простым и т.д.). Дополнительные занятия с этими детьми должны проводить дефектологи, психологи, социальные педагоги, а также учителя технологии, тьюторы. Как показывает практика, оказание образовательных услуг таким детям в общеобразовательных учреждениях является более успешным при наличии в общем классе трех детей с интеллектуальной недостаточностью. Во всех других случаях образовательные услуги носят формальный характер и не обеспечивают потребности ученика в полном объеме. Существуют и другие сложности. Так, федеральный государственный стандарт начального общего образования предполагает изучение иностранного языка, начиная со второго класса, что неосуществимо для детей с умственной отсталостью.

Каждому ребенку необходимо создание внутренних условий, т.е. коррекционная помощь и психолого-педагогическое сопровождение на всех этапах обучения. К внутренним условиям

можно также отнести психологическую и профессиональную готовность педагогических кадров (предварительную курсовую и методическую подготовку), формы и методы организации учебной деятельности учащихся. Для детей с умственной отсталостью должны быть созданы индивидуальная программа обучения, собственное расписание занятий, специальные педагогические условия: занятия в малых группах, индивидуальные уроки, больше практических заданий и наглядных материалов.

Работа педагогов с детьми, имеющими нарушения интеллекта

Самостоятельное освоение материала так, как изложено в учебных пособиях, для многих учащихся с интеллектуальными особенностями является малоэффективным. Они нуждаются в помощи как в усвоении содержания, так и в овладении способами усвоения. При неадекватном увеличении нагрузки может наступить «охранительное торможение»: период, когда умственно отсталые дети перестают усваивать новый материал и даже могут потерять накопленные знания. Поэтому при подготовке к урокам учителю-предметнику необходимо учитывать образовательные потребности и возможности особых учеников и обеспечивать им дидактическую помощь путем *адаптации* учебного материала.

Практикой подтверждается, что наиболее эффективным видом дидактической помощи (адаптации) является *замена задания (задачи) аналогичным заданием*, но с более простым содержанием. Значительную помощь оказывают и *уменьшение объема учебной статьи*, но с сохранением основных ведущих терминов, определений; сокращение подробных сведений, не несущих основной смысловой нагрузки, а также *применение алгоритма действий; упрощение материала*, изложение формулировок *простым понятным языком с опорой* на доступные примеры из жизни. Достаточно эффективным считается использование приема *разделения материала на единицы (блоки)* усвоения: алгоритм действий, выделение этапов, памятки по составлению выводов, составление логической цепочки событий, явлений и т.д. Допускается *краткое, обзорное, ознакомительное* изучение тем, не имеющих практической направленности и не находящихся дальнейшего применения при изучении других тем. Крайне необходимыми являются разработка заданий практического характера, демонстрация примеров применения знаний в повседневной жизни, составление опор, памяток, схем и т.д.

Возникает необходимость *дифференциации заданий* с учетом уровня развития и потенциальных возможностей состава класса и каждого отдельного ученика. Предполагается, что богатым развивающим потенциалом обладают так называемые бинарные уроки.

Инклюзивное образование предполагает создание условий для конкретного ребенка, но в любом случае важен даже не только процесс обучения ребенка, но и его социализация, которая невозможна при общении только со взрослыми. Основной задачей при инклюзивном обучении умственно отсталых детей является возможность научить их работать со сверстниками. Дети школьного возраста формируют отношение к миру через предметно-игровую и сюжетно-ролевую деятельность, пусть при помощи взрослых, но с ориентацией на сверстников. Именно усвоение норм поведения крайне важно для умственно отсталых детей.

Что касается педагогов, то выявление их мнения о потенциальных возможностях развития умственно отсталых детей в условиях инклюзивного обучения показало, что наиболее оптимальным возрастом включения такого ребенка в условия инклюзии респонденты считают 7-8 лет (83,1 %), при этом отмечая, что подобное обучение создает больше условий именно для социализации ребенка (83,1 %). Оценивая собственную профессиональную педагогическую деятельность в рамках исследуемой проблемы, большинство респондентов указывают, что внедрение инклюзивного обучения никак не повлияет на их деятельность. Большая часть педагогов специальных (коррекционных) школ выразила готовность работать по прежней специальности, обучая умственно отсталых детей в массовой школе.

Работа психотерапевтов, врачей и психологов с детьми, имеющими нарушения интеллекта

Можно вычленить как приоритетные следующие *направления* в работе с детьми с умственной отсталостью в рамках инклюзивного образования:

- проведение комплексной диагностики с целью обеспечения лично ориентированного подбора соответствующих развивающих программ;
- построение индивидуальной траектории развития каждого ребенка на учебный год с последующей корректировкой, определение зон риска и работа в них на основе диагностики и мониторинга;
- составление поэтапного плана реабилитации, обеспечение индивидуального и социального

благополучия;

- повышение резервов здоровья, умственной и физической работоспособности;
- формирование у ребенка адекватной само-оценки и осознания реальных перспектив самостоятельной жизни;
- работа специальных коррекционных групп;
- организация начальной профессиональной подготовки, создание необходимых для нее условий и привлечение учащихся к реальному производительному труду с востребованностью его результатов;
- создание ситуации сотрудничества родителей, педагогов и всего персонала образовательного учреждения.

Основная задача медицинского сопровождения детей с умственной отсталостью – ослабить тенденцию ухудшения здоровья, стабилизировать характер течения основного заболевания, сохранить психический статус ученика, создать оптимальные условия для прохождения обучающимися образовательного маршрута, реализуемого школой, предложить программы, направленные на формирование знаний, умений и ценностных ориентации, сформировать готовность к жизненному самоопределению. Эти задачи можно реализовать при взаимодействии всех субъектов образовательного процесса (педагог, воспитатель, врач, психолог) по формированию, сохранению и укреплению здоровья учащихся. Система взаимодействия включает:

1. анализ и коррекцию физического здоровья: антропометрические измерения, оценку динамики физического развития, составление индивидуальных программ лечения и оздоровления (медицинская служба);

2. анализ и коррекцию психического здоровья: определение уровня школьной зрелости, диагностику личностных особенностей, интеллектуального развития, психоэмоционального состояния, утомляемости, психологической адаптации, «зон риска»; составление коррекционно-развивающих программ, работу кабинета психологической разгрузки (психологическая служба);

3. социально-педагогическую диагностику ученика: образовательной компетентности, мотивационной направленности, субъектно-личностной компетентности, профессиональной готовности (социальная служба);

4. работу учителей и воспитателей: педагогические наблюдения, разработку образовательных маршрутов, внедрение валеологически обоснованных инновационных технологий, гуманизацию образовательно-воспитательного процесса.

В ходе медицинского обследования заполняется медицинская и психологическая карты ученика.

При этом формируется информационная база данных об уровне здоровья каждого ребенка, реализуется программа оздоровления и лечения, анализируется результативность образовательной деятельности ученика, изучается личность ученика как субъекта образовательно-воспитательного процесса.