

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии

Кафедра общей и социальной педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ А.К. Лукина
подпись
« _____ » _____ 2018г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование

**Специфика работы социального педагога с подростками,
имеющими ОВЗ**

Руководитель _____ доцент, канд. псих. наук Н. В. Басалаева
подпись, дата

Выпускник _____ К.А. Оводова
подпись, дата

Красноярск 2018

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа по теме «Специфика работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ» содержит 58 страниц текстового документа, 5 приложений, 40 использованных источников, 9 листов графического материала.

ПОДРОСТКИ, ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ, СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ, СОПРОВОЖДЕНИЕ.

Объект – психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Цель работы:

изучение специфики работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.

По результатам исследования можно сделать вывод, что у подростков с ОВЗ более высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности. Мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении. Зачастую подростки с ОВЗ раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены, пассивны в поведении. Так же им свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

Основными направлениями работы социального педагога с подростками с ОВЗ являются диагностическое, коррекционно-развивающее, аналитическое, консультативно-просветительское и организационно-методическое. Диагностическое направление заключается в проведении обследования школьников и динамического наблюдения за развитием учащихся (данные фиксируются в дневниках наблюдения). Коррекционно-развивающее направление предполагает разработку и реализацию, планирование содержания занятий, комплектование групп учащихся. Аналитическое направление определяет взаимодействие специалистов в работе, а также позволяет корректировать программы занятий в соответствии с достижениями учащихся. Консультативно-просветительское и профилактическое направление обеспечивает оказание помощи педагогам и родителям в вопросах воспитания и обучения ребенка с ОВЗ, предполагает разработку рекомендаций, способствует повышению профессиональной компетенции учителей, включению родителей в решение коррекционно-воспитательных задач. Организационно-методическое направление включает подготовку и участие специалистов сопровождения в консилиумах, методических объединениях, педагогических советах.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
1 Теоретические аспекты изучения психологических особенностей подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья	7
1.1 Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья: понятия, характеристики.....	7
1.2 Психологические особенности подростков с ОВЗ.....	15
1.3 Формы, направления работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.....	26
2 Экспериментальное изучение психологических особенностей подростков с ограниченными возможностями здоровья и работа социального педагога с ними.	33
2.1 Организация и методы исследования	33
2.2 Анализ результатов исследования	37
2.3 Описание работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.....	45
Заключение	55
Список использованных источников	55
Приложение А Результаты исследования личностных особенностей подростков с ОВЗ по методике «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл).....	59
Приложение Б Результаты исследования личностных особенностей личности подростков без ОВЗ по методике «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл).....	61
Приложение В Разъяснительная работа с педагогами.....	63
Приложение Г Тренинг педагогического общения.....	65
Приложение Д Программа тренинга по развитию коммуникативных навыков и умений у подростков с ОВЗ.....	68

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день проблема изучения психологических особенностей подростков с ОВЗ крайне актуальна. Подростки с ограниченными возможностями в настоящее время являются реальными субъектами педагогического процесса не только в специальных, но и в общеобразовательных массовых школах. Сегодня отслеживается мировая тенденция увеличения числа детей с ОВЗ. В связи с низким уровнем медицинского обслуживания, заболеваниями родителей, плохой экологией, а также вредных привычек матерей, за последнее десятилетие количество детей с ОВЗ увеличилось вдвое. В современной школе должны обучаться не только преуспевающие школьники, но и категория детей с ОВЗ, поэтому для того, чтобы создать условия для обучения таких детей, необходимо обеспечить их социально-педагогическое сопровождение.

Цель исследования – изучение специфики работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.

Объект исследования: психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: специфика работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.

Задачи:

1. Изучить понятие и основные характеристики обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;
2. Рассмотреть психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья;
3. Описать формы, направления работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ;
4. Провести экспериментальное исследование психологических особенностей подростков с ограниченными возможностями здоровья, проанализировать результаты исследования;

5. Охарактеризовать содержание работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ (на примере МБОУ «СОШ №1»).

Методы исследования:

1. Анализ теоретических источников;

2. Тестирование (Подростковый 14 - факторный личностный опросник (автор - Р.Б. Кеттелл), Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы – Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин)).

3. Методы обработки данных (качественный и количественный анализ полученных результатов).

Методологической основой исследования выступили труды отечественных психологов, раскрывающие систему психолого-педагогической работы с подростками, имеющими ОВЗ (Акатова Л.И., Маллера А.Р., Рубинштейна С. Я. и др.).

Базой проведения эмпирического исследования является МБОУ «СОШ №1 города Лесосибирска». В исследовании приняли участие 30 подростков 13–14 лет.

Этапы исследования:

1 этап (декабрь 2017 г. – февраль 2018 г.) - изучение теоретических аспектов проблемы сопровождения подростков, имеющих ОВЗ, рассмотрение категориального аппарата, определение методов и выборки экспериментального исследования, проведение диагностики психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

2 этап (апрель 2018 г. – май 2018 г.) – обработка и анализ полученных результатов экспериментального исследования психологических особенностей подростков, имеющих ОВЗ.

3 этап (май 2018 г. - июнь 2018 г.) – описание системы работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ, формулирование выводов, оформление ВКР.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были представлены на внутривузовской студенческой научно-практической

конференции «Современное педагогическое образование: теоретический и прикладной аспекты» (Лесосибирск, 2018), зарубежной конференции «Актуальные научные достижения» (Чехия, 2018). По теме ВКР опубликована статья.

Практическая значимость определяется тем, что данные исследования могут быть использованы воспитателями, педагогами, психологами и родителями для организации социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, теоретические положения, представленные в работе, могут использоваться студентами при подготовке к курсовым, выпускным квалификационным исследованиям, семинарским занятиям.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, включающего 40 наименований и приложений. Общий объем работы – 58 страниц.

Глава 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

1.1 Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья: понятия, характеристики

На современном этапе развития общества обозначилась реальная тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - лицо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования [33].

Подростки с ограниченными возможностями здоровья - это подростки, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [2].

Современный взгляд на процесс развития психики сложился в трудах отечественных психологов Л. С. Выготского [5], А. Н. Леонтьева [16], С. Я. Рубинштейна [25]. Опираясь на теоретические и экспериментальные исследования, они установили, что психика человека, в отличие от индивидуального развития психики животного в онтогенезе, имеет свои специфические особенности и условия развития.

Под влиянием новых ценностных ориентацией общества и государства, а также в связи с переходом системы специального образования на качественно новый этап развития, возникла необходимость переосмыслить соотношение образовательных достижений ребенка и достижений в области социальной компетенции, переосмысления роли и места личностного, социального развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В процессе взаимодействия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, возникает немало проблем, связанных с влиянием на развивающуюся личность огромного количества внешних и внутренних факторов. Чтобы эффективно управлять этим процессом, надо знать их специфику, положительные и негативные стороны, предвидеть результаты воздействия и своевременно вносить коррективы.

Согласно С.В. Алехиной, обучающиеся с особыми образовательными потребностями - это обучающиеся, нуждающиеся в получении специальной психолого-педагогической помощи и организации особых условий при их воспитании и обучении.

Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья – это обучающиеся, имеющие недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий [2].

Выделим основные проблемы подростков с ограниченными возможностями здоровья. Во-первых, это связь с внешним миром, социальных контактов со сверстниками и взрослыми, общения с ними, с природой, доступ к культурным ценностям. Эти проблемы связаны не только с социальным, физическим и психическим здоровьем, но это и результат социальной политики и сложившегося общественного сознания, отсутствие специальных социальных служб [29].

Цель технологии социальной реабилитации:

- восстановить утраченные функции организма;
- восстановить возможности человека к самообслуживанию;
- нормализовать психологическое состояние;
- вернуть человека к нормальной, полноценной и активной жизни по возможности в условиях современного общества [29].

Процесс социальной реабилитации протекает только в деятельности, которая обеспечивает познание ребенком окружающего мира, порождает новые

потребности, стимулирует возникновение у детей чувств, активизирует волю, является важнейшим источником овладения опытом межличностных отношений и поведения. Основными видами деятельности ребенка и подростка, в которых они наиболее полно развиваются, являются игра, учение и труд.

Рассмотрим некоторые психологические особенности развития детей с ограниченными возможностями, в зависимости от нозологической группы:

- отсталость в умственном (интеллектуальном) развитии;
- нарушения слуха (слабослышащие, глухие);
- задержка психического развития (ЗПР);
- проблемы со зрением (слабовидящие, слепые);
- нарушения в работе опорно-двигательного аппарата;
- речевые отклонения;
- расстройства общения и поведения;
- множественные проблемы со здоровьем (сочетание нескольких патологий одновременно) [11].

От умения врачей и знания ими специфики работы зависит будущее миллионов инвалидов по всей стране. Очень часто из-за неправильного диагноза психолога, логопеда или педагога маленький пациент теряет единственный шанс на социальную адаптацию. Профессиональные навыки воспитателей должны быть направлены не только на удовлетворение базовых потребностей, но и на укрепление мотивации учеников с помощью специальных технологий. Каждый ребенок с ОВЗ, будь то аутизм, глухота или детский церебральный паралич (ДЦП), обязан развиваться по мере своих возможностей.

Перед составлением плана обучения детей-инвалидов распределяют по группам согласно степени нарушения здоровья. Такой подход помогает объединить детей с похожими отклонениями и предоставить им максимально комфортные возможности для адаптации. Согласно международной классификации выделяют 4 степени развития патологий, относительно которых пациенту присваивается определенный статус:

1. Легкие и умеренные нарушения функций.
2. Выраженные отклонения.
3. Высокая выраженность патологий.
4. Резко выраженные нарушения.

Подростки с ОВЗ первой степени обладают патологиями, которые часто являются показанием для признания инвалидности. Тем не менее, не все дети из этой категории становятся инвалидами, поскольку при правильном обучении и адекватной нагрузке они способны восстановить отстающие в развитии системы организма. Ко второму виду относятся взрослые пациенты с третьей группой инвалидности и дети с выраженными отклонениями. Патологии ограничивают возможности социальной адаптации этих людей, поэтому они нуждаются в особых условиях для жизни [11].

Третья степень ОВЗ соответствует второй группе инвалидности у взрослого человека. Детки из данной категории сильно ограничены в процессах жизнедеятельности из-за высокой выраженности нарушений здоровья. К четвертой степени относят пациентов с резко проявленными патологиями функций органов. По причине вышеуказанных отклонений, люди вынуждены жить в условиях социальной дезадаптации. Реабилитационные и лечебные мероприятия на данном этапе редко проходят успешно, поскольку большинство поражений имеют необратимый характер.

Формирование доступной образовательной среды требует соблюдения правил, поскольку ученики с ОВЗ – это особая группа учащихся. Обучение должно происходить в специально обустроенных помещениях, которые будут гарантировать безопасность. Дитя с ограниченными возможностями может получить полноценное образование только в школах, где применяются адаптированные курсы и коррекционные схемы. Существует возможность направления детей-инвалидов в обычные общеобразовательные учреждения, где они смогут учиться на равных со сверстниками [29].

Инклюзивное образование считается редкостью в России, но иногда можно встретить школы, которые принимают учеников с различными

отклонениями здоровья. Программа данных учреждений основана на обеспечении инвалидов всеми необходимыми приспособлениями для преодоления психофизических барьеров во время обучения. Педагоги мотивируют детей к проявлению активности на уроках, совместная работа психологов и родителей способствует достижению хороших результатов. Высокое качество инклюзивного образования зависит от взаимодействия инфраструктур школы [31].

Учебный процесс для детей с ОВЗ имеет некоторые особенности, которые отсутствуют в общеобразовательной программе. Действие коррекционной методики направлено на полное или частичное устранение отклонений. Например, во время работы с детьми, у которых присутствуют нарушения в работе органа зрения, учителя применяют развивающие компьютерные игры. Использование специальных технологий помогает в игровой форме улучшить состояние зрительного анализатора. Основными принципами обучения являются [28]:

- мотивирование к учебному процессу;
- психологическая безопасность;
- единство совместной деятельности;
- помощь в приспособлении к окружающим условиям.

Дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) занимаются формированием начального сотрудничества между воспитателем и учениками. Задача средней школы состоит в реализации творческого потенциала, овладении дополнительными полезными навыками. Личностное становление ребенка зависит от биологических и социокультурных факторов. Выполнение рекомендаций педиатра является одним из этапов успешного развития инвалида [11].

Программа ФГОС (федеральный государственный образовательный стандарт) занимается предоставлением соответствующих условий обучения для образования подрастающему поколению с ОВЗ. Стандарт обеспечивает

учреждения для инвалидов кадрами с высокой компетенцией, которые будут осуществлять медико-психологическое сопровождение детей.

Процесс распределения базируется на оценке состояния здоровья учеников, решение выносится специальной комиссией. Ребенок принимается на обучение только с согласия родителей. Каждая категория учащихся должна выполнять требования, заявленные в нормативно-правовых документах ФГОС согласно направлению коррекционной работы. Одна из главных задач образования состоит в формировании жизненной компетенции инвалидов. Стандарт предусматривает 4 типа детских программ обучения:

1. Первый учебный план подходит для дошкольников, которые успели к моменту поступления достичь уровня развития сверстников. Они обучаются наравне со здоровыми учениками, но имеют право проходить аттестацию с помощью других форм опроса.

2. Второй тип программы предусматривает пролонгированные сроки обучения для детей с ОВЗ. Ученик может получать образование вместе с другими детьми или учиться в специализированном классе. Процесс обучения подразумевает обязательное использование дополнительного оборудования, которое поможет расширить возможности школьника.

3. Третья категория учеников получает образование по совершенно другой программе, нежели сверстники. Для таких детей создается адаптированная индивидуальная среда, сроки обучения и формы аттестации выбираются экспертной комиссией.

4. Четвертая программа предназначена для инвалидов со множественными нарушениями здоровья. Образование школьников происходит согласно индивидуальному плану, возможно обучение на дому. По окончании школы ученикам выдается свидетельство установленного образца.

Таким образом, обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья - это подростки, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом, считающимся нормальными для человека данного возраста.

Далее рассмотрим психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья.

1.2 Психологические особенности подростков с ОВЗ

Группа подростков с ОВЗ очень неоднородна. В нее входят подростки с разными нарушениями развития: нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, с задержкой и комплексными нарушениями развития [9].

Каждый вид аномального развития имеет свои специфические особенности, однако для всех видов отклонений доминирующим является нарушение речевого общения, способности к приему и переработке информации. По этой причине подростки с отклонениями в развитии испытывают большие трудности при обучении, в частности при изучении родного языка, чтении, выработке различных навыков и умений, что отражается на их интеллектуальном развитии и формировании коммуникативных качеств.

Рассмотрим некоторые психологические особенности подростков с ограниченными возможностями здоровья.

1. Психологические особенности детей с проблемами слуха.

Необходимо помнить, что у детей с задержками слухового восприятия, в связи с нарушением развития устной речи, деформируется потребность в общении, что сказывается как на общем развитии, так и на чертах характера.

Психическое развитие подростков с нарушениями слуха – есть своеобразный путь развития, который совершается при особых условиях взаимодействия с окружающим миром. Существует дефицитарный тип нарушения развития, при этом типе первичный дефект слухового анализатора ведет к замедлению развития функций, связанных со слухом. Так же наблюдаются нарушение сложных межфункциональных связей и иерархической координации. Нарушенное развитие психических функций

несомненно тормозят психическое развитие глухого или слабослышащего подростка.

Психическое развитие подростков с нарушениями слуха различно в зависимости от того, является ли их глухота врожденной, потеряли ли они слух на ранних этапах онтогенеза или нарушение произошло в более позднем возрасте.

Ранняя потеря слуха затрудняет ориентацию в окружающей обстановке, ограничивает возможности познания окружающего мира. Чем раньше и тяжелее нарушен слух, тем более полно выражено у ребенка отставание в развитии. При своеобразном получении коррекционных воздействий ребенок в дальнейшем интеллектуально развивается нормально [2].

2. Психологические особенности школьников с проблемами зрения.

Развитие слепого или слабовидящего ребёнка намного отличается от полноценного развития нормальных детей. Следует помнить о том, что существуют закономерности, которые невозможно изменить по известным причинам. Три положения, касающиеся подростка с проблемами зрения, которые нужно учитывать, и подходить к нему особенно:

- Наблюдается отсталость в развитии как физическом, так и в умственном. Это обуславливается ограничением активности и невозможностью успеть везде и всюду, так как дети с острым зрением.

- Определённые периоды и стадии развития слепого подростка не могут быть в то же время, что и у остальных. Здесь должна быть некая компенсация других органов чувств, и пока не произойдёт замены или компенсации, отсталость будет наблюдаться.

- В жизни слепого подростка наблюдается некоторая непропорциональность в развитии личностных сторон, это касается речи, мышления, движения.

- Существуют также проблемы с координацией движений, импульсивность и резкость движений характерна для слепых детей, так как навык ходьбы также приобретаетсся намного позднее [2].

3. Психологические особенности детей с речевыми нарушениями.

Под недоразвитием речи понимают искажение какой-либо речевой характеристики (грамматической, семантической или слуховой) при нормальном интеллектуальном формировании и достаточном уровне слуха ребенка. Данное отклонение классифицируется как речевое расстройство.

В зависимости от степени проявления нарушения выделяют 4 уровня общего недоразвития речи:

- абсолютное отсутствие речи (ОНР 1 уровня);
- скудность словарного запаса (ОНР 2 уровня);
- присутствие речи с определенными смысловыми ошибками (ОНР 3 уровня);
- следовые фрагменты лексико-грамматических ошибок (ОНР 4 уровня) [32].

В логопедической практике наиболее распространен 3 уровень нарушения речи, при котором ребенок говорит с преобладанием просто выстроенных фраз без сложных оборотов.

Для подростков с ОНР 3 уровня характерно использование простых, незамысловатых слов без построения сложных предложений. Часто подросток не формирует полноценные фразы, ограничиваясь отрывочными словосочетаниями. Тем не менее, речь бывает распространенной и развернутой. Свободное общение достаточно затруднено.

При данном виде отклонения понимание текста не искажается, за исключением сложных причастных, деепричастных, дополнительных конструкций, которые встраиваются в предложения. Может быть нарушена трактовка логики повествования – подростки с ОНР 3 уровня не проводят аналогий и логических цепочек между пространственными, временными, причинно-следственными отношениями речи.

В отличие от ОНР 2 уровня объем словарного запаса подростков с ОНР 3 уровня обширен, так как включает слова практически всех частей речи и форм, каждая из которых находится в активном словаре говорящего. Самыми употребляемыми словами у подростков с таким отклонением являются существительные и глаголы ввиду общей упрощенности речи, наречия и прилагательные встречаются в устном повествовании реже.

Типичным для ОНР 3 вида является неточное, а иногда неправильное применение названий предметов и наименований имен. Происходит подмена понятий:

- часть предмета называется именем целого объекта (стрелки – часы);
 - названия профессий подменяются описанием действий (пианист – «человек играет»);
 - названия вида заменяются общим родовым признаком (голубь – птица);
 - взаимное замещение нетождественных понятий (высокий – большой)
- [27].

Может быть неправильным согласование слов разных частей речи между собой (обычно дети путают окончания и падежи). Часто наблюдается неправильная расстановка ударений в словах.

При не осложненных формах общего недоразвития речи 3 типа ошибки в звуковом восприятии слов и нарушение структуры слогов (за исключением повторения длинных слов из 3 или 4 слогов, где происходит такое их сокращение) практически не наблюдаются. В меньшей степени выражено искажение звуковой передачи речи, но при проявлении данного симптома в свободном разговоре может происходить искажение даже тех звуков, которые ребенок умеет произносить правильно. [5].

4. Психологические особенности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют подростки с церебральными параличами.

Дети с ДЦП умственно развиты, и в большинстве своем способны самостоятельно передвигаться. И различные психологические проблемы возникают не из-за их внутреннего состояния или физических недостатков, а из-за двух причин — чрезмерной жалости со стороны окружающих и чрезмерной опеке со стороны родителей и близких. Подросток должен быть склонен к различным эмоциям и иметь волевой характер, а эти качества не дозревают из-за того, что он не способен принимать решения самостоятельно, при слишком большой опеке он может чувствовать себя незащищенным, у него может развиваться недостаток самокритичности и сосредоточенности на решении собственных проблем. В случаях неправильного воспитания развивается эгоцентризм, когда ребенок не просто получает опеку, но и требует ее постоянного наличия и продолжения даже при взрослении.

Если у ребенка ограниченное пространство, и к этому добавляется воспитание, которое психологически поощряет отсутствие инициативы и самостоятельности, он может стать бесконтактным, ранимым, способность к коммуникации может пострадать, что в результате приведет к неуверенности во взрослом возрасте. Оторванность от мира, замкнутость может вызвать депрессию. Но, кроме чрезмерной заботы родителей, опасность представляет и отвержение ребенка с ограниченными возможностями со стороны общества — это может привести к раздражительности, жесткости характера, склонности к взрывным истерикам, агрессивному поведению.

В плане умственного развития дети с ДЦП развиваются как вполне здоровые личности, особенно, если форма заболевания мозжечковая. Однако эмоциональная сфера может страдать, например такие дети могут трудно уживаться в коллективе, ощущать себя ущемленными. Конечно, все зависит от волевых качеств и здесь нельзя всех уравнивать, но все же невозможность полноценно двигаться накладывает некоторые неудобства на жизнь, эти неудобства влияют на эмоциональную сферу [29].

Возможны эмоциональные всплески, которые сопровождаются чрезмерной физической активностью, но в целом дети усидчивы в силу своего

физического состояния, и это можно использовать для интеллектуального развития. Но и о физическом развитии забывать не нужно — ведь всегда можно улучшить подвижность, координацию с помощью физических упражнений, которыми можно разбавлять умственные занятия. Дети с ДЦП нуждаются не в опеке, а в работе над собой, и это — очередной повод родителям тесно пообщаться с детьми.

К сожалению, часто личность развивается инфантильно, волевые качества недостаточно развиты из-за сильного развития потребности не в будущем удовлетворении результатом деятельности, а в минималистических сиюминутных желаниях, которые спровоцированы эмоциями удовольствия. При таком подходе к жизни общение с другими людьми затруднено, что может еще больше усилить разрыв с обществом. Может нарастать обида, злоба на окружающий мир, это является источником злобы и агрессивности. Конечно, далеко не все дети развиваются по этому сценарию, но все больные люди в какой-то мере досадные, а дети с ДЦП больны с раннего детства [3].

Для ребенка очень важен успех в какой-либо сфере, это повышает самооценку и позволяет уверенней взрослеть. Успеха достичь довольно трудно, ведь дети могут заниматься ограниченной сферой деятельности, поэтому самооценку довольно трудно сформировать. Спастическая диплагия приводит к робкости, ранимости, подверженности разным страхам. Гемипаретический тип ДЦП может приводить к другому типу характера, который сопровождается эмоциональной перевозбужденностью, склонностью к эйфории.

В случае если у ребенка детский церебральный паралич, главная задача по воспитанию лежит на родителях. Никакое учебное заведение, никакой дипломированный педагог, никакая, даже самая благородная государственная система воспитания не может заменить родительской заботы и контроля. Но не нужно думать, что забота о ребенке, пусть даже с ограниченными возможностями, это какая-то трудновыполнимая задача — все нужные навыки и желание заботиться заложены в родителях природой. Но не только естественный потенциал есть у родителей, у ребенка тоже есть способности,

которые ему даны от рождения, задачей родителей является раскрыть способности дочери или сына и помочь ему адаптироваться к жизни.

Общая характеристика детей с ЗПР. Это состояние характеризуется замедленным темпом развития познавательных процессов: памяти, внимания, мышления, так и пониженным развитием волевых процессов.

Причины ЗПР делятся на биологические и социально-психологические. К биологическим факторам можно отнести негрубые органические повреждения центральной нервной системы, приводящих к парциальным нарушениям психического развития ребенка, причины которых могут лежать в различных патологиях беременности: токсикозах, гипоксии плода, внутриутробных инфекциях, травмах полученных во время родов, алкоголизм родителей. К социальным факторам можно отнести воспитание в условиях гиперопеки или безнадзорности, дефицит общения как такового (социальная депривация). Нарушения слуха и зрения тоже может являться вторичным фактором развития ЗПР. Биологические и социальные факторы могут сочетаться в формировании ЗПР. Например: органические нарушения с гиперопекой или социальной депривацией, или выступать в качестве самостоятельных факторов.

К. С. Лебединской выделяются следующие виды ЗПР [12]:

1. Конституционального генеза – страдает эмоционально-волевая сфера и физическое развитие, такой вид ЗПР еще называют гармоничным инфантилизмом. Когда хронологический возраст не соответствует возрастным нормам развития.

2. Соматогенного генеза – характеризуется влиянием тяжелого соматического заболевания на созревание структур головного мозга. Психогенного генеза - в основе такого типа ЗПР лежат неблагоприятные факторы психического развития. Безнадзорность, жестокое обращение, гиперопека. Как правило, формируются безволие, безынициативность, эгоцентризм.

3. Органического генеза – в основе такого типа ЗПР лежат органические первичные поражения головного мозга негрубого характера. Внешне это

выражается в двигательной расторможенности, бедности оттенков эмоций, низким уровнем воображения. Также эти дети повышено внушаемы. На практике, чаще всего приходится иметь дело с таким типом ЗПР. Хотелось бы отметить, что ЗПР может иметь наследственный характер. Встречаются семьи с ЗПР в нескольких поколениях.

Игровая деятельность детей с ЗПР отличается стереотипностью, игрой в одиночестве. Такие дети не соблюдают правила игры, их движения отличаются неловкостью, могут наблюдаться различного рода тики. На практике хорошо зарекомендовали себя следующие методы коррекции: игротерапия, сказкотерапия, куклотерапия и другие арттерапевтические методы [13].

Существенные изменения в физическом и психическом развитии влекут за собой нарушения в личностной сфере. Основными ее особенностями являются:

- ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых) приводит к тому, что умственно отсталые подростки становятся отверженными в среде сверстников;
- желание самоутвердиться нередко проявляется в патологической форме;
- они могут вести себя жестоко по отношению к слабым детям;
- развивающийся комплекс неполноценности, если не принять мер, делает их отверженными в среде сверстников [18].

В связи с общим недоразвитием аналитико-синтетической деятельности у этих детей с большим трудом формируются все языковые обобщения, замедленно усваиваются все закономерности языка. Недостатки произношения затрудняют общение. Ребенок, зная, что он говорит не так, как все, старается меньше пользоваться речью, отмалчивается, когда его о чем-то спрашивают, прибегает к указательным жестам. Это отрицательно сказывается на развитии его эмоционально-личностной сферы.

Согласно Д.Б. Эльконину, подростковый период - это период развития личности и интеграции в общество. Важным качеством личности является более или менее объективное отношение человека к себе, его самооценка,

которая у умственно отсталых формируется медленнее, чем у нормально развивающихся сверстников. Поэтому значительную трудность представляет собой воспитание у учащихся адекватной самооценки, так как большинство подростков с интеллектуальной недостаточностью проявляют склонность к завышенной самооценке [40].

Согласно В.В. Лебединскому, наиболее же существенным нарушением психической деятельности подростков с умственной отсталостью является недостаточность критического отношения к себе и ситуации, неспособность понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия [13].

Умственная отсталость является следствием врожденных или приобретенных нарушений в головном мозге. Врожденные аномалии появляются в результате влияния вредных факторов на плод в утробе матери. Это могут быть:

- травмы, интоксикации, алкоголизм матери;
- отсутствие сбалансированного питания у беременной;
- внутриутробное инфицирование;
- гормональные нарушения у беременной;
- прием будущей мамой тератогенных лекарственных препаратов;
- несовместимость резус-фактора крови матери и ребенка;
- генетический фактор.

Приобретенные патологии головного мозга возникают в результате вредного воздействия во время родов и после них:

- механические повреждения и травмы плода во время появления на свет;
- инфекционные болезни на первом году жизни (менингит, полиомиелит, энцефалит, грипп, корь);
- неблагоприятные социальные условия жизни и отсутствие общения.

Различение в речи слов на слух происходит довольно поздно. Словарь ребенка, как правильно, очень ограничен и недостаточен. Касательно памяти умственно отсталых детей, то она непрочна и работает замедленно, что

проявляется в длительном усваивании нового. Им удастся запомнить после многократного повторения, однако и этот материал дети быстро, забывают, а также не могут воспользоваться полученными знаниями. Низкий уровень развития мышления умственно отсталых детей связан с недоразвитостью речи. Из-за этого у ребенка накапливается скудный запас представлений, поэтому преобладает конкретный тип мышления. Соответственно словесно-логическое мышление, в котором необходимы операции анализа, обобщения, сравнения, развито слабо. Из-за этого обучение умственно отсталых детей проблематично: таким школьникам трудно усвоить школьные правила, использовать их и решать математические задачи.

Если говорить о психологии умственно отсталых детей, то обычно можно наблюдать резкие перепады в их настроении: высокая возбудимость нередко сменяется апатией. Присутствует слабый интерес к окружающему миру, поздно устанавливается контакт с близкими. Отсутствует потребность и умение общения со сверстниками. В поведении умственно отсталых детей отмечается раздражительность, нервность, безынициативность, импульсивность и ограниченность проявлений чувств.

Таких детей разделяют на 3 группы:

1. Дебилами называют детей с легкой степенью отсталости. Они вполне могут обучаться, правда, в специализированных учреждениях, поскольку высшие познавательные процессы недоразвиты. Они обучаются счету, чтению, письму, речи.

2. Имбецилами называют глубоко умственно отсталых детей, у которых отсутствует полноценная самостоятельная деятельность. Они коверкают свою речь, неправильно строят предложения. Обладают некоторыми бытовыми навыками, но требуют присмотра.

3. Идиоты – это дети с крайне глубоким умственным отставанием, не способные овладеть речью или понимать чужую. Они могут только реагировать на внешние раздражители, практически не двигаются и всегда должны быть под присмотром [27].

Диалогическая речь, умственно отсталых детей заметно отличается от диалогической речи детей с нормальным развитием. У них оказываются несформированными все операции речевой деятельности. Из-за особенностей мотивационной, эмоционально-волевой сферы. снижена потребность в речевом общении, побуждения к речи быстро исчерпываются, им свойственна безынициативность они сами редко задают вопросы. Вместо обращения нередко пользуются выразительными жестами, не говоря ни слова, дотрагиваются до руки, привлекая к себе внимание. Речевая активность совсем падает, когда они вынуждены общаться с незнакомыми людьми. Чувство неловкости, смущения испытываемое ими перед собеседником, мешает начать разговор и может привести к прекращению общения. Заторможенность мыслительных процессов, слабые связи между всеми анализаторами, участвующими в процессе речеобразования приводят к нарушению программирования речевой деятельности, реализации речевого высказывания и сличения полученного результата с предварительным замыслом. Умственно отсталому ребенку трудно постоянно следить за развертыванием мысли собеседника он затрудняется в понимании услышанного. Во время осуществления диалогической речи необходимо сопоставлять реплики собеседника со своими мыслями, требуется быстрое переключение от говорения к слушанию. Инертность нервных процессов не позволяют умственно отсталым детям делать это быстро [9].

Обобщая вышесказанное, мы отмечаем, что недостаточная выраженность познавательных интересов у детей с ОВЗ сочетается с незрелостью высших психических функций, с нарушениями, памяти, с функциональной недостаточностью зрительного и слухового восприятия, с плохой координацией движений. Снижение познавательной активности проявляется в ограниченности запаса знаний об окружающем мире и ограниченности практических навыков, соответствующих возрасту и необходимых ребенку на первых этапах обучения в школе. Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения проявляются в слабости волевых установок, эмоциональной

неустойчивости, импульсивности, аффективной возбудимости, двигательной расторможенности, либо, наоборот, в вялости, апатичности.

Таким образом, мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении.

Проблема обучения детей с ограниченными возможностями здоровья становится актуальной в связи со значительным увеличением численности данной группы в обществе с одной стороны, а с другой, появляющимися новыми возможностями для их адаптации в обществе. Подростки с ОВЗ требуют индивидуального подхода, социально-педагогической помощи и поддержки. Рассмотрим основные технологии работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ.

1.3 Формы, направления работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ

Работа социального педагога – это система строго последовательных действий профессионала, нацеленных на решение определенной социально-педагогической задачи, с заранее спланированным результатом.

По мнению М.А. Галагузовой, главной задачей социального педагога является разрешение проблем социальной жизни детей [20].

Основные направления работы:

Управленческое:

- 1.Участие в педагогических советах.
- 2.Консультирование классных родителей.
- 3.Участие в разработке плана работы службы сопровождения.
- 4 Составление отчетов и справок.

5.Участие в совещаниях, семинарах и рабочих группах для повышения результативности своей работы и налаживании контактов.

Профилактическое:

- 1.Изучение контингента учащихся (социальный состав школы).
- 2.Изучение социума детей.
- 3.Участие в работе службы сопровождения.
- 4.Вовлечение учащихся в кружки, секции, студии, ГПД.
- 5.Сотрудничество в КДН и ОДН.

Защитно-охранное:

1. Осуществляется патронаж вновь прибывших учащихся (школьная адаптация).
2. Организация получения льготных проездных документов для учащихся.
3. Контроль за организацией помощи детям из группы риска.
4. Организация летнего отдыха учащихся через ОДН и Комитет по делам молодежи.
5. Трудоустройство учащихся на летний период.

Аналитико – диагностическое;

- 1.Сбор информации об учащихся, задержанных милицией.
2. Анализ работы социального педагога на начало и конец учебного года.
3. Изучение новых воспитательных технологий с целью достижения максимальной эффективности в работе.

Формы и методы работы.

1. Метод исследования
 - первичное знакомство с ситуацией;
 - более подробное изучение картины проблемы;
 - изучения опыта в решении аналогичных ситуаций;
 - сбор дополнительной информации;
 - формулировка выводов и разработка рекомендаций для разных категорий участников проблемы;

-создание программы социально-педагогической работы по разрешению данной проблемы.

2. Метод анализа нормативно – правовых документов (устава ОУ, Закон РФ, Закон об образовании, Конвенция о правах ребенка , и т.д.)

3. Метод изучения социальных ожиданий детей, родителей и учителей.

4. Беседа.

5. Проективные методики .

6. Оценочные методы. Самооценка и взаимооценка детей в группах и т.д.

7. Групповые и индивидуальные занятия с учащимися и их родителями

[21].

Цель работы социального педагога с данной категорией детей заключается в обеспечении детям-инвалидам возможности вести образ жизни, соответствующий возрасту; максимальном приспособлении ребенка к окружающей среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, приобретение знаний.

Т.Б. Епифанцева выделяет следующие направления работы социального педагога:

1. Изучение психологического климата в семье.

2. Устранение конфликтных ситуаций между родителями и детьми, членами семьи.

3. Воспитание правильного отношения у родителей и др. детей к ребенку с ограниченными возможностями.

4. Содействие в оказании материальной и бытовой помощи семье

5. Помощь в организации оздоровления родителей вместе с детьми в лагерях, санаториях

6. Организация информационно-просветительских услуг род. с привлечением специалистов необходимого профиля [6].

Также выделяют следующие формы работы социального педагога

1. Индивидуальная социально-педагогическая работа (беседа, консультирование, патронаж, социальное обслуживание на дому.

2. Групповая социально-педагогическая работа (групповые консультации, тренинги для группы родителей, имеющих схожие проблемы в воспитании ребенка, создание групп взаимопомощи [6]).

Для успешного достижения цели реабилитации: социальной адаптации ребенка-инвалида необходимо решение ряда медико-социальных, социально-психологических и психолого-педагогических проблем не только детей, но и их родителей, а также активное включение семьи в реабилитационный процесс.

Серьезная проблема при работе с детьми с ОВЗ – трудности в выявлении семейных особенностей, которые влияют на поведение и психическое здоровье детей. Не случайно особое внимание уделяется социально-педагогическому просвещению родителей. Семьи с детьми с ОВЗ – особая категория, относящаяся к «группам риска». Распад семей с детьми с ОВЗ происходит значительно чаще [3].

Во-первых, оказание индивидуальной помощи подростку с ОВЗ. Она включает в себя помощь в адаптации к среде здоровых сверстников, проведение совместно с психологом диагностики, позволяющей выявить уровень умственных способностей подростка с ОВЗ, его эмоциональное напряжение.

Во-вторых, работа с классным коллективом. Осуществлять деятельность в данном направлении социальный педагог может совместно с психологом и классным руководителем.

В-третьих, работа социального педагога с семьей ребенка-инвалида. Технология работы социального педагога с семьей ребенка-инвалида включает оказание психологической помощи, правовое консультирование родителей, содействие в оказании материальной и бытовой помощи [6].

Как социальная группа в обществе подростки с ограниченными возможностями здоровья нуждаются, главным образом, в создании реальных условий для получения качественного образования, начиная со школы, и далее получении профессионального образования с последующим трудоустройством и адаптацией в обществе [24].

Целью социально-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ является оказание комплексной помощи, обеспечивающей успешную интеграцию детей с ограниченными возможностями здоровья в социум.

Задачи:

- предупреждение возникновения проблем развития ребенка с ОВЗ;
- помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач обучения и социализации;
- развитие психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) учащихся, родителей, педагогов [22].

Функции осуществления социально-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, в условиях общеобразовательного учреждения:

- информационная (информирование родителей о работе общественных организаций, о специальных мероприятиях);
- организационная (проведение мероприятий, направленных на привлечение внимания к проблемам семей с детьми-инвалидами и другой социальной направленности, ориентированной на их поддержку);
- обучающая (проведение семинаров для педагогов, социальных педагогов, педагогов-психологов с целью накопления и обмена опытом);
- посредническая (приглашение специалистов для проведения профессионального консультирования в области юриспруденции, медицины, экономики и права).

Автор выделяет принципы сопровождения ребенка в образовательном учреждении:

- рекомендательный характер;
- приоритет интересов сопровождаемого;
- мультидисциплинарность сопровождения;
- непрерывность сопровождения;
- стремление к автономизации [23].

Социально-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ оказывает помощь в формировании их самосознания, самоопределения и самореализации. Каждый возрастной период имеет свои особенности, поэтому одним из основных условий педагогического сопровождения обучающихся в процесс их социализации выступает учет особенностей, которые характеризуют каждый возрастной этап.

Сущность педагогического сопровождения обучающихся в процессе их социализации заключается в сопровождении индивидуального, личностного, социального развития, поддержки позитивного в индивидуальном опыте; помощь в раскрытии внутреннего потенциала, преодолении трудностей в процессе обучения, воспитания и развития.

В процессе социально-педагогического сопровождения взаимосвязаны три компонента:

- диагностика всестороннего развития ребенка;
- реализация программ индивидуальных и групповых занятий коррекционно-развивающей направленности:
- анализ образовательной среды с точки зрения возможностей для обучения и развития и требований, предъявляемых к уровню развития ребенка.

Итак, при любой форме интеграции подростков с ограниченными возможностями здоровья в массовой школе необходимо создавать специальные социально-педагогические условия, способствующие развитию проблемных учащихся, особые материально-технические условия. Только полноценное социально-педагогическое сопровождение, специальная служба, осуществляющая реабилитацию ребенка, способна помочь в решении проблем, возникающих в развитии ребенка и в процессе его обучения.

Содержание работы социального педагога заключается в следующем [22]:

- создание здоровых, воспитывающих, гуманных отношений в социуме;
- помощь в развитии личности ребенка;
- оказание помощи в социальной адаптации и реабилитации;

- предоставление помощи в налаживании семейных отношений, устранение дефицита общения;
- решение личных и социальных проблем учащихся;
- предотвращение и разрешение конфликтных ситуаций в межличностных отношениях;
- разъяснение прав, обязанностей учащихся, а также правовые консультации педагогов специальных образовательных учреждений;
- представление интересов учащихся от имени специального образовательного учреждения в правоохранительных органах;
- работа с администрацией, психологом, педагогами и другими работниками специальных учреждений по подготовке всех необходимых документов для дальнейшего трудоустройства или учебы учащихся.

Таким образом, социально-педагогическая деятельность по оказании помощи подросткам с ограниченными возможностями – это грамотно организованный непрерывный процесс социального воспитания с учетом особенностей развития личности подростка с особыми потребностями.

Работа социального педагога с данной категорией детей заключается в обеспечении детям с ОВЗ возможности вести образ жизни, соответствующий возрасту; максимальном приспособлении подростка к окружающей среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, приобретение знаний профессионального опыта, участия в общественно-полезном труде; в помощи родителям подростков с ОВЗ.

Глава 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И РАБОТА СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С НИМИ

2.1 Организация и методы исследования

Нами организовано экспериментальное исследование на базе МБОУ «СОШ №1 города Лесосибирска» с целью изучения психологических особенностей подростков с ОВЗ. В исследовании приняли участие 30 учащихся 13–14 лет, из них 15 подростков без ОВЗ, и 15 подростков со следующими нарушениями в развитии:

- нарушения слуха (9 человек);
- нарушения опорно-двигательного аппарата (6 человек).

В качестве диагностического материала нами были выбраны следующие методики:

1. «Подростковый 14-факторный личностный опросник» Р.Б. Кеттелла.
2. «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.

Рассмотрим содержание каждой методики.

1. Методика «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор - Р. Кеттелл)

Цель - выявление личностных особенностей подростков.

Методика состоит из опросника, бланка для ответов и ключа. «Сырые» оценки переводятся в 10-ти бальную шкалу - стены. Стены по всем шестнадцати факторам распределяются по биполярной шкале. Крайние значения на этой шкале - это один и десять. Если значение стена лежит в промежутке от одного до пяти с половиной, значит, фактору присваивается знак минус, а если значение стена находится в промежутке от пяти с половиной до десяти, то знак плюс. Когда специалисты интерпретируют первичные

факторы, то они первым делом смотрят на их пиковые значения, т.е. находящиеся в самых верхних и самых нижних границах рассматриваемого диапазона. Время прохождения опросника Кеттелла для подростков 30-40 минут.

Описание факторов:

Фактор А (шизотимия-аффектомия)

Подростки с высокими оценками по данному фактору эмоционально неустойчивы, подвержены переживаниям, отличаются богатством и яркостью эмоциональных переживаний.

Высокие оценки свидетельствуют о легкости в общении, доброжелательности подростка, а также склонности к сотрудничеству, внимательности к людям.

Фактор В (интеллект)

С его помощью психологи измеряют уровень оперативности мышления индивида и общий уровень эрудиции, присущий ему.

Низкие оценки по данному фактору характеризуют подростка как интеллектуально несобранного, с эмоционально дезорганизованным мышлением.

Высокие оценки свидетельствуют о высоких умственных способностях подростка, умении быстро схватывать и интеллектуально приспособляться.

Фактор С (степень эмоциональной устойчивости)

Он определяет способность личности быть уравновешенной в эмоциональном плане в стрессовых и фрустрирующих ситуациях.

Низкие оценки означают, что личность чувствительная и эмоционально неустойчива, легко расстраивается.

Высокие оценки по данному фактору свидетельствуют о эмоциональной устойчивости подростка, о его покорности перед проблемами без отрицательных эмоций.

Фактор D (флегматичность-возбудимость)

Низкие оценки означают, что подросток сдержан, инертен, осторожен и нетороплив. Такой подросток не склонен к резкости и упорен в достижении цели.

Фактор E (пассивность-доминантность)

Описывает уровень доминантности либо способности испытуемого подчиняться внешней воле.

Низкие оценки свидетельствуют об уступчивости и навязчивости в поведении, такие подростки зависят от других, стремятся раскрыться другим.

Высокие оценки характеризуют подростка как руководителя по отношению к другим.

Фактор F (осторожность-легкомыслие)

Определяет, является ли тестируемый сдержанным или экспрессивным человеком.

Низкие оценки означают, что подросток осторожный, неторопливый и молчаливый.

Высокие оценки означают, что подросток безалаберный, импульсивный, веселый, полон энтузиазма, активен и разговорчив.

Фактор G (степень принятия моральных норм)

Показывает, склонен ли в своём поведении индивид придерживаться социальных правил.

Низкие оценки говорят о неустойчивости в достижении цели. Такие подростки мало чувствуют обязанности, избегают правила.

Высокие свидетельства свидетельствуют о сознательности, настойчивости, требовательности к себе, ответственности. Такие подростки нелегки в общении.

Фактор H (робость, застенчивость - смелость, авантюризм)

Измеряет активность личности, проявляемую ею во взаимодействии с другими людьми. Иными словами, можно ли её назвать смелой или застенчивой.

Низкие оценки характеризуют подростка как застенчивого, сдержанного, боязливого, держащегося в тени. У такого подростка проявляется подсознательное чувство вины и собственной неполноценности.

Высокие оценки говорят об авантюризме, социальной смелости подростка.

Фактор I (реализм - сензитивность)

С его помощью возможно почерпнуть массу информации о развитии чувственной сферы человека, есть ли в индивиде романтический настрой или же он рассудительный, логичный и жёсткий.

Низкие оценки свидетельствуют о практичности и самодовольстве, реалистичности, мужественности и независимости.

Высокие оценки означают высокую эмоциональную чувствительность, отсутствие альтруизма.

Фактор J (неврастения, фактор Гамлета)

Низкие оценки характеризуют подростка как предприимчивого, энергичного, любящего внимание и предпочитающего групповые действия.

Высокие оценки означают сдержанность и индивидуализм.

Фактор O (самоуверенность - склонность к чувству вины)

Измеряет уровень спокойствия и тревожности испытуемого.

Низкие оценки по данному фактору означают безмятежность, доверчивость и преобладание спокойного настроения и невозмутимости.

Высокие оценки характеризуют подростка как беспокойных и тревожных. Такие подростки зачастую депрессивные, у них преобладает плохое настроение.

Фактор Q2 (степень групповой зависимости)

Низкие оценки по данному фактору характеризуют подростков, как зависимых, ведомых, идущих на зов.

Высокие оценки свидетельствуют о независимости, склонности идти своим путем, принимать собственные решения и действовать самостоятельно.

Фактор Q3 (степень самоконтроля)

Подростки, имеющие высокие показатели, имеют железную волю, отлично контролируют свои эмоции и поведение и, в целом, обладают превосходным самоконтролем. Низкие оценки говорят о низком волевом контроле. Такие подростки не руководствуются волевым контролем в своем поведении.

Фактор Q4 (степень внутреннего напряжения)

Характеризует степень расслабленности либо напряжённости, присутствующей в поведении индивида.

Низкие оценки свидетельствуют о склонности к удовлетворенности и расслабленности, а также лени, приводящей к низким достижениям.

Высокие оценки характеризуют подростков как сверхактивных, возбудимых, беспокойных и нетерпеливых. При групповой работе они не очень приятны.

Для толкования сочетаний факторов исследователи объединяют несколько родственных факторов в группу и на основе данных, полученных при интерпретации такой группы, вырабатывают заключение о психологических особенностях какой-либо из граней человеческой натуры.

Существуют следующие группы факторов:

- коммуникативные факторы, объединяющие в себе такие черты характера, как дипломатичность, смелость, доминантность, общительность и самостоятельность. Изучив указанные свойства личности, психологи могут с достаточно высокой степенью точности судить, насколько развита у конкретного человека сфера взаимоотношений с людьми, как он проявляет себя в общении с членами социума и есть ли у него способности общаться;

- к интеллектуальным факторам относятся восприимчивость к чему-либо новому, дипломатичность, интеллектуальность и мечтательность. С его помощью учёные определяют возможности интеллекта испытуемого, какой вид мышления преобладает в его деятельности (абстрактный или образный), как он

обдумывает проблемные и сложные ситуации, склонен ли индивид погружаться во внутренние переживания или его фокус обращён вовне его;

- эмоциональные факторы представлены чувствительностью, напряжённостью, беспечностью, устойчивостью в эмоциональном плане. Эти факторы характеризуют возможности индивида чувствовать или не чувствовать ситуации, связанные с эмоциями, способность его нервной системы справляться с потрясениями, восприятие личностью происходящего вокруг него на эмоциональном или рассудочно-логическом уровне;

- последняя группа факторов - регуляторная. Она представлена всего лишь двумя свойствами: нормативность и самодисциплина. Прежде всего, они описывают, насколько человек способен идти к желаемому вопреки всему, есть ли у него такие черты, как организованность, настойчивость и самообладание.

2. Методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы – Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин).

Цель методики - измерение тревожности как свойства личности.

Ч.Д. Спилбергер и Ю.Л. Ханин рассматривают два вида тревожности:

- ситуативную тревожность, которая возникает в конкретной ситуации (например, в период экзаменационной сессии) и выступает своеобразным мобилизирующим механизмом личности;

- личностную тревожность, которая рассматривается как личностная черта и проявляется в постоянной склонности к переживаниям тревоги в любых жизненных ситуациях и характеризуется состоянием безотчетного страха, неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и опасное.

Показатели реактивной тревожности и личностной тревожности подсчитываются по формулам:

$$PT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

где $\Sigma 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18; 26

$\Sigma 2$ — сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, И, 15, 19, 20);

$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, где $\Sigma 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результат оценивается следующим образом: до 30 - низкая тревожность; 31-45 - умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

Далее представим результаты экспериментального исследования психологических особенностей подростков с ОВЗ.

2.2 Анализ результатов исследования

Проведем анализ результатов исследования психологических особенностей личности подростков по тесту «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл), которые представлены в таблице 1 (приложение А) и таблице 2 (приложение Б).

Анализируя результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, мы отмечаем, что у 47% подростков с ОВЗ по фактору А (шизотимия – аффектомия) выявлен низкий показатель. Такие подростки менее общительны, замкнуты в себе, предпочитают держаться обособленно. У 20% подростков без ОВЗ по фактору А (шизотимия – аффектомия) выявлен высокий показатель. Такие подростки общительны, не замкнуты в себе. Анализируя результаты по этому фактору, мы выявили, что у 7% подростков без ОВЗ, низкий показатель.

Наглядно эти данные представлены на рисунке 1.

Подростки с ОВЗ



Подростки без ОВЗ

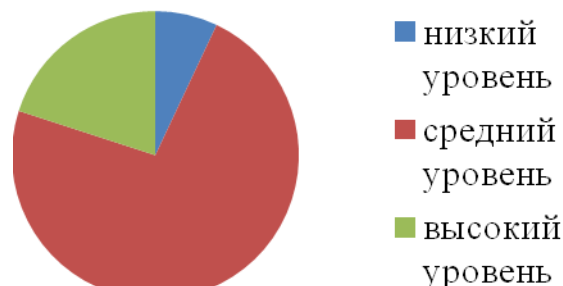


Рисунок 1 – Результаты диагностики личностных особенностей подростков (фактор А «шизотимия – аффектомия»)

Из этого следует, что подростки с ОВЗ характеризуются такими качествами, как: сдержанность, обособленность, критичность, склонность к ригидности, скептицизму, отчужденности. Вещи и идеи привлекают их больше, чем люди. Предпочитают работать в одиночку. Избегают компромиссов. В действиях и установках проявляется точность и ригидность. Данный показатель несколько коррелирует шизоидностью.

По фактору В у 8 подростков с ОВЗ (53%) был получен низкий показатель. Они выполняли предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходили к решению своих проблем. Это может свидетельствовать о плохом внимании, утомляемости. У Среди подростков без ОВЗ низкий показатель выявлен у 4 подростков (27%).

Анализируя результаты, полученные по фактору С, который определяет степень эмоциональной устойчивости, мы констатируем, что у 80% подростков без ОВЗ выявлен средний уровень, у 20 % высокий. Такие подростки эмоционально устойчивы к внешним и внутренним переживаниям. У 53% подростков с ОВЗ выявлен низкий показатель. Низкие оценки говорят о том, что такие дети чувствительны, эмоционально менее устойчивы. Легко расстраиваются, изменчивы в поведении и эмоциях. Избегают требований

окружающей действительности. Зачастую раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены. Активно реагируют на удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей. Требуют немедленного решения проблем, удовлетворения потребностей.

Наглядно эти данные представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 - Результаты диагностики личностных особенностей подростков (фактор С «степень эмоциональной устойчивости»)

Описывая результаты исследования по фактору D (флегматичность - возбудимость), нами отмечено, что у 20 % испытуемых низкий показатель. Это говорит о наличии таких психологических особенностей у подростка как: сдержанность, инертность, осторожность, склонность к самоунижению. Также мы констатируем, что у 4 подростков (27%) с ОВЗ выявлен высокий уровень, среди подростков без ОВЗ по данному фактору высокий уровень не выявлен.

Анализируя результаты, полученные по фактору E (пассивность – доминантность), мы выявили, что у 6 подростков (40%) с ОВЗ выявлен низкий показатель. Также мы отмечаем, что у подростков с ОВЗ этот показатель находится ниже, чем у подростков без ОВЗ. Это может свидетельствовать об

уступчивости, навязчивости в поведении, зависимости от других у подростков, с ОВЗ. У 60 % подростков с ОВЗ по фактору Е (пассивность - доминантность) имеются высокие оценки. Такие подростки демократичны, склонны к самоутверждению, придерживаются своих взглядов, установок, по отношению к другим выступает как руководитель.

По фактору F (осторожность – легкомыслие) у 5 подростков с ОВЗ (33%) отмечаются низкие значения, среди подростков без ОВЗ низкие показатели выявлены у 3 (20%). Такие подростки отличаются энергичностью, активностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска. Им свойственна переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм. Проанализировав результаты, можно отметить, что подростки с ОВЗ безалаберны, импульсивны. Мы отмечаем у 20 % испытуемых выявлены высокие оценки, что свидетельствует о наличии таких качеств как: безалаберность, импульсивность, энтузиазм.

По фактору G (степень принятия моральных норм) низкий уровень был выявлен у 1 подростка (7%) с ОВЗ и у 6 подростков без ОВЗ (40%). Такие подростки избегают правил, мало чувствуют обязанности.

По фактору H (робость, застенчивость - смелость, авантюризм) у 12 подростков с ОВЗ (80%) низкие оценки, что свидетельствует о застенчивости, трудностях в высказываниях. Такие подростки не склонны поддерживать отношения со всеми окружающими. Среди подростков без ОВЗ низкие оценки по данному фактору выявлены у 5 человек (33%).

По фактору I (реализм - сензитивность) выявлены высокие оценки выявлены у 7 подростков с ОВЗ (47%) и у 4 подростков без ОВЗ (27%).

По фактору J (неврастения, фактор Гамлета) выявлены высокие оценки у 5 подростков с ОВЗ (33%) и у 3 подростков без ОВЗ (20%).

Проанализировав результаты, полученные по фактору O (самоуверенность - склонность к чувству вины), мы отмечаем, что у 9 подростков с ОВЗ (60%) выявлен высокий показатель по данному фактору. Подросткам с ОВЗ свойственна депрессивность, у них преобладает плохое

настроение. Свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа. Неэффективные ораторы. У 12 подростков (80 %) без ОВЗ показатель по этому фактору находится на среднем уровне, что свидетельствует о том, что подростки с ОВЗ менее уверены в своих силах, чаще прогнозируют ситуации собственных неудач.

По фактору Q2 (степень групповой зависимости) у 11 подростков с ОВЗ (73 %) выявлены низкие оценки что сообщает нам об индивидуальности, предпочтении действовать в одиночку и плохой работе в группе. Среди подростков без ОВЗ низкие значения отмечены у 2 человек (13%). Такие подростки зависимы, ведомы, нерешительны, им необходима поддержка группы. У 4 подростков с ОВЗ (27 %) были получены средние оценки, следовательно, он обладает такими качествами как: независимость, склонность идти своим путем, принимать собственные решения, действовать самостоятельно.

По фактору Q3 (самоуверенность) у 5 подростков (33%) с ОВЗ наблюдается низкий показатель. В то время как у 12 испытуемых подростков (80%) без ОВЗ отмечаются средние значения. Это может быть расценено как лучшая социальная приспособленность и более успешное овладение требованиями окружающей жизни у подростков не имеющих ОВЗ.

По фактору Q4 (степень внутреннего напряжения) у 14 подростков с ОВЗ (93%) выявлены высокие оценки. Среди подростков без ОВЗ высокие показатели были выявлены у 8 человек (53%). Данные показатели свидетельствуют о беспокойстве, высокой возбудимости и недовольстве.

Обобщая результаты экспериментального исследования психологических особенностей подростков с ОВЗ, мы отмечаем, что по фактору А и фактору С выявлены наиболее значительные отличия подростков с ОВЗ, следовательно, они характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности,

критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении.

Зачастую подростки с ОВЗ раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены, пассивны в поведении. Так же им свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

Результаты исследования по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина показали, что высоким уровнем личностной тревожности обладают 63 % подростков с ОВЗ, средний уровень личностной тревожности — 37 %, высоким уровнем ситуативной тревожности — 63 % и среднем уровнем ситуативной тревожности — 37 % (Рис. 3).

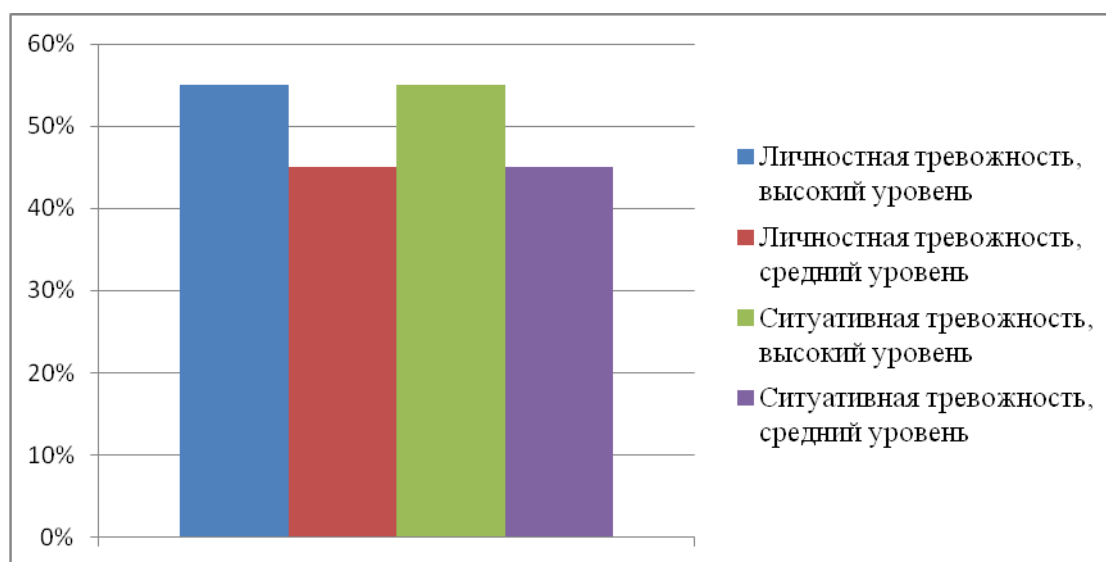


Рисунок 3 - Результаты диагностики тревожности у подростков с ОВЗ

По результатам исследования можно сделать вывод, что у подростков с ОВЗ более высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности.

Личностная тревожность - это склонность воспринимать, практически, все ситуации, как угрожающие, и реагировать на эти ситуации состоянием сильной тревоги. Высокая личностная тревожность может быть причиной невротического конфликта, эмоционального срыва и психосоматического

заболеваниями. Ситуативная тревожность – это типичное состояние эмоциональной напряженности, обусловленное конкретной ситуацией.

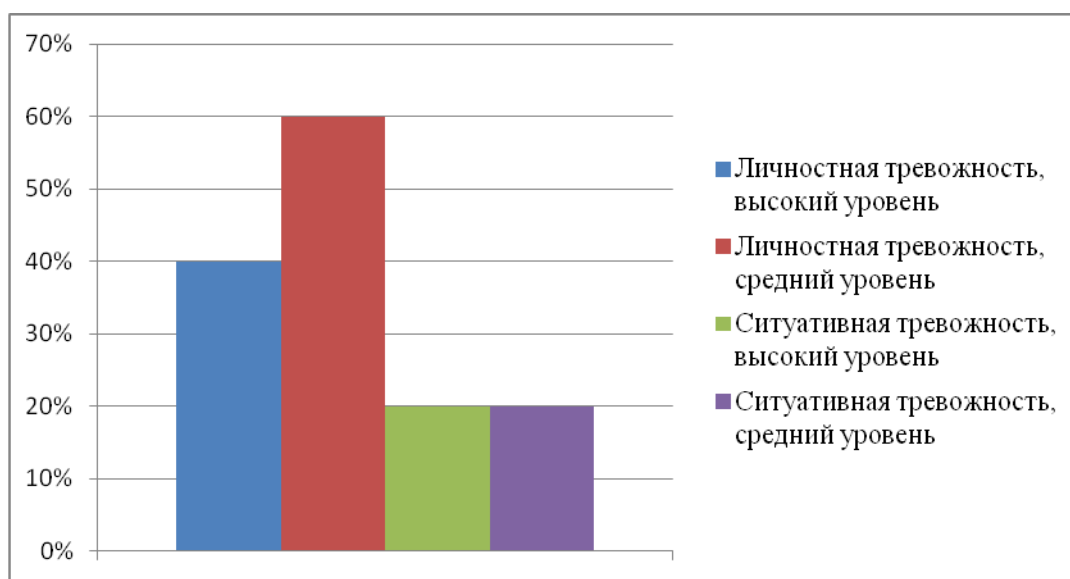


Рисунок 4 - Результаты диагностики тревожности у подростков без ОВЗ

Проанализировав результаты диагностики ситуативной и личностной тревожности у подростков без ОВЗ, мы отмечаем, что у 6 испытуемых (40%) выявлен высокий уровень личностной тревожности. Эти подростки отличаются конфликтностью, неадекватной реакцией на замечания, советы и просьбы, высокой вероятностью нервных срывов. К таким подросткам опасно предъявлять категорично высокие требования, даже в ситуациях, когда объективно они выполнимы для них. Неадекватная реакция на такие требования может задержать, а то и вообще отодвинуть на долгое время выполнение требуемого результата. У остальных подростков уровень личностной тревожности имеет средний уровень, что соответствует норме. Кроме того, у 20 % подростков без ОВЗ выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. Для таких подростков характерны субъективные переживания, при попадании в стрессовую ситуацию. Они могут испытывать эмоциональное напряжение, беспокойство, озабоченность. Так же у 20 % подростков без ОВЗ выявлен низкий показатель ситуативной тревожности, что свидетельствует о низком развитии чувства ответственности (Рис. 4).

Наглядно эти данные представлены на рисунке 5 и рисунке 6.

Подростки с ОВЗ



Подростки без ОВЗ

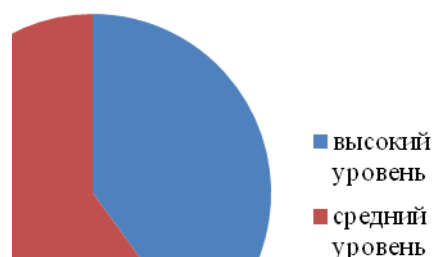


Рисунок 5 - Результаты диагностики личностной тревожности у подростков

Таким образом, уровень личностной тревожности у подростков в ОВЗ выше, чем у их сверстников без ОВЗ.

Подростки с ОВЗ



Подростки без ОВЗ



Рисунок 6 - Результаты диагностики ситуативной тревожности у подростков

Проанализировав полученные результаты, мы можем сделать вывод о том, что у подростков с ОВЗ более высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, по сравнению с их сверстниками, не имеющими отклонений в развитии.

Обобщая результаты экспериментального исследования, мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении.

Создание условий для получения образования детьми с учетом их психофизических особенностей является одним из приоритетных направлений государственной политики при реализации права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим возникает необходимость социально-педагогического сопровождения подростков с ОВЗ.

2.3. Описание работы социального педагога с подростками, имеющими ОВЗ

Принципы, на которых базируется система работы социального педагога следующие:

1. Гуманистическая направленность учебно-воспитательного процесса, предполагающая уважение к личности подростка, развитие индивидуальности;
2. Гибкость и динамичность, предполагающие возможность оперативного изменения содержания, форм и методов обучения в соответствии с особенностями различных категорий детей и возможностями их семей;
3. Доступность, предполагающая вариативность форм обучения, в соответствии с реальным потенциалом подростка и его семьи;
4. Целостный подход к образованию и социализации подростка на основе взаимосвязи между различными видами деятельности, включая

педагогический, психологический, социальный аспекты, составляющие единый комплекс, соблюдение планомерности и непрерывности этого процесса;

5. Максимально раннее включение подростка в образовательный процесс (с момента постановки диагноза);

6. Единство действий семьи и школы в процессе образования и социализации подростка, обучение родителей и включение их в процесс социально-педагогической деятельности;

7. Содействие интеграции подростков с ОВЗ в общество, формирование социально- значимых навыков.

Работа с детьми с ОВЗ включает в себя три основных блока, которые взаимосвязаны и взаимодополняемы.

I. Диагностический блок. В него входят диагностика психического развития подростка и диагностика социальной сферы. Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

1. Всестороннее клинико-психологическое изучение личности ребенка, его родителей, системы их отношений;

2. Анализ мотивационно-потребностной сферы ребенка и членов его семьи;

3. Анализ развития сенсорно-перцептивных и интеллектуальных процессов и функций.

Диагностика социальной сферы требует анализа неблагоприятных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, нарушающих его психическое развитие, формирование характера личности, социальную адаптацию.

II. Развивающий блок.

Задачи:

1. Помощь подростку в разрешении психотравмирующих ситуаций;

2. Формирование продуктивных видов взаимоотношений подростка с окружающими (в семье, в классе);

3. Развитие у подростка компетентности в вопросах нормативного поведения;

4. Формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей;

5. Развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения;

6. Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в процесс;

7. Создание в детском коллективе, где обучается подросток с проблемами в здоровье, атмосферы принятия, доброжелательности, открытости, взаимопонимания.

III. Прогностический блок социально-педагогического сопровождения направлен на проектирование психофизиологических, психических и социально-психологических функций ребенка и подростка.

Социальный педагог со специалистами изучает психологические особенности подростков, с ОВЗ, разрабатывает и апробирует развивающие и профилактические программы, которые помогут компенсировать неблагоприятный опыт и обстоятельства жизни детей с проблемами в развитии и будут способствовать прогрессивному формированию их личности.

В разделах коррекционной работы выделяются следующие проблемы: Решение коммуникативных проблем возможно через следующие виды работы:

1. Разъяснительная работа с педагогами, изменение воспитательных установок и стереотипов воспитания (приложение В);

2. Тренинг педагогического общения (приложение Г);

3. Коррекционные игры с подростками, игровая коррекция поведения (приложение Д).

Для решения проблем самооценки, тревожности, повышенной эмоциональной напряженности, пассивности, конформизма целесообразно

использовать психогимнастику, сказкотерапию, музыкотерапию, арттерапию, психодраму.

Таким образом, следует подчеркнуть, что социально-педагогическая работа играет исключительно важное значение в коррекции личностных проблем подростков с ограниченными возможностями.

Важным моментом в работе социального педагога является развитие у подростков «собственного Я», личностных установок, самосознания, самоотношения, самооценности.

Согласно Закону Российской Федерации «Об образовании», право граждан на получение образования является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан Российской Федерации. В свете этого учащимся, которым комиссией ПМПК определен статус «ребенка с ОВЗ» оказывается социально – педагогическое сопровождение.

Социально-педагогическое сопровождение - это организованная социально-педагогическая помощь учащемуся с целью повышения эффективности и качества его обучения и воспитания. Структурно «сопровождение» представляет собой комплекс действий, методик, мероприятий, реализующий заявленную цель.

Форма, способы, средства и задачи социально-педагогического сопровождения:

- Форма - организованная, то есть спланированная, причинно и теоретически обоснованная, конкретная, целевая.

- Способы и средства - педагогические и психологические методы воздействия на сознание школьника как непосредственно, так и опосредовано (через организацию среды, группу и др.).

- Задачи: организация внутренних и внешних условий успешности учебной деятельности учащегося.

Функции социально-педагогического сопровождения:

Социально-педагогическое сопровождение - это комплексный метод, в основе которого лежит единство четырех функций:

- диагностика существа возникшей проблемы;
- информация о существе проблемы и путях ее решения;
- консультация на этапе принятия решения и выработка плана решения проблемы;

- первичная помощь на этапе реализации плана решения.

Рассмотрим программу социально-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях МБОУ «СОШ № 1 г. Лесосибирска».

Этапы индивидуального сопровождения ребенка:

1. Сбор информации о ребенке (диагностика соматического, психического, социального здоровья ребенка).

2. Анализ полученной информации.

3. Совместная выработка рекомендаций для ребенка, педагога, родителей, специалистов; составление плана комплексной помощи для каждого «проблемного» воспитанника.

4. Консультирование всех участников сопровождения и образовательного процесса о путях и способах решения проблем ребенка.

5. Выполнение рекомендаций (реализация ИПР) каждым участником сопровождения.

6. Анализ результатов.

7. Планирование дальнейшей работы с ребенком на основе имеющихся результатов.

Направления социально-педагогического сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, в общеобразовательном учреждении:

- организация образовательного процесса;
- социально-педагогическая диагностика проблем в развитии ребенка;
- консультирование;
- осуществление взаимодействия с различными организациями по оказанию специализированной поддержки и помощи, организации досуга и др.

Прогнозируемый результат комплексного социально - педагогического сопровождения семей и самих школьников с ограниченными возможностями включает в себя следующие показатели:

- уменьшение факторов риска, которые приводят к нарушению психологического здоровья в процессе адаптации к школе;
- формирование комфортной образовательной среды;
- снижение уровня тревожности детей;
- эмоциональное благополучие ребенка в классе;
- развитие коммуникативных навыков и творческих способностей учащихся с ограниченными возможностями;
- выработка учителем стратегий индивидуального (личностно-ориентированного) подхода к учащимся.
- включение родителей в образовательный процесс.

Таблица 3 - Мероприятия по сопровождению подростков с ОВЗ

№	Мероприятие	Сроки проведения	Ответственные за выполнение
1	Создание и корректировка банка данных подростков с ОВЗ	Сентябрь, апрель	Соц.педагог
2	Изучение состояния здоровья, возможностей подростков с ОВЗ по дальнейшему образовательному маршруту (обучение на дому/обучение в классе)	Сентябрь-октябрь	Кл. руководитель, соц.педагог, зам.директора по УВР
3	Составление плана работы с подростками с ОВЗ	Сентябрь	Соц.педагог, Социальный педагог

4	Составление программы индивидуального обучения обучающихся с ОВЗ, организация обучения на дому	Сентябрь	Зам.директора по УВР
5	Индивидуальные и групповые консультации для педагогов, работающих с подростками с ОВЗ	В течение года и по запросу	Социальный педагог, кл. руководители, учителя-предметники
6	Изучение личности обучающихся с ОВЗ	Октябрь - по запросу	Кл. руководитель, социальный педагог
7	Изучение семьи (семейных отношений) подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Кл. руководитель, соц.педагог
8	Изучение интересов и способностей обучающихся с ОВЗ	Октябрь - по запросу	Кл.руководитель, Социальный педагог
9	Контроль за организацией питания обучающихся с ОВЗ	В течение года	Соц.педагог
10	Индивидуальные консультации социального педагога для родителей подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Социальный педагог
11	Индивидуальные консультации социального педагога для родителей подростков с ОВЗ	В течение года и по запросу	Социальный педагог
12	Изучение уровня адаптации подростков с ОВЗ	Октябрь, апрель	Социальный педагог
13	Изучение микроклимата в классных коллективах	Октябрь, апрель	Кл.руководитель, социальный педагог
14	Контроль над успеваемостью, оказание своевременной помощи в обучении подростков с ОВЗ	В течение года	Кл.руководитель
15	Консультации по вопросам воспитания, социальной адаптации	В течение года и по запросу	Соц. педагог, социальный педагог, кл. руководители
16	Помощь в организации летнего	В течение года	Соц. педагог

	отдыха и оздоровления подростков с ОВЗ	и по запросу	
--	---	--------------	--

Таким образом, социальный педагог разрабатывает и апробирует социально-педагогические программы, которые помогут компенсировать неблагоприятный опыт и обстоятельства жизни детей с проблемами в развитии и будут способствовать прогрессивному формированию их личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги исследования, мы можем сделать следующие выводы.

Понятие «обучающиеся с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным.

Проанализировав результаты, полученные при диагностике психологических особенностей подростков с ОВЗ по методикам «Подростковый 14-факторный личностный опросник» (автор - Р.Б. Кеттелл) и «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (авторы – Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), мы отмечаем, что подростки с ОВЗ характеризуются такими психологическими особенностями как: высокая тревожность, эмоциональная напряженность, низкий уровень общительности, критичность, склонность к ригидности, легкомысленность, эмоциональная неустойчивость и изменчивость в поведении. Зачастую подростки с ОВЗ раздражительны, эмоционально возбудимы, невротически утомлены, пассивны в поведении. Так же им свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа.

Основными направлениями работы социального педагога с подростками с ОВЗ являются диагностическое, коррекционно-развивающее, аналитическое, консультативно-просветительское и организационно-методическое.

Диагностическое направление заключается в проведении обследования школьников и динамического наблюдения за развитием учащихся (данные фиксируются в дневниках наблюдения).

Коррекционно-развивающее направление предполагает разработку и реализацию, планирование содержания занятий, комплектование групп учащихся.

Аналитическое направление определяет взаимодействие специалистов в работе, а также позволяет корректировать программы занятий в соответствии с достижениями учащихся.

Консультативно-просветительское и профилактическое направление обеспечивает оказание помощи педагогам и родителям в вопросах воспитания и обучения ребенка с ОВЗ, предполагает разработку рекомендаций, способствует повышению профессиональной компетенции учителей, включению родителей в решение коррекционно-воспитательных задач.

Организационно-методическое направление включает подготовку и участие специалистов сопровождения в консилиумах, методических объединениях, педагогических советах.

Данные направления представляют собой комплексную систему воздействия на ребенка, отражает целостность процесса социализации.

Таким образом, задачи нашего исследования решены, цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акатов, Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л. И. Акатов. – Москва : ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Алехина, С. В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья / С. В. Алехина // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография. – Красноярск : Сибирский федеральный университет, Красноярский гос. пед. ун–т им. В.П. Астафьева. – 2013. – С. 71 - 95.
3. Белявский, Б. В. Состояние и пути развития начального и среднего профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Федеральный институт развития образования / Б. В. Белявский. – Москва : Флинта, 2015. - 342 с.
4. Бондаренко, Б. С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации / Б. С. Бондаренко. – Москва : Владос, 2009. – 300 с.
5. Выготский, Л. С. Проблема возраста / Л. С. Выготский // Психология развития и возрастная психология : хрестоматия / ред.,-сост. Е.В. Гурова. Москва : Изд-во МНЭГПУ, 2013. - 316 с.
6. Епифанцева, Т. Б. Настольная книга педагога-дефектолога. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. – 486 с.
7. Завьялова, Е. И. Как подростку в общество «взрастать» / Е. И. Завьялова // Педагогика. - 2015. - № 11. - С. 58-60.
8. Исаев, Д. Н. Психология больного ребенка: Лекции / Д. Н. Исаев. – Санкт – Петербург : Издательство ППМИ, 2013. – 186 с.
9. Кащенко, В. П. Педагогическая коррекция / В. П. Кащенко. – Москва : Академия, 2014. – 209 с.

10. Киселева, Н. А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н. А. Киселева, И. Ю. Левченко. – Москва : Коррекционная педагогика, 2005. – 210 с.
11. Кобрина, Л. М. Отечественная система специального образования - фундамент инклюзивного обучения и воспитания / Л. М. Кобрина // Дефектология. - 2013. - № 3 – С. 114.
12. Лебединская, К. С. Задержка психического развития / К. С. Лебединская. – Москва : Педагогика, 2007. – 280 с.
13. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития / В. В. Лебединский. – Москва : Педагогика, 2004. – 306 с.
14. Левченко, И. Ю. Многоуровневая модель диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья / И. Ю. Левченко, И. В. Евтушенко // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 6. - С. 67.
15. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. Пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – Москва : Просвещение, 2008. - 114 с.
16. Маллер, А. Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А. Р. Маллер. – Москва : Издательский центр «Академии», 2010. – 208 с.
17. Маллер, А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями / А. Р. Маллер. – Москва : Педагогика – Пресс, 2016. – 284 с.
18. Малофеев, Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия. Учеб. пособие для студентов пед. вузов. В 2 ч. Ч. 2 / Н. Н. Малофеев. – Москва : Просвещение, 2013. – 320 с.
19. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт–Петербург : Речь, 2004. – 220 с.
20. Методика и технологии работы социального педагога / Под ред. М. А. Галагузовой, Л. В. Мардахаева. – Москва : РГСУ, 2002. - 532 с.

21. Назарова, Н. М. Инклюзивное обучение как социальный проект: анализ с позиций социального конструктивизма / Н. М. Назарова // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования : сб. науч. статей. — Москва, 2015. — С. 42—53.
22. Основы коррекционной педагогики / А. Д. Гонеев и др. — Москва : Академия, 2014. — 654 с.
23. Панфилова, Е. В. Особенности обучения в коррекционной школе: проблемы учащихся с ограниченными возможностями здоровья / Е. В. Панфилова // Педагогика: традиции и инновации. - Челябинск : Два комсомольца, 2013. — 143 с.
24. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Просвещение, 2016. — 341 с.
25. Сафонова, Н. А. Особенности эмоциональной устойчивости педагогов в инклюзивном образовании / Н.А. Сафонова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2015. — Т. 10. — С. 211–215.
26. Словарь-справочник. Коррекционная педагогика и специальная психология / Сост. Н. В. Новотворцева. - Москва : Академия развития, 2009. — 754 с.
27. Соколова, Н. Д. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании / Н. Д. Соколова, Л. В. Калиникова. — Москва : Академия, 2005. — 180 с.
28. Солодянкина, О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О. В. Солодянкина. — Москва : Академия, 2013. — 80 с.
29. Сорокин, В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин.— Санкт-Петербург : Речь, 2003. — 216 с.
30. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья / под ред. А. Поликовой. — Москва : КТМУ, 2009 — 207 с.

31. Солодянкина, О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О. В. Солодянкина. – Москва: АРКТИ, 2017. – 80 с.
32. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Н. М. Назаровой. - Москва : Издательский центр «Академия», 2014. - 400 с.
33. Староверова, М. С. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ. Методическое пособие / М. С. Староверова. - Москва : Владос, 2011. - 167 с.
34. Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 N 273-ФЗ
35. Хитрюк, В. В. Готовность педагогов к работе в условиях инклюзивного образования // Вестник Чувашского государственного педагогического университета имени И. Я. Яковлева. – 2013. – № 3 (79). – С. 189–194.
36. Хомутова, М. Н. Психологическая готовность педагогов к реализации инклюзивного образования // Инклюзивное образование: проблемы управления и технологии реализации: сборник материалов II педагогических чтений им. первого министра общего и профессионального образования Свердловской области Валерия Вениаминовича Нестерова. – Екатеринбург : СОПК, 2013. Часть 3. – С. 8-12.
37. Шевченко, С. Г. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / под ред. С. Г. Шевченко. – Москва: АРКТИ, 2014. - 224 с.
38. Щепко, Е. Л. Психодиагностика нарушений развития / Е. Л. Щепко. – Москва: Академия, 2014. – 410 с.
39. Шипицына, Л. М. Психологическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста / Л. М. Шипицына. – Москва: ВЛАДОС, 2013. – 92 с.
40. Эльконин, Д. Б. Детская психология / Д. Б. Эльконин. – Москва : Педагогика, 2017. – 289 с.

Таблица 1 - Результаты исследования личностных особенностей подростков с ОВЗ по методике «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл)

Имя	Маша Г.		Наташа Н.		Андрей В.		Ира С.		Вася М.		Марина З.		Олег Д.		Дима Г.		Нина Р.		Зоя К.		Костя Р.		Вова М.		Кристина И.		Игорь Т.		Женя И.	
	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень
А	2	н	2	н	3	н	4	с	5	с	5	с	5	с	4	с	5	с	2	н	3	н	3	н	2	н	6	с	5	с
В	2	н	2	н	1	н	4	с	5	с	4	с	5	с	4	с	4	с	3	н	2	н	2	н	1	н	3	н	4	с
С	2	н	3	н	2	н	6	с	6	с	5	с	5	с	5	с	5	с	2	н	2	н	3	н	3	н	3	н	6	с
Д	7	с	6	с	7	с	6	с	6	с	8	в	7	с	7	с	8	в	7	с	8	в	6	с	6	с	5	с	8	в
Е	4	с	3	н	5	с	5	с	4	с	1	н	1	н	1	н	1	н	5	с	4	с	5	с	6	с	7	с	1	н
Ф	5	с	5	с	5	с	8	в	4	с	2	н	2	н	2	н	3	н	9	в	5	с	6	с	5	с	5	с	2	н

Продолжение таблицы 1

G	7	с	7	с	6	с	6	с	5	С	7	с	7	с	7	с	7	с	5	с	3	н	8	в	7	с	8	в	8	в
Н	1	н	1	н	1	н	5	с	5	с	2	н	3	н	3	н	4	с	1	н	1	н	1	н	1	н	1	н	3	н
I	7	с	7	с	7	с	7	с	8	в	8	в	8	в	9	в	8	в	7	с	8	в	8	с	7	с	7	с	8	в
J	3	н	3	н	3	н	7	с	7	с	8	в	8	в	9	в	8	в	5	с	5	с	3	н	3	н	6	с	8	в
O	8	в	5	с	6	с	7	с	7	с	9	в	8	в	8	в	7	с	9	в	9	в	8	в	7	с	8	в	9	в
Q2	3	н	6	с	1	н	4	с	5	с	1	н	1	н	3	н	3	н	3	н	2	н	3	н	3	н	4	с	3	н
Q3	9	в	1	н	7	с	4	с	4	с	2	н	7	с	2	н	2	н	2	н	9	в	8	в	9	в	9	в	9	в
Q4	9	в	8	в	9	в	8	в	7	с	9	в	8	в	9	в	8	в	9	в	9	в	9	в	8	в	9	в	8	в

Условные обозначения:

В – высокий уровень

Н – низкий уровень

С – средний уровень

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 2 - Результаты исследования личностных особенностей личности подростков без ОВЗ по методике «Подростковый 14 - факторный личностный опросник» (автор – Р.Б. Кеттелл)

Имя	Катя М.		Кристина П.		Ваня В.		Маша Н.		Вася М.		Марина З.		Олег Д.		Дима Г.		Нина Р.		Зоя К.		Костя Р.		Вова М.		Кристина И.		Игорь Т.		Женя И.	
	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень	балл	уровень
А	9	в	5	с	6	с	6	с	3	н	6	с	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	5	с	4	с	4	с	4	с
В	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	3	н	2	н	5	с	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	3	н	2	н
С	9	в	5	с	8	в	8	в	4	с	4	с	5	с	6	с	4	с	5	с	5	с	6	с	4	с	4	с	5	с
Д	2	н	3	н	4	с	5	с	6	с	6	с	6	с	2	н	5	с	6	с	7	с	5	с	4	с	6	с	7	с
Е	8	в	9	в	6	с	8	в	8	в	9	в	9	в	9	в	8	в	9	в	7	с	7	с	6	с	5	с	5	с

Продолжение таблицы 2

F	5	с	5	с	8	в	6	с	8	в	8	в	3	н	4	с	4	с	6	с	5	с	2	н	3	н	6	с	5	с
G	2	н	5	с	5	с	6	с	2	н	2	н	3	н	3	н	2	н	5	с	6	с	5	с	4	с	6	с	4	с
H	9	в	5	с	6	с	6	с	3	н	3	н	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	3	н	2	н	2	н	4	с
I	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	3	н	2	н	5	с	8	в	4	с	5	с	8	в	5	с	3	н	2	н
J	9	в	5	с	8	в	8	в	4	с	4	с	5	с	6	с	4	с	5	с	5	с	6	с	4	с	4	с	5	с
O	8	в	4	с	4	с	5	с	9	в	8	в	5	с	5	с	4	с	6	с	4	с	5	с	6	с	4	с	5	с
Q2	8	в	4	с	4	с	5	с	6	с	4	с	5	с	5	с	6	с	4	с	4	с	5	с	6	с	3	н	3	н
Q3	5	с	6	с	6	с	6	с	2	н	5	с	6	с	7	с	5	с	4	с	6	с	7	с	8	в	5	с	3	н
Q4	8	в	8	в	9	в	9	в	9	в	8	в	9	в	7	с	7	с	6	с	5	с	5	с	8	в	4	с	4	с

Условные обозначения:

В – высокий уровень

Н – низкий уровень

С – средний уровень

Разъяснительная работа с педагогами

Разъяснительная беседа с педагогами содержит рекомендации по работе с детьми с ОВЗ:

1. Разрабатывать индивидуальные планы обучения детей с ОВЗ, адаптированные образовательные программы, учитывающие индивидуальные особенности и образовательные потребности ребенка, в основу которых будет положена основная общеобразовательная программа школы, в которую пришел ребенок, и адаптированная основная общеобразовательная программа для детей с конкретным нарушением;
2. Консультировать с педагогом-психологом, учителем-дефектологом и учителем-логопедом по вопросу особенностей развития каждого конкретного ребенка;
3. Плотно взаимодействовать с семьей учеников с ОВЗ. В ходе спокойного располагающего разговора можно выяснить у родителей (опекунов) особенности восприятия и поведения их ребенка: какие обстоятельства могут оказаться для него дискомфортными, а что, наоборот, помогает сконцентрировать внимание, лучше понять и усвоить новую информацию. И, что очень важно, понять, чем увлекается ребенок, в чем он силен, а значит, может быть интересен своим одноклассникам. Постараться оказать родителям (опекунам) моральную поддержку;
4. Постараться не акцентировать внимание обычных детей на ребенке с ОВЗ. Учитель должен стараться показать равное отношение к особому ребенку. Не стоит показывать жалость к ребенку с ОВЗ. Нельзя демонстративно выделять детей с ОВЗ среди других детей, давать им очевидные и неоправданные поблажки. Это неминуемо восстановит класс против «любимчика»/«любимчиков». Самое естественное (но не самое

- простое) решение этой проблемы – относиться к каждому ребенку в классе как к особенному, достойному индивидуального подхода;
5. Включать ребенка с ОВЗ в групповую деятельность;
 6. Наблюдать за ребенком с ОВЗ. Постараться почувствовать его. При этом в работе с особым ребенком нужно также учитывать возрастные нормы и характерные особенности его нарушения;
 7. Создавать благоприятный эмоционально-положительный фон. Для этой цели можно использовать различные упражнения. Например, «Скажите добрые слова друг другу»: Ребята мы с Вами составляем «Азбуку хороших слов». Для этого вспомните добрые, хорошие слова на букву «А» (аккуратный, аппетитный, ароматный, ангельский, авторитетный, активный и др.) и т. д.;
 8. Создавать необходимые условия для лиц с ОВЗ. Например, для таких детей в школе необходимо создавать безбарьерную среду, позволяющую им пользоваться всеми инфраструктурами и помещениями;
 9. Проводить классные часы, направленные на снижение стереотипов и предубеждений в адрес учеников с ОВЗ и в целом на повышение культуры общения учащихся. По возможности проводить элективные и факультативные занятия с детьми по социальной психологии и психологии общения.

Тренинг педагогического общения

Цель: совершенствование навыков конструктивного общения педагогов.
После тренинга педагоги будут знать: формирования навыков рефлексии, самоанализа и самораскрытия.

Вид тренинга: коммуникативный тренинг

Категория участников: педагогический коллектив

Продолжительность: 90 минут

Ход тренинга

I. Начало тренинга

Вступительное слово. Здравствуйте уважаемые педагоги, я рада вас приветствовать. Приглашаю Вас сегодня к разговору на тему «Конструктивное общение». Эту тему я считаю очень важной, т.к. общение является сутью нашей профессии. И от того, насколько эффективно нам удастся это общение организовать, зависит не только самочувствие наших воспитанников, но и наша удовлетворенность собой как профессионалом, наша самооценка и наше самочувствие.

Упражнение "Мы рады вас видеть"

Цель: создать условия для самораскрытия личности участников, их сплочению, повышению самооценки, умения принимать помощь круга.
– Уважаемые коллеги, сегодня у нас с вами есть уникальная возможность узнать друг о друге много нового и интересного. А для начала давайте поприветствуем друг друга. Сделаем это таким образом.

Инструкция: Встаем в круг. Каждый из нас делает один шаг к центру круга, показывает жест приветствия, называет свое имя, а так же 2 личных качества на первую и вторую буквы своего имени и говорит пожелание, обращаясь ко всем остальным: "Добрый день!", "Желаю всем узнать много нового и интересного" и т.д. Итог: Народы всех стран мира придают большое

значение ритуалам приветствия. Волшебные три ключа: приветствие, имя, улыбка. Как важно нам в своей профессиональной деятельности уметь обладать тремя волшебными ключами и в общении с коллегами и с родителями, а так же в общении с детьми.

Правила работы в группе

Цель: создание благоприятного психологического климата в тренинговой группе, способствующего эффективному взаимодействию ее участников. Психолог объясняет особенности предстоящей формы работы и выносит на обсуждение правила взаимодействия между участниками группы.

Правила группы

1. Доверительный стиль общения (одно из его отличий — название друг друга на «ты», что психологически уравнивает всех членов группы и ведущего).

2. Общение по принципу «здесь и теперь» (говорить только о том, что волнует участников в данный момент, и обсуждать то, что происходит в группе).

3. Отказ от безличных речевых форм, помогающих людям в повседневном общении скрывать собственную позицию и уходить от ответственности, свои суждения выдвигать в форме «Я считаю...», «Я думаю...».

4. Активно участвовать в происходящем, контактировать как можно с большим количеством участников группы.

5. Конфиденциальность (происходящее на занятии не выносится за пределы группы).

Оформление визиток. Каждый из нас при рождении получает имя. Оно сопровождает нас всю жизнь. По имени нас называют знакомые, близкие и совсем незнакомые люди. Вам предоставляется возможность проявить свое творчество в оформлении именной визитки.

II. Основная часть тренинга

Упражнение "Ассоциации": продолжите фразу "Общение с подростком – это..."

Вступительная беседа по теме. Мы с вами знаем, что общение играет огромную роль в жизни любого человека. От процесса общения и его результатов во многом зависит психическое здоровье человека – его настроение, его чувства и эмоции могут быть окрашены в положительные или отрицательные тона в зависимости от того, насколько успешно проходит процесс общения его с другими людьми.

У человека, не знающего сильных и слабых сторон своего характера, не умеющего общаться с людьми, могут возникать серьезные проблемы. Общение - это многоплановый процесс развития контактов между людьми, который вызван потребностью совместной деятельности.

Выделяют различные виды, формы, функции общения, но сегодня мы остановимся на понятии конструктивное общение.

Конструктивное общение - это такое взаимодействие людей, при котором собеседники способны услышать и понять мнение друг друга, получая для себя что-то полезное, возможно даже ценное.

Программа тренинга по развитию коммуникативных навыков и умений у подростков с ОВЗ

Цель тренинга: развитие коммуникативных навыков и формирование умений конструктивного взаимодействия обучающихся с ОВЗ с легкой и средней степенью умственной отсталости (интеллектуальными нарушениями).

Основные задачи тренинга: способствовать:

- выявлению и коррекции неэффективных стереотипов общения;
- формированию навыков эффективного общения: открытого выражения чувств и желаний, рефлексии, обратной связи, умения анализировать реальные ситуации;
- оптимизации общения подростка со сверстниками: выработка механизмов эмпатии, умения считаться с другими, умения выходить из конфликтных ситуаций;
- снятию эмоционального напряжения во взаимодействии между подростками (страх, тревожность, обида, гнев, агрессия);
- пониманию мотивов межличностных отношений;
- развитию доверия к окружающим;
- развитию уверенного поведения в общении.

Решение основных задач достигается направленным воздействием на основные сферы личности обучающегося:

- когнитивную (за счет обучения теоретическому обобщению и практическому усвоению элементарных закономерностей общения);
- эмоционально-мотивационную (за счет гармонизации уровней структуры базальной аффективной регуляции и усвоение приемов эмоциональной саморегуляции);

- поведенческую (за счет расширения социального опыта и усвоения правил социального поведения);
- двигательную (за счет развития навыков психомоторики).

Структуру разработанной нами коррекционно–развивающей программы составляют три взаимосвязанных модуля, которые влияют на развитие когнитивного, эмоционально-мотивационного и поведенческого компонентов общения.

В первый модуль «Когнитивный» вошло шесть занятий, направленных на развитие когнитивного компонента общения.

Цель – формирование адекватных представлений об дружеских взаимоотношениях между детьми, родителями и уважительного отношения к окружающим, пониманию значения общения в жизни человека.

Занятия: «Знакомство», «Расширение знаний о дружбе», «Я - мы», «Я есть, я буду», «Как научиться быть общительным», «Ребенок-взрослый».

Второй модуль «Эмоционально-мотивационный» состоит из четырех занятий, направленных на развитие эмоционально-мотивационного компонента общения, включающий наличие у человека характеристик способствующих пониманию, проявлению и управлению эмоциями, предполагает анализ потребностей и мотивов, лежащих в основе общения.

Занятия: «Эмоции», «Мои обиды», «Работа с эмоциями: гнев, вина», «Мотивы наших поступков»

К третьему модулю «Поведенческий» относятся последние четыре занятия, направленные на развитие поведенческого компонента – умение детей вести себя в коллективе, строить бесконфликтные взаимоотношения, контролировать свои эмоции и настроение; преимущество позитивного настроения, готовность к решению проблемных ситуаций, позитивное восприятие себя и окружающих.

Цель – содействие развитию уверенного поведения.

Занятия: «Уверенное поведение», «Собственное поведение», «Я могу», «Прощание».

Каждый содержательный модуль тренинга допускает несколько отдельных занятий. Каждое новое занятие начинается с приветствия и упражнения активатора, заканчивается занятие рефлексией содержания, эмоционального самочувствия участников, а также ритуалом прощания, избранным группой по предложению тренера на первом занятии.

Средствами решения поставленных задач выступали следующие формы работы: наблюдение, тематическое рисование, тренинговые упражнения, беседы, сюжетно-ролевые игры и ситуативные задания. В работе с детьми используются основные методы коррекции: групповая дискуссия; методы невербального взаимодействия; психорисунок; рефлексивные комментарии; психодрама; ролевая игра; психогимнастика; элементы арт-терапии.

Критерием эффективности программы является снижение уровня негативных эмоций; умение контролировать поведение; умение решать проблемные ситуации; повышение коммуникативных навыков; формирование новых стереотипов поведения.

Продолжительность тренинга: 14 занятий по 60 минут.

Таблица 4 - План занятий

Тема занятия	Цель занятия	Основное содержание упражнений	Время (мин.)
I модуль «Когнитивный»			
Занятие 1.1. «Знакомство».	Цель: ознакомление участников с целью и заданием тренинга, формирования доверия и сплоченности участников группы.	«Интервью» «Принятие группой правил взаимодействия» «Разговор в кругу» «Стена граффити» Рефлексия занятия	60
Занятие 1. 2. «Расширение знаний о дружбе»	Цель: формирование адекватных представлений об дружеских взаимоотношениях между детьми и уважительного отношения к окружающим	«Узнай по описанию» «В мире вежливых слов» «Расскажи глазами» «Значки» Рефлексия занятия	60

Занятие 1.3. «Я-мы»	Цель: формирование представлений о личностной уникальности и личностной значимости	«Отгадай» «Футболка с надписью» «Эмпатия» «Волшебное слово» Рефлексия занятия	60
Занятие 1.4. «Я есть, я буду»	Цель: создание условий для усвоения продуктивных способов взаимодействия	«Здравствуй, мне очень нравится...» Арт-терапия (Техника "Игры с песком") «С кем я подружился » «Я знаю пять имен своих друзей» Рефлексия занятия	60
Занятие 1.5. «Как научиться быть общительным»	Цель: формирование представлений о значении общения в жизни человека.	«Общение» Мини-лекция «Неправда – честность» «Правда – лож» «Дружба» Рефлексия занятия	60
Занятие 1.6. «Ребенок-взрослый»	Цель: формирование доверительного отношения к родителям и осознания возможности избегания конфликтов с родителями.	«Арт-терапия» «Расстановка семьи» «Самые добрые руки» «Список претензий» Рефлексия занятия.	60
2. модуль «Эмоционально-мотивационный»			
Занятие 2.1. «Эмоции»	Цель: снижение уровня негативных состояний и преодоления негативных эмоций личности в процессе коммуникативного взаимодействия.	«Ласковое слово» «Наши эмоции – наши поступки» «Эпитеты» Самодиагностика «Тест рисования пальцем» Рефлексия занятия	60

<p>Занятие 2.2. «Мои обиды»</p>	<p>Цель: снижение уровня негативных переживаний.</p>	<p>«Когда я обижаюсь» Тематическое рисование „Детские обиды” «Обиженный человек» «Шкатулка обид» Рефлексия занятия</p>	<p>60</p>
<p>Занятие 2.3. «Работа с эмоциями»</p>	<p>Цель: снижение уровня переживаний негативных эмоций.</p>	<p>«Гнев» «Вина» Беседа «Неотвратимые человеческие страдания» «Замена негативных мыслей на позитивные» Рефлексия занятия</p>	<p>60</p>
<p>Занятие 2.4. «Мотивы наших поступков»</p>	<p>Цель: создание условий для формирования понимания мотивов межличностных отношений</p>	<p>«Я хочу — они хотят — я поступаю» «Назови свои сильные и слабые стороны» «Мотивы наших поступков» «Правила разговора» Рефлексия занятия</p>	<p>60</p>
<p>3.модуль «Поведенческий»</p>			
<p>Занятие 3.1. «Уверенное поведение»</p>	<p>Цель: тренировка навыков уверенного поведения</p>	<p>«Уверенное поведение» «Правильный выбор» «Голос» «Доведи дело до конца» Рефлексия занятия</p>	<p>60</p>
<p>Занятие 3.2. «Собственное поведение»</p>	<p>Цель: формирование понимания значимости собственного поведения.</p>	<p>«Личностные ценности» «Трудности на пути» Групповая дискуссия «Что хотелось бы изменить в подростке» «Что изменилось во мне» Рефлексия занятия</p>	<p>60</p>

Продолжение таблицы 4


<p>Занятие 3.3. «Я могу»</p>	<p>Цель: содействие развитию уверенного поведения в общении</p>	<p>«Я хочу + я могу» «Движения по одному» «Концептуальное поведение» «Чемодан»</p>	<p>60</p>
<p>Занятие 3.4. «Прощание»</p>	<p>Цель: подведение итогов тренинга.</p>	<p>Анкета. Рефлексия</p>	<p>60</p>

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии

Кафедра общей и социальной педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой

 А.К. Лукина

подпись

« 15 » 06 2018г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА


44.03.02 Психолого-педагогическое образование

**Специфика работы социального педагога с подростками,
имеющими ОВЗ**

Руководитель 
подпись, дата

доцент, канд. псих. наук

Н. В. Басалаева

Выпускник 
подпись, дата

К.А. Оводова

Красноярск 2018