

Зинин Сергей Валерьевич

педагог-психолог, учитель-дефектолог

МКОУ для детей, нуждающихся

в психолого-педагогической и медико-социальной помощи

«Центр психолого-педагогической реабилитации

и коррекции г. Нижнеудинск»

учитель-дефектолог

МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск»

г. Нижнеудинск, Иркутская область

УЧЕТ КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЛАБОСЛЫШАЩИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СМЕРТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ

Аннотация: в статье представлен опыт работы специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) МО «Нижнеудинский район», а также школьного психолого-педагогического консилиума МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск» с семьями, воспитывающих обучающихся со сложной структурой дефекта: тугоухостью и умственной отсталостью. На конкретных клинических примерах описаны: проблемы воспитания и обеспечения этих детей должной безопасностью; основные направления психолого-педагогической и медико-социальной помощи с целью предупреждения смертельных случаев.

Ключевые слова: ПМПК, психолого-педагогический консилиум, тугоухость, умственная отсталость, группа суицидального риска, охранительный клинико-педагогический режим, социально-диспетчерская деятельность.

Введение

На практике самой сложной категорией слабослышащих обучающихся для комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения являются дети с интеллектуальными нарушениями (умственной отстало-

стью) вследствие раннего (диффузного) поражения центральной нервной системы. Во-первых, как у типично умственно отсталых больных у них существенно нарушена словесная регуляция практическими действиями, поэтому они не могут подчинять свое поведение словесным инструкциям, требованиям, замечаниям [4], в том числе, в опасных для жизни и здоровья случаях. Во-вторых, у них нарушены фонетико-фонематические процессы, вследствие чего снижено полноценное восприятие обращенной речи [3], что является отягчающим фактором в попытках со стороны значимых взрослых предупредить попадание ребенка в сложную жизненную ситуацию.

Научиться целенаправленно предупреждать смертельные случаи среди несовершеннолетних детей – является наиважнейшей задачей, учитывая, как много умирает школьников, в том числе, непосредственно в условиях образовательного процесса. В частности, в 2016 году только на уроках физкультуры умерло 211 детей [9]. Кроме этого количество суицидальных поступков, которые совершают несовершеннолетние, по-прежнему остается высоким. Поэтому, целью работы является описать возможные направления педагогической деятельности по предупреждению смертельных случаев среди несовершеннолетних детей в семьях, воспитывающих слабослышащих обучающихся с интеллектуальными нарушениями.

Задачи:

1. Провести анализ клинических случаев, непосредственно находящихся под сопровождением специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МО «Нижнеудинский район» и психолого-педагогического консилиума МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск».

2. Представить опыт по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей с нарушением слуха.

Исходя из выше изложенного, объектом работы являются семьи, воспитывающие слабослышащих обучающихся с умственной отсталостью, а предметом – предупреждение смертельных случаев среди несовершеннолетних детей.

Психологический портрет слабослышащих обучающихся с интеллектуальными нарушениями.

На психологические особенности слабослышащих обучающихся с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) непосредственно влияют нарушения слуха и последствия раннего органического (диффузного) поражения центральной нервной системы. Практика показывает, что со стороны здоровья у больных детей часто выражены такие жалобы, как головная боль напряжения, головокружения, тошнота, рвота, слабый контроль над тазовыми функциями (энурез, энкопрез), кровотечения из носа, плохая переносимость транспорта, нарушения сна, синкопальные состояния и многое другое. Сопутствующие заболевания, такие как эпилепсия, прогрессирующая мышечная дистрофия, сахарный диабет, детский церебральный паралич, онкология и другие, являются отягчающими, провоцирующими дополнительные изменения личности школьника и определяющими круг его специальных образовательных потребностей. Становится очевидным, что эти обучающиеся, находящиеся в условиях образовательного процесса, периодически и даже систематически нуждаются в оказании им доврачебной помощи со стороны значимых взрослых.

Кроме этого, детям свойственны стойкие формы нарушения поведения [в данном контексте, нарушение поведения является медицинским диагнозом], нуждающиеся в постоянном лечении и контроле. Усугубляет ситуацию то, что в связи с нарушениями как слуха, так и словесной регуляцией практическими действиями, эффективность словесных методов воздействия на личность ребенка в острый период является малопродуктивной, экстренно остановить нежелательное поведение или предупредить неблагоприятный поступок с помощью требования, словесного замечания часто невозможно.

Рассмотрим следующие три клинических случая.

Клинический случай №1.

Игорь, 11 лет.

Основной диагноз – невральная тугоухость 1 степени.

Сопутствующие диагнозы – умственная отсталость легкая с эмоционально-волевыми нарушениями; эпилепсия.

Форма обучения – очная.

Ученик находится в группе суицидального риска. Эпилепсия оказывает влияние на эмоциональное состояние ребенка. Игорю свойственна тоска, грусть, ожидание, что что-то плохое обязательно должно случиться в его жизни. Стал проговаривать о нежелании жить, просил одноклассников столкнуть его со школьной лестницы. Написал некоторым школьникам записки с извинениями за свое плохое поведение.

Обучающийся жалуется на одышку, головокружение, головную боль.

Сурдопедагогическое обследование с использованием специальных наборов слов по Л. В. Нейману определяет, что ученик неправильно воспринимает свыше 70% слов с расстоянием менее 3 метров. В частности, вместо слова «пурга» ребенок слышит слово «уха», вместо слова «торговля» мальчик называет слово «морковка». Поэтому эффективность беседы и коррекционной психологической работы малопродуктивна. Ребенок нуждается в том, чтобы ему всю словесную информацию дублировали бы в письменном виде, а также демонстрировали правильность выполнения тех или иных заданий.

Отягчающими обстоятельствами является то, что ребенку свойственны сложные автоматизированные действия в оглушенном состоянии и сумеречном сознании.

Клинический случай №2.

Люда, 12 лет.

Основной диагноз – сенсоневральная тугоухость 4 степени.

Сопутствующие диагнозы – умственная отсталость умеренная; сколиоз грудно-поясничного отдела позвоночника 2 степени тяжести; сахарный диабет.

Форма обучения – очная. Однако врачом-ортопедом рекомендовано индивидуальное обучение в связи с тем, что ребенок нуждается в лечении положением, в учебном процессе сидеть не разрешается, основное позотоническое по-

ложение – полусидя. Однако родители против этой рекомендации, считают, что дочери будет лучше в школе.

Девочка моторно неловкая, часто получает порезы от неосторожного обращения с колющими, режущими предметами. Родители называли «витаминами» те таблетки, которые давали ребенку. Поэтому ученица накормила «витаминами» и свою младшую сестру, и подружку, и себя. В связи с чем, в состоянии острого отравления были доставлены в больницу. Имеются также неоднократные поджоги бани, забора, крыши дома.

В учебном процессе девочка постоянно испытывает жажду, пьет воду и постоянно по несколько раз бежит на уроках в туалет.

У школьницы – системное недоразвитие речи средней степени тяжести, речь смазанная. Не овладела знаковой системой, не пишет, не читает. Выразить свои мысли, подобрать слова для точного описания своих беспокойств, чувств, желаний, намерений, потребностей не может.

Сурдопедагогическое обследование выявляет, что у ребенка абсолютно не формируются простые условно-рефлекторные действия на следующие звуки [к], [т], [ш], [ф], что предполагает, что она их просто не слышит, поэтому не может воспринимать правильно слова с этими фонемами.

Законные представители против обучения ребенка жестовой речи и дактилю, считают, что они будут сдерживать ее речевое развитие.

Клинический случай №3.

Паша, 9 лет.

Основной диагноз – кондуктивная тугоухость 1 степени.

Сопутствующие диагнозы – умственная отсталость легкая; энцефалопатия, энкопрез, энурез.

Форма обучения – индивидуальная, в связи со слабым контролем над тазовыми функциями.

Со стороны здоровья мальчик часто жалуется на головную боль. По 2–3 раза в неделю бывают кровотечения из носа, часто ночью перед пробуждением.

Кроме слабого контроля над тазовыми функциями очень плохо переносит езду в транспорте: укачивает, тошнит, появляется рвота.

Сурдопедагогическое обследование определяет, что слышит ребенок в слуховых аппаратах правильно все слова по Л. В. Нейману. Когда обследование проводится без звукоусиливающей аппаратуры, то в пределах 30% слов ребенок воспринимает неправильно. Однако мальчик не хочет носить слуховые аппараты. Демонстративно их снимает, отказывается надевать, утверждает, что они ему не нужны, со слухом у него все в порядке. Проверка слуховых аппаратов не выявляет каких-либо нарушений в их настройках, использование не должно вызывать физического дискомфорта. Мальчику стыдно в них пребывать в школе, на улице. Родители часто разрешают ребенку не носить аппараты в образовательной организации на воспитательных мероприятиях, что сдерживает развитие мальчика, препятствует его социализации.

Рассмотренные клинические случаи не только раскрывают широкий спектр проблем, с которыми приходится сталкиваться на практике специалистам школьных консилиумов, но и ставят перед учителями коррекционного обучения круг специфических задач. В частности, научить родителей принимать своих детей такими, какие они есть, глубоко осознавать их специальные образовательные потребности, в том числе, связанные с состоянием здоровья. Важно способствовать тому, чтобы законные представители обеспечивали своих детей всеми обязательными медицинскими мероприятиями, выполняли все рекомендации врачей, целенаправленно создавали бы безопасную среду, уменьшающую или исключаящую вероятность смертельных случаев.

Предупреждение смертельных случаев среди слабослышащих детей.

Направления и содержание профессиональной деятельности с семьями, воспитывающих слабослышащих детей с нарушением интеллекта, представлены на основе практического опыта ТПМПК МО «Нижнеудинский район» и психолого-педагогического консилиума МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск». В настоящее время соответствующее психолого-педагогическое и медико-

социальное сопровождение производится на основании следующих авторских методических рекомендаций:

1. «Деятельность образовательной организации по предупреждению смертельных случаев среди несовершеннолетних детей с ОВЗ и (или) инвалидностью, также с отличительными от нормы здоровья состояниями»;
2. «Охранительный клинико-педагогический режим обучающегося с ОВЗ и (или) инвалидностью».

Автором статьи выделены и описаны 12 факторов риска, повышающие вероятность смертельных случаев среди детей. Среди них, неосторожные действия обучающихся с колющими, режущими предметами; свободный доступ детей к медикаментам; игнорирование жалоб и острой неврологической симптоматики у школьников со стороны значимых взрослых; развитие клинической депрессии у несовершеннолетних граждан на фоне приема медицинских препаратов; непреднамеренное оставление мальчиков и девочек в беспомощном состоянии; возложение законными представителями своих родительских функций на обучающихся с ОВЗ по уходу за младшими братьями и сестрами без осуществления контроля над этим взаимодействием и многие другие [2].

Помощь и поддержка семьям проводится по следующим основным направлениям:

1. Мотивирование родителей на создание для своих детей охранительного клинико-педагогического режима.
2. Оказание законным представителям социально-диспетчерской помощи.
3. Обеспечение обучающихся доврачебной помощью, своевременной психологической диагностикой, маркировкой.
4. Обучение детей и значимых для них взрослых ключевым жестам.

Форма и содержание работы систематически обсуждаются в условиях консилиума образовательной организации. Именно специалисты консилиума проводят постоянный мониторинг за всеми условиями жизнедеятельности детей как в школе, так и дома, а также отслеживают все факторы риска, которым они подвержены.

Охранительный клинико-педагогический режим.

Современная Государственная политика в сфере образования требует обеспечивать доступность учебного процесса возможностям здоровья; сохранять и укреплять соматическое благополучие воспитанников [7]. Поэтому в образовательном процессе педагог обязан максимально учитывать специальные потребности школьников, в частности, соблюдать медицинские рекомендации, непосредственно связанные и необходимые для успешного обучения [6].

Таким образом получается, что обучающиеся с ОВЗ нуждаются в особом режиме, который сочетает между собой *обязательные* медицинские мероприятия и *оптимальное* психолого-педагогическое воздействие. Автор статьи предлагает такой специально организованный распорядок, в котором максимально учитывается здоровье детей в образовательном процессе, определять как охранительный клинико-педагогический режим (ОКПР).

Документ «охранительный клинико-педагогический режим обучающегося» состоит из следующих разделов:

1. Титульный лист.
2. «Дорожная карта».
3. Сведения о ребенке.
4. Расписание медицинских мероприятий (рекомендаций).
5. Режим посещения учреждений здравоохранения.
6. Информация о возможной доврачебной помощи.
7. Информация о возможной первой медицинской помощи.
8. Режим педагогических мероприятий.
9. Решения школьного консилиума.

При составлении режима обучающегося наглядно обеспечиваются значимые для ребенка взрослые информацией о том, в какое время и какие медицинские мероприятия должны быть в обязательном порядке выполнены. Сюда относится не только прием медикаментов, но и лечение положением, использованием звукоусиливающей аппаратуры, ношение очков, корректоров осанки и многое другое [Клинический режим расписывается законными представителя-

ми добровольно. Родители имеют право как детально изложить медицинские рекомендации, так и ограничиться просто упоминанием, что какое-либо медицинское мероприятие запланировано на определенное время]. Оптимальное психолого-педагогическое воздействие при этом прописывается только в свободное от клинического расписания время и ни в коем случае не отменяет, не сокращает время выполнения медицинских рекомендаций.

Социально-диспетчерская деятельность, доврачебная помощь, протоколы безопасности и учета созданных специальных условий обучения – это, и многое другое, являются ключевыми составляющими охранительного клинико-педагогического режима.

Социально-диспетчерская помощь

В современных условиях реализации ФГОС к социально-диспетчерской помощи относится грамотное (обоснованное) направление обучающихся на консультации к медицинским специалистам.

Направление школьников в систему здравоохранения проводится с учетом рекомендаций профессора Н.Я. Семаго и профессора М.М. Семаго. В помощь специалистам составлены специальные таблицы, которые содержат информацию, в помощи каких врачей, возможно, нуждаются обучающиеся [8, с. 156–183].

Благодаря системе возвратных направлений обучающихся к лечащим врачам, школьники вовремя обеспечены дополнительными специальными образовательными потребностями, которые сохраняют качество их жизни, в частности:

- лечением положением;
- «корректорами поведения» (лечением врача-психиатра с целью улучшения поведения, которое является проявлением медицинских диагнозов, отраженных в таких рубриках, как F70.1, F70.8, F71.1, F91.1, F91.2, F92 и других);
- индивидуальным обучением;
- нужной группой по физической культуре;
- правилами оказания доврачебной помощи.

Работа по направлению детей в учреждения здравоохранения специалистами школьного консилиума эффективна более чем в 89% случаев [1].

Стоит отметить, что нормализация поведения и эмоционального благополучия обучающегося Игоря (клинический случай №1) произошла после назначения ему препаратов, направленных на преодоление дистимии. Мальчик перестал выражать суицидальные намерения, также проективные методики в настоящее время не выявляют стремления ребенка покончить жизнь самоубийством. Однако ребенок продолжает находиться в группе суицидного риска, с родителями постоянно обсуждаются вопросы качественного мониторинга за самочувствием сына, ученик обеспечен систематическим наблюдением врача-психиатра.

Доврачебная помощь.

Доврачебная помощь – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций организма и предупреждение вторичных нарушений у детей с отличительными от нормы здоровья состояниями.

Правила оказания постоянной доврачебной помощи письменно согласуются с законными представителями, вносятся в охранительный клинико-педагогический режим и являются обязательными для исполнения всеми участниками образовательных отношений. Просьба к родителям рассказать образовательной организации о проблемах со здоровьем у ребенка полностью соответствуют методическим рекомендациям об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации [5].

В рамках охранительного клинико-педагогического режима родителям предлагается написать на имя директора школы заявление, в котором детально и недвусмысленно изложить:

- факторы риска и возможные проблемы, с которыми может столкнуться образовательная организация;
- правила оказания экстренной (первой) помощи;

– границы дозволенного в действиях учителя образовательной организации.

Если родители затрудняются расписать правила помощи своим детям, то в рамках социально-диспетчерской деятельности они побуждаются к посещению дополнительных консультаций с лечащими врачами. Важно отметить, что в настоящее время у трех обучающихся с носовыми кровотечениями имеются три отличительных друг от друга алгоритма оказания им первой помощи. Причина разных рекомендаций врачей на один и тот же симптом кроется в различных состояниях у детей: васкулит; гипертензия сосудов головного мозга; пубертат (интенсивный рост).

Психологическая диагностика.

С целью исключения суицидальных замыслов и намерений с обучающимися не реже 2 раз за учебный год проводится психологическая диагностика с использованием цветового теста Люшера, тематического апперцептивного теста (ТАТ), КПО.

Наиболее информативным в ТАТ является рисунок с изображением лодочки, а в КПО – мотив «Луга».

Маркировка обучающихся.

Маркировка – это обеспечение обучающегося с ОВЗ и (или) инвалидностью информацией о том, как его зовут, где он живет, кому из значимых взрослых и по какому телефону можно позвонить. При необходимости мальчики или девочки обеспечиваются наглядными, легко обнаружимыми сведениями о том, какие заболевания у них имеются, в какой экстренной помощи они нуждаются.

Обучение ключевым жестам.

Целесообразно мотивировать родителей на обучение слабослышащих детей с тяжелыми речевыми нарушениями ключевым жестам, связанных со здоровьем.

В зависимости от возраста детей и их потенциальных возможностей, в игровой или деловой форме нужно учить обучающихся жестами выражать слова: человек, здоровье, чувство, боль, ничего, хорошо, плохо, голова, грудь, живот, у меня, мне, помощи, нужно, врач, звать, кровь и другие.

В ходе специальных занятий важно научить слабослышащих обучающихся понимать ключевые жесты и строить с помощью них простые предложения, которые помогут в трудной жизненной ситуации:

- у меня болит голова (живот, грудь);
- мне плохо (хорошо);
- у меня ничего не болит;
- человеку плохо, ему нужно помочь;
- мне нужен врач;
- человеку нужен врач.

Значимые для ребенка взрослые должны знать ключевые жесты, постоянно тренироваться в их использовании.

Кроме этого, нормативно развивающие ровесники, в среде которых может находиться ребенок с особенностями в развитии, тоже должны быть обучены пониманию ключевых жестов, что полностью соответствует государственной политике в сфере образования в построении инклюзивного общества.

Заключение.

В работе рассмотрен один из возможных вариантов оказания психологической помощи семьям слабослышащих обучающихся с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) по такому профессиональному вектору работы, как предупреждение смертельных случаев среди несовершеннолетних детей.

Сохранению и преумножению качества жизни школьников, а также созданию для них безопасной среды уделяется повышенное внимание. Обеспечение обучающихся охранительным клинико-педагогическим режимом направленно на удовлетворение их специальных образовательных потребностей, успешную социализацию, адаптацию, подготовку к самостоятельной жизни и труду.

Вместе с этим стоит сделать акцент на том, что у каждого ребенка с нарушением слуха и с органическим поражением ЦНС должен быть свой уникальный индивидуальный образовательный маршрут, максимально учитывающий состояние здоровья обучающегося, его основные и сопутствующие медицин-

ские диагнозы. Возможные изменения личности детей на фоне соматического неблагополучия должны максимально учитываться в работе педагога с семьей, делать помощь адресной и продуктивной.

Очевидно, что такая психологическая поддержка носит характер постоянной, требует систематического проведения заседаний школьного консилиума, выстроенной и эффективной системы конструктивного взаимодействия между педагогами, родителями и лечащими врачами.

Список литературы

1. Зинин С.В. Социально-диспетчерская деятельность специалистов школьного психолого-педагогического консилиума в современных условиях развития инклюзивного образовательного процесса / С.В. Зинин // Развитие образования. – 2022. – Т. 5. №1. – С. 34–40. DOI 10.31483/r-101075. EDN TSIODJ

2. Зинин С.В. Факторы риска, повышающие вероятность смертельного случая среди детей с ОВЗ и (или) инвалидностью, а также с отличительными от нормы здоровья состояниями: сборник трудов конференции / С.В. Зинин // Технопарк универсальных педагогических компетенций: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 10 февр. 2023) / редкол.: Ж.В. Мурзина [и др.] – Чебоксары: Среда, 2023. – С. 55–62. EDN ТТТҮКТ

3. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Владос, 1998. – 680 с.

4. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии) / В.И. Лубовский; Науч.-исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1978. – 224 с.

5. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации. (Утверждены Заместителем Министра просвещения Российской Федерации «14» октября 2019 года и Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации «17» октября 2019 года.)

6. Письмо Министерства просвещения РФ от 20 февраля 2019 г. № ТС-551/07 «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью».

7. Постановление Правительства РФ от 29.06.2015 №645 (ред. от 11.12.2020) «О подготовке и представлении Федеральному Собранию Российской Федерации ежегодного доклада Правительства Российской Федерации о реализации государственной политики в сфере образования» (вместе с «Положением о подготовке и представлении Федеральному Собранию Российской Федерации ежегодного доклада Правительства Российской Федерации о реализации государственной политики в сфере образования»).

8. Семаго Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.

9. Цикулина С. 211 погибших на уроках физкультуры школьников: почему так много // Московский комсомолец. – 10.10.2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.mk.ru/social/2017/10/09/211-pogibshikh-na-urokakh-fizkultury-shkolnikov-pochemu-tak-mnogo.html> (дата обращения: 11.06.2023).