

ПАМЯТКИ

для сотрудников образовательных учреждений по работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами

Т.И.Дуброва,
зав. кафедрой коррекционной педагогики ОГБОУ ДПО УИПКПРО,
кандидат педагогических наук, доцент

Право на образование является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан Российской Федерации. При этом возможность получения образования гарантируется гражданам Российской Федерации независимо от их состояния здоровья и места жительства.

Организация обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательных учреждениях общего типа способствует эффективному решению проблем их социальной адаптации и интеграции в общество.

Данные методические рекомендации (памятки) разработаны в целях оказания психолого-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, обучающихся в условиях общеобразовательного учреждения, с целью повышения профессиональной компетентности педагогов, работающих с данной категорией детей.

На сегодняшний день жизнь очень многих детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов помимо борьбы с тяжелым заболеванием осложнена неблагоприятным психологическим климатом в семье, связанным с конфликтами, перегрузками и усталостью родителей детей-инвалидов. Инвалидность ребенка в условиях современного российского общества влечет за собой целую лавину проблем психологического, социального и экономического характера.

Существует определенная типология семей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида.

Благополучная семья, имеющая ребенка данных категорий детей – это семья, в которой соблюдаются все права ребенка, благополучие каждого его члена. Ребенок-инвалид в семье может быть не только фактором ее дезорганизации, но и, напротив, способствовать ее укреплению. Некоторые семьи, находясь в непростых условиях российского общества, обеспечивают необходимые для жизни и развития ребенка-инвалида условия, оставаясь при этом полноценной семьей. Инвалидность ребенка не стоит рассматривать только как фактор неблагополучия семьи.

Неблагополучная семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида – это семья, в которой нарушаются права ребенка на уход, воспитание, развитие, грубо нарушаются права других членов семьи. Неблагополучная семья может иметь целый комплекс нарушений: дефекты воспитательных позиций родителей, дефекты социально значимых качеств родителей, дефекты социально значимых качеств детей, дефекты межличностных отношений и др.

Семья социального риска, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида, занимает промежуточное положение между благополучной и неблагополучной семьей, ее нельзя с уверенностью отнести ни к одной, ни к другой категории. В этом и заключается сложность выявления проблемного поля такой семьи и выработки механизмов для оказания ей помощи. Социальный риск может пониматься как опасность попадания ребенка в трудную жизненную ситуацию, в положение, когда ребенок-инвалид не в состоянии самостоятельно решать жизненно важные проблемы, в том числе задачи развития. Однако эта ситуация иногда скрыта не только от специалистов, но и от родителей в семье. Не всегда она выражается ребенком-инвалидом внешне, часто скрывается от окружающих. В связи с этим ситуации социального риска характеризует многообразие трудных жизненных ситуаций, каждая из которых требует специального рассмотрения.

Различаются следующие категории детей с нарушениями в развитии:

1. дети с нарушениями слуха;
2. дети с нарушениями зрения;
3. дети с нарушениями речи;
4. дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
5. дети с задержкой психического развития (ЗПР);
6. дети с нарушениями интеллекта.

I. Нарушение слуха – полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать, различать звуки. Дети с нарушенным слухом чаще всего обучаются в специальных школах или школах-интернатах для детей с нарушенным слухом (школы для глухих и школы для слабослышащих детей). Эти ребята разделяются на две группы: слабослышащие, которые с помощью слухового аппарата или без него могут слышать устную (звучащую) информацию, и глухие, которые не воспринимают разборчиво на слух обращенную речь даже при наличии звукоусиления.

Глухие дети: ранняя глухота резко ограничивает возможность ребенка к овладению речью. Так как потребность в общении не может быть реализована через речь, глухой ребенок ищет другие способы и средства общения с помощью предметов, действий. Он оперирует наглядными образами, способен рисовать, лепить, создавать по образцу модель из конструктора (что в первую очередь отличает его от умственно отсталого ребенка). Глухой малыш, как правило, обращается к вынужденной форме общения – мимике и жестам. Жестовая речь основана на системе жестов, каждый из которых имеет свое значение и может применяться в узком кругу людей, владеющих системой её знаков.

Слабослышащие дети: при врожденной тугоухости, своевременно не диагностированной, ребенок почти не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Возникновение тугоухости в доречевой период вызывает значительное речевое недоразвитие, после сформирования речи – не

ограничивает ее развития, но проявляется в характерных особенностях (бедность словарного запаса; искажение слов; недоговаривание слов; невыразительность дикции).

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушенным слухом:

- ❖ Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помаши ему рукой или похлопай по плечу. Смотри ему прямо в глаза и говори четко, хотя имей в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам.
- ❖ Не затемняй свое лицо и не загораживай его руками, волосами или какими-то предметами. Собеседник должен иметь возможность следить за выражением твоего лица.
- ❖ Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если ты не знаешь, какой предпочесть, спроси у них.
- ❖ Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говори немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.
- ❖ Говори ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо.
- ❖ Если тебя просят повторить что-то, попробуй перефразировать свое предложение.
- ❖ Используй жесты.
- ❖ Убедись, что тебя поняли. Не стесняйся спросить, понял ли тебя собеседник.
- ❖ Если ты сообщаем информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напиши ее, сообщи по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.
- ❖ Если существуют трудности при устном общении, спроси, не будет ли проще переписываться. Не говори: «Ладно, это неважно...». Сообщения должны быть простыми.
- ❖ Не забывай о среде, которая тебя окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.
- ❖ Не меняй тему разговора без предупреждения. Используй переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...»
- ❖ Очень часто слабослышащие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика (сурдопедагога), не забудь, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику (сурдопедагогу).
- ❖ Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Тебе лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил и помнить, что только три из десяти слов хорошо прочитываются; нужно смотреть в лицо

собеседника и говорить четко и медленно, используя простые фразы, жесты, телодвижения.

II. Нарушение зрения – полная или частичная утрата зрения, снижение остроты зрения или сужение поля зрения. Зрительные нарушения вызывают у детей значительные затруднения в познании окружающей действительности, сужают общественные контакты, ограничивают их ориентировку, возможность заниматься многими видами деятельности. Различают следующие типы детей с нарушением зрения: слепые дети; слабовидящие дети; дети с косоглазием.

Особенности проявления нарушений зрения у детей: так как при врожденной или ранней слепоте ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений, у некоторых из них задерживается освоение пространства и предметной деятельности. Их представления и знания о предметах реального мира скудны и схематичны. Речь часто формируется с задержкой. Вместе с тем, сформировавшаяся речь нередко бывает более богатой по лексике, чем у детей с сохранным зрением.

Отмечается склонность этих детей к рассуждению, но слова часто не выражают конкретного их значения или используются неадекватно. Отвлеченные понятия у слепых детей часто усваиваются легче, чем конкретные. Для них характерен высокий уровень развития вербальной (словесной) памяти. Мышление этих детей вязкое, обстоятельное, они склонны к детализации.

Слепота тормозит двигательную активность ребенка. Малоподвижность, вялость, медлительность являются характерными особенностями этих детей. Формирование навыков самообслуживания замедленно, и они часто не полностью сформированы даже к периоду школьного обучения.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с нарушением зрения:

❖ Когда ты встречаешься с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называй себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент ты обращаешься и назвать себя.

❖ Нарушение зрения имеет много степеней. Человек может быть полностью слепым или плохо видеть. Полностью слепых людей всего около 10 %, остальные люди имеют остаточное зрение, могут различать свет и тень, иногда цвет и очертания предмета. У одних слабое периферическое зрение, у других – слабое прямое при хорошем периферическом зрении. Все это надо выяснять учитывать при общении.

❖ Предлагая свою помощь, направляй человека, не стискивай его руку, иди так, как Вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

❖ *Не обижайся, если твою помощь отклонили.*

- ❖ Опиши коротко, где ты находишься. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от Вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь, кофейный столик».
- ❖ Предупреждай о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолоках, трубах и т.п. Обрати внимание на наличие бьющихся предметов.
- ❖ Используй (если это уместно) фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Учти, однако, что не всем это нравится.
- ❖ Обращаясь с собаками-поводырями не так, как к обычным домашним животным. Не командуй, не трогай и не играй с собакой-поводырем.
- ❖ Не отнимай и не стискивай трость человека.
- ❖ Всегда выясняй, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, диск, флешка. Если у вас нет возможности перевести информацию в нужный формат, отдайте ее в том виде, в котором она есть – это лучше, чем ничего.
- ❖ Если ты собираешься читать незрячему человеку, сначала предупреди об этом. Говори нормальным голосом.
- ❖ Если это важное письмо или документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяй чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, прочитай его обязательно. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.
- ❖ Всегда обращай непосредственно к человеку, даже если он тебя не видит, а не к его зрячему компаньону.
- ❖ Когда ты предлагаешь незрячему человеку сесть, не усаживай его, а направь руку на спинку стула или подлокотник. Если ты знакомишь его с незнакомым предметом, не води по поверхности его руку, а дай ему возможность свободно потрогать предмет.
- ❖ Если тебя попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет. Когда ты общаешься с группой незрячих людей, не забудь каждый раз называть того, к кому ты обращаешься.
- ❖ Не заставляй твоего собеседника вещать в пустоту: если ты перемещаетесь, предупреди его.
- ❖ Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.
- ❖ Избегай расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде: «стакан находится где-то там, на столе», «это поблизости от вас». Старайся быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас».
- ❖ Пытайся облечь в слова мимику и жесты.
- ❖ Если ты заметил, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляй его движением на расстоянии, подойди и помоги выбраться на нужный путь.
- ❖ При спуске или подъеме по ступенькам води незрячего человека перпендикулярно к ним.

❖ Передвигаясь, не делай рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывай руки назад – это неудобно.

III. Нарушение речи: в тех случаях, когда у ребенка сохранены слух, зрение, не нарушен интеллект, но имеются значительные отклонения от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые могут сказаться на формировании всей его психики, мы говорим об особой категории детей с нарушениями в развитии – о детях с речевыми нарушениями. Для обозначения нарушений речи используются также термины – расстройства речи, дефекты речи, речевая патология.

Следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи или условиями внешней среды (некоторые речевые особенности родителей, двуязычие в семье, диалектизмы, безграмотность). Речевые нарушения могут затрагивать различные стороны речи: звуковую (произносительную), фонематическую (смыслоразличительную), лексику, грамматический строй.

Речевые нарушения не исчезают самостоятельно, без специально организованной коррекционной работы. Изучением, предупреждением и коррекцией этих нарушений занимается отрасль дефектологии – логопедия. В структуре дефекта при речевой патологии проявляются нарушения средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи), нарушения в применении средств общения (заикание, проявление речевого негативизма и др.).

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с речевыми нарушениями:

- ❖ Используй доступный язык, выражайся точно и по делу.
- ❖ Избегай словесных штампов и образных выражений, если только ты не уверен в том, что твой собеседник с ними знаком.
- ❖ Не говори «свысока». Не думай, что тебя не поймут.
- ❖ Говоря о задачах или проекте, рассказывай все «по шагам». Дай возможность собеседнику обыграть каждый шаг после того, как ты объяснил ему.
- ❖ Исходи из того, что взрослый человек с нарушениями речи имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.
- ❖ Если необходимо, используй иллюстрации или фотографии. Будь готов повторить несколько раз. Не сдавайся, если тебя с первого раза не поняли.
- ❖ Обращайся с человеком с речевыми нарушениями точно так же, как ты бы обращался с любым другим. В беседе обсуждай те же темы, какие ты обсуждаешь с другими людьми, например; планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
- ❖ Обращайся непосредственно к человеку.

❖ Помни, что люди с речевой патологией, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т. д.

❖ Если это необходимо, можешь записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложи своему собеседнику обсудить его с другом или семьей.

IV. Нарушения опорно-двигательного аппарата: травмы позвоночника относят к наиболее тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. При травме позвоночника может происходить повреждение, как костных структур (позвонков), так и мягких тканей (межпозвоноковых дисков, связок, мышц, нервных корешков, спинного мозга). Очень серьезными последствиями спинальной травмы является повреждение нервных структур, а также развитие нестабильности позвоночника. Перелом позвонков у лиц молодого и среднего возраста чаще возникают при воздействии очень значительной внешней силы. Наиболее частыми причинами переломов позвоночника у этой категории лиц являются автомобильные аварии, «травма ныряльщика» и падение с большой высоты.

К травмам позвоночника относятся: повреждения шейного отдела позвоночника; повреждения тел грудных и поясничных позвонков; перелом копчика; компрессионный перелом позвоночника; остеопороз. При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы.

Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Часть детей с такой патологией не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах развития (во внутриутробный период, в момент родов и на первом году жизни). Двигательные расстройства у детей с ДЦП часто сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, с нарушениями функций других анализаторов (зрения, слуха). Поэтому эти дети нуждаются в лечебной, психолого-педагогической и социальной помощи.

Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата: отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата. *Заболевания нервной системы:* детский церебральный паралич, полиомиелит. *Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:* врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты

конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство). *Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:* травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

Термин детский церебральный паралич употребляется для характеристики хронического заболевания, при котором поражается центральная нервная система, двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений. В значительной части случаев (до 75 %) возникает нарушение речи, у части детей (15-20 %) задерживается развитие интеллектуальной сферы деятельности.

Формы церебрального паралича: в настоящее время для классификации форм ДЦП за рубежом применяется международная классификация болезней - МКБ-10. Данная классификация определяет следующие формы: спастическая диплегия (при этой форме паралич распространяется на все четыре конечности, но в основном поражаются ноги); гемиплегия (паралич распространяется на одну половину тела); дискинетический церебральный паралич (хореоатетоз, атетоз); атаксический церебральный паралич; атония мышц.

Последствия ДЦП: характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательной активности. Особенно подвергается поражению мышечная сфера - происходит нарушение координации движений, повышается тонус мышц, не развиваются двигательные возможности ребенка. В зависимости от степени и расположения участков поражения мозга, могут иметь место одна или несколько форм мышечной патологии - напряженность мышц или спастичность; непроизвольные движения; нарушение походки и других движений ног и рук, снижение степени мобильности.

Также могут встречаться нарушения зрения, слуха, различных сторон восприятия, ориентировки в пространстве; ухудшение речи; эпилепсия; задержка психического развития. Есть и иные проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни и трудности с обучением.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата

- ❖ Когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположись так, чтобы твои и его глаза были на одном уровне, тогда тебе будет легче разговаривать.
- ❖ Помни, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайся на нее, не толкай, не клади на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.
- ❖ Всегда спрашивай, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.

- ❖ Если твое предложение о помощи принято, спроси, что нужно делать, и четко следуй инструкциям.
- ❖ Если тебе разрешили передвигать коляску, сначала кати ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
- ❖ Всегда лично убеждайся в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйся, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.
- ❖ Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
- ❖ Если существуют архитектурные барьеры, предупреди о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.
- ❖ Помни, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.
- ❖ Не думай, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т. п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с гиперкинезами (спастикой)

- ❖ Гиперкинезы – непроизвольные движения тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом (ДЦП). Непроизвольные движения могут возникать также у людей с повреждением спинного мозга.
- ❖ Если ты видишь человека с гиперкинезами, не следует явно обращать внимание на него.
- ❖ При разговоре не отвлекайся на непроизвольные движения собеседника, потому что невольно можешь пропустить что-то важное, и тогда вы оба окажетесь в неловком положении.
- ❖ Предлагай помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.
- ❖ Перед тем, как сесть за стол с человеком с гиперкинезами, поинтересуйся, какая сервировка ему удобна. Ему может понадобится соломинка, глубокая или, наоборот, мелкая тарелка, низкая или высокая чашка и так далее.
- ❖ Уступая место, не настаивай, если человек отказался.
- ❖ Если ты покупаешь билеты в кино или театр для человека или людей с гиперкинезами, выбирай такие места, где они не будут мешать другим зрителям непроизвольными движениями. Если таких мест нет, нужно договориться с администрацией о дополнительных местах в проходе.
- ❖ Не бойся противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно», приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагай свои аргументы, даже если видишь, что собеседник нервничает.

❖ При гиперкинезах встречаются также затруднения в речи. В данном случае советуем прислушаться к рекомендациям, изложенным в разделе «люди с нарушениями речи».

V. Задержка психического развития (ЗПР) является сложным нарушением при котором страдают различные компоненты психической деятельности. ЗПР относится к “пограничной” форме нарушения развития ребенка. При ЗПР имеет место неравномерность формирования различных психических функций, типичным является сочетание, как повреждения, так и недоразвития отдельных психических функций с сохраненными. При этом глубина повреждений и/или степень незрелости может быть также различной. Частичное (парциальное) нарушение высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка.

Причинами задержки психического развития могут быть биологические или социальные факторы.

Биологические:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
- недоношенность;
- асфиксия и травмы при родах;
- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;
- генетическая обусловленность.

Социальные:

- длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;
- неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.

Отмечаются также различные варианты сочетания нескольких факторов различного происхождения.

Классификация ЗПР: в специальной литературе представлено несколько классификаций задержки психического развития. В последнее время выделяют четыре основных типа ЗПР:

- задержка психического развития конституционного генеза (наследственно обусловленный психический и психофизический инфантилизм);
- задержка психического развития соматогенного генеза обусловлена инфекционными, соматическими заболеваниями ребенка или хроническими заболеваниями матери;
- задержка психического развития психогенного генеза обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, частыми психотравмирующими ситуациями в жизни ребенка;
- задержка психического развития церебрально-органического генеза, при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциального нарушения ряда психических функций.

Особенности проявления ЗПР: дети с задержкой психического развития являются наиболее сложными в диагностическом отношении, особенно на ранних этапах развития. У детей с ЗПР в соматическом состоянии наблюдаются частые признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывает формирование ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности. У этих детей отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы (её незрелость) и стойкие нарушения в познавательной деятельности. Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей с ЗПР отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерны слабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности. Игра отличается бедностью воображения и творчества, монотонностью, однообразием.

У этих детей низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости. В познавательной деятельности наблюдаются: слабая память, неустойчивость внимания, медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость. Для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Для детей с ЗПР характерны ограниченный (гораздо беднее, чем у нормально развивающихся детей того же возраста) запас общих сведений об окружающем, недостаточно сформированные пространственные и временные представления, бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Незрелость функционального состояния центральной нервной системы служит одной из причин того, что дети с ЗПР не готовы к школьному обучению к 7 годам. У них к этому времени, как правило, не сформированы основные мыслительные операции, они не умеют ориентироваться в заданиях, не планируют свою деятельность.

Такой ребенок с трудом овладевает навыками чтения и письма, часто смешивает буквы, сходные по начертанию, испытывает трудности при самостоятельном написании текста. В условиях массовой школы дети с ЗПР, естественно, попадают в категорию стабильно неуспевающих учеников, что ещё больше травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Это в ряде случаев приводит к конфликту между школой и семьёй ребенка.

Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми с задержкой психического развития:

- ❖ Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.
- ❖ Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми.

- ❖ Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности не повышая голоса, когда требуется остановить слишком расходившегося ребенка, предотвратить возникающее столкновение.
- ❖ Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.
- ❖ Помните, что у детей с ЗПР часто встречается очень значительная подражательность и что своим общим поведением педагог показывает эталон поведения и общения.
- ❖ Всегда и во всем умейте до конца доводить начатую с детьми работу, проявляйте настойчивость.
- ❖ Не говорите при детях об отрицательных или положительных чертах их самих или других детей, о ваших наблюдениях, характеристиках, семейных условиях, наследственности детей и других данных, могущих быть по-своему использованных детьми.
- ❖ Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

VI. Нарушение интеллекта (умственная отсталость) – это стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга. При умственной отсталости ведущим симптомом является поражение коры головного мозга. Но не исключаются отдельные (локальные) поражения, что приводит к разнообразию нарушений в развитии психических, особенно высших познавательных процессов (восприятие, память, словесно-логическое мышление, речь) и в их эмоциональной сфере (повышенная возбудимость или инертность, вялость).

Нередко у умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии (деформация формы черепа и размеров конечностей, нарушения общей, мелкой моторики). Педагогическим критерием для диагностики детей с умственной отсталостью является их низкая обучаемость.

Причины нарушения интеллекта: недоразвитие интеллектуальных функций может возникнуть вследствие множества самых разнообразных явлений, влияющих на созревание мозга ребенка. Причинами нарушения интеллекта могут быть:

- **наследственные факторы**, в том числе неполноценность генеративных клеток родителей (умственная отсталость родителей, нарушения хромосомного набора, алкоголизм, наркомания);
- **патология внутриутробного развития:** различные инфекционные, гормональные заболевания матери в период беременности, интоксикации, травмы;
- **патологические факторы, действующие во время родов и в раннем возрасте ребенка:** родовая травма и асфиксия; нейроинфекции и различные соматические заболевания ребенка (особенно первых месяцев жизни, сопровождающиеся обезвоживанием и дистрофией, что наиболее патогенно для мозга ребенка); травмы мозга.

Классификация интеллектуальных нарушений: в настоящее время в практической работе психиатры используют международную классификацию (МКБ-10) по степени глубины интеллектуального дефекта.

Умственная отсталость подразделяется на формы:

- легкую умственную отсталость (IQ в пределах 50-69),
- умеренную умственную отсталость (IQ в пределах 35-49),
- тяжелую умственную отсталость (IQ в пределах 20-34),
- глубокую умственную отсталость (IQ ниже 20).

Особенности проявления интеллектуальных нарушений: при нарушениях интеллекта ведущими неблагоприятными факторами являются слабая любознательность и замедленная обучаемость ребенка, то есть его плохая восприимчивость нового. Эти первичные нарушения оказывают влияние на развитие этих детей с первых дней жизни. У многих из них сроки развития задерживаются не только в течение всего первого, но и второго года жизни.

Наблюдается отсутствие или позднее проявление интереса к окружающему и реакций на внешние раздражители, преобладание вялости и сонливости, что не исключает крикливости, беспокойства и т. п.

У умственно отсталых детей не возникает со временем:

- эмоциональное общение со взрослыми, “комплекс оживления” отсутствует или неполноценен;
- интерес к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках взрослого;
- новая форма общения – жестовое общение, возникающее на основе совместных действий со взрослыми;
- умение различать своих и чужих людей.

Олигофрения – наследственное, врожденное или рано приобретенное слабоумие, выражающееся в недоразвитии интеллекта и психики в целом. Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам. Олигофрения нередко сопровождается пороками физического развития. Признаками, объединяющими всю группу олигофрении, являются наличие умственного недоразвития и отсутствие прогрессирования болезни.

По этиологическим факторам выделяют группы олигофрении:

Первая группа – олигофрении эндогенной природы (в связи с неполноценностью генеративных клеток родителей), наследственно обусловленные (болезнь Дауна, истинная микроцефалия и др.)

Вторая группа - олигофрении, возникшие в результате внутриутробного действия на зародыш и плод различных вредностей (вирусные заболевания и интоксикации, в том числе алкоголизм матери, токсоплазмоз), уродства головного мозга, чаще возникающие в ранние периоды эмбриогенеза и т. д.

Третья группа - олигофрении, вызванные асфиксией и родовой травмой, ранними черепно-мозговыми травмами и нейроинфекциями.

Степени тяжести олигофрении:

Идиотия – наиболее глубокая степень олигофрении, характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления. При идиотии недоступна осмысленная деятельность. Эмоциональная жизнь исчерпывается примитивными реакциями удовольствия и неудовольствия. У одних преобладают злобно-гневливые вспышки, у других – вялость и безразличие ко всему окружающему. Идиоты произносят лишь отдельные звуки и слова, часто не понимают речи окружающих, не отличают родственников от посторонних. Они не владеют элементарными навыками самообслуживания, не могут самостоятельно есть, иногда даже не пережевывают пищу, неопрятны. Прогресс в интеллектуальном отношении невозможен и такие больные нуждаются в постоянном уходе и надзоре, которые чаще возможны лишь в условиях специального медицинского учреждения; при необходимости проводится симптоматическое лечение.

Имбецильность – средняя по тяжести степень олигофрении. Имбецилы понимают речь окружающих, сами могут произносить короткие фразы (словарный запас 150–300 слов). Некоторые имбецилы способны производить элементарные счетные операции, усваивать простейшие трудовые навыки и навыки самообслуживания. Эмоции имбецилов более дифференцированы, они привязаны к родным, адекватно реагируют на похвалу или порицание. Мышление имбецилов примитивно, они лишены инициативы, инертны, внушаемы, легко теряются при изменении обстановки. Эмоциональная жизнь у них сравнительно более богатая: они испытывают привязанности, развито чувство стыда и злопамятность, реагируют на похвалу и порицание. Квалифицированный надзор за такими больными и их обучение лучше осуществляются во вспомогательных школах, в лечебно-трудовых мастерских или в специальных медицинских учреждениях.

Дебильность – самая легкая степень слабоумия. Довольно трудна для диагностики, и говорить о более или менее точном диагнозе целесообразно лишь с 10-летнего возраста. Нарушения познавательной деятельности выражаются в неспособности вырабатывать сложные понятия и вследствие этого невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления. Обычно после лет дети в достаточной степени овладевают речью, большинство из них достигают полной независимости в уходе за собой. Замедление темпа психического развития может мало беспокоить родителей и даже не привлекать внимания воспитателей детских дошкольных учреждений. Явный умственный дефект становится заметен с начала школьного обучения: материал всегда дается с большим трудом (особенно математика), что часто приводит к необходимости в переводе в специальные учебные заведения для умственно отсталых. Они умеют читать и писать, овладевают простым счетом.

Рекомендации по межличностному взаимодействию

с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями):

❖ Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами (нарушением интеллекта) могут

испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.

❖ Не надо думать, что люди с нарушением интеллекта обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.

❖ Обращайся с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями) как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.

❖ Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Это миф. Если ты дружелюбен, они будут чувствовать себя спокойно.

❖ Неверно, что люди с психическими нарушениями всегда принимают или должны принимать лекарства.

❖ Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они, как правило, признаются дееспособными.

❖ Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.

❖ Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.

❖ Не думай, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них хорошо, а что – плохо.

❖ Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спроси его спокойно, что ты можешь сделать, чтобы помочь ему.

❖ Не думай, что человек с психическими нарушениями не может справиться с волнением.

❖ Не говори резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

Осуществление коррекционной направленности образовательного процесса в системе психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов

Обучаясь в массовом образовательном учреждении, дети с отклонениями в развитии должны получать целенаправленную специализированную коррекционную помощь и психологическую поддержку, задачами которых являются: контроль за развитием ребенка, успешностью его обучения, оказание помощи в решении проблем адаптации в среде сверстников.

Специфическим предметом психолого-педагогического сопровождения ребенка являются отношения ребенка с сообществом сверстников. Педагог призван решать особый тип проблемных ситуаций, связанных с отвержением ребенка, имеющего отклонения в развитии, окружающими. Разрешение подобных ситуаций требует как работы с окружением ребенка по преодолению у сверстников, педагогов и родителей негативных стереотипов,

формированию способности к принятию, толерантности, так и с самим ребенком по развитию восприятия себя как личности, поддержке его веры в свои силы.

Обучение детей с особыми потребностями в массовой школе осуществляется по программам, утвержденным Министерством образования РФ в соответствии с заключениями психолого-медико-педагогической комиссии. Индивидуальная коррекционно-развивающая программа, разрабатываемая психолого-медико-педагогическим консилиумом ОУ и отражающая особенности стратегии обучения ребенка, рекомендованные формы и методы работы с ним, реализуется, в первую очередь, учителями-предметниками, а также специалистами психологической службы, которые включают ее в содержание своей работы и при планировании уроков, занятий учитывают коррекционную направленность педагогического процесса.

Коррекция имеющихся у детей отклонений ведется параллельно с обучением. На разных уровнях создания условий интегрированного образования детей с особыми нуждами выделяются ведущие роли специалистов и содержание деятельности.

На уровне класса (группы) ведущую роль играют учителя (воспитатели) и классный руководитель, обеспечивающие необходимую педагогическую поддержку ребенку в решении задач обучения, воспитания и развития. Основная цель их деятельности – развитие самостоятельности в решении проблемных ситуаций, предотвращение дезадаптации ребенка, возникновения острых проблемных ситуаций.

В настоящее время педагогам приходится работать с неоднородным контингентом детей. Категория детей с отклонениями в развитии достаточно специфична и требует в ходе обучения реализации принципов индивидуально-дифференцированного подхода с учетом типологических особенностей развития учащихся с особыми нуждами. Поэтому реальная практика образования испытывает потребность в педагоге-профессионале, владеющем основами психологии и дефектологии, способном к работе с различными категориями учащихся, воспитанников (детей с особенностями в развитии, одаренных детей, представителей различных этнических групп), в наличии в учреждении разработанной программы сопровождения учащихся интегрированных классов и соответствующих специалистов, в повышении квалификации педагогов, работающих в интегрированных классах.

Педагогам массовых школ необходимо пересмотреть основные положения методики преподавания, овладеть приемами коррекционной учебно-воспитательной работы, изучить специфику обучения учащихся с отклонениями в развитии.

На уровне учреждения работа ведется педагогами-психологами, учителями-логопедами, социальными педагогами, объединенными в консилиум. Специалисты выявляют проблемы в развитии детей и оказывают первичную помощь в преодолении трудностей в обучении, взаимодействии с учителями, родителями, сверстниками. На данном уровне также реализуются

профилактические программы, охватывающие значительные группы учащихся, осуществляется экспертная, консультативная, просветительская работа с администрацией и учителями, воспитателями.

С целью коррекции недостатков развития, обеспечения освоения образовательных программ с детьми, имеющими отклонения в развитии, организуются фронтальные и индивидуальные занятия коррекционно-развивающей направленности. Они включаются в сетку занятий и проводятся специалистами ОУ (или муниципальной психологической службы) в соответствии с видом нарушений развития детей (учителем-логопедом, педагогом-психологом, учителем-дефектологом, сурдопедагогом, тифлопедагогом и т. д.).

Образовательным учреждением разрабатываются программа коррекционной работы в структуре которой отражается психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей инвалидов.

Программа коррекционной работы **Пояснительная записка**

В документах, положенных в основу программы коррекционной работы понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» (в дальнейшем ОВЗ) - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: "дети с проблемами", "дети с особыми нуждами", "нетипичные дети", "дети с трудностями в обучении", "аномальные дети", "исключительные дети". Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Таким образом, детьми с ограниченными возможностями здоровья можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении.

В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, другие лишь сглаживаться, а некоторые только компенсироваться.

Таким образом, программа коррекционной работы создается при организации обучения и воспитания в образовательном учреждении детей с ограниченными возможностями здоровья и/или детей-инвалидов. Она направлена на обеспечение коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и оказание помощи детям этой категории в освоении Образовательной программы (при наличии специалистов).

Целевая группа: дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды.

Данная программа разработана на основе Примерной основной образовательной программы образовательного учреждения с учётом

особенностей психофизического развития и структуры дефекта учащихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов.

Нормативно-правовой и документальной основой программы являются:

- Закон Российской Федерации «Об образовании»;
- Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования;
- СанПиН, 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательном учреждении» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 № 189)
- Рекомендации по организации обучения в первом классе четырехлетней начальной школы (Письмо МО РФ № 408/13-13 от 20.04.2001);
- Об организации обучения в первом классе четырехлетней начальной школы (Письмо МО РФ № 202/11-13 от 25.09.2000);
- О недопустимости перегрузок обучающихся в начальной школе (Письмо МО РФ № 220/11-13 от 20.02.1999);
- Рекомендации по использованию компьютеров в начальной школе. (Письмо МО РФ и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМ № 199/13 от 28.03.2002);
- Гигиенические требования к условиям реализации основной образовательной программы начального общего образования (2009 г.);
- Концепция УМК «Перспективная начальная школа».
- Письмо МО и науки РФ 18 апреля 2008 г. N АФ-150/06 «Создание условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».

Цель программы: обеспечение психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в условиях общеобразовательного учреждения (при наличии таких специалистов).

Задачи программы:

- своевременно выявлять детей с трудностями адаптации, обусловленными ограниченными возможностями здоровья;
- определять особенности организации образовательного процесса для рассматриваемой категории детей в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка;
- способствовать созданию условий, способствующих освоению детьми с ОВР и детьми-инвалидами основной образовательной программы начального общего образования и их интеграции в образовательном учреждении;
- осуществлять индивидуально ориентированную психолого-медико-педагогическую помощь детям с ОВР и детям-инвалидам с учетом особенностей их психического и (или) физического развития, индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);

- обеспечивать возможность обучения и воспитания по дополнительным образовательным программам и получения дополнительных образовательных коррекционных услуг;
- оказывать консультативную и методическую помощь родителям (законным представителям) детей с ОВР и детей инвалидов по медицинским, социальным и другим вопросам.

Содержание программы коррекционной работы определяют следующие принципы:

- **Соблюдение интересов ребенка.** Принцип определяет позицию специалиста, который призван решать проблему ребенка с максимальной пользой и в интересах ребенка.
- **Системность.** Принцип обеспечивает единство диагностики, коррекции и развития, т. е. системный подход к анализу особенностей развития и коррекции нарушений детей с ограниченными возможностями здоровья, а также всесторонний многоуровневый подход специалистов различного профиля, взаимодействие и согласованность их действий в решении проблем ребенка; участие в данном процессе всех участников образовательного процесса.
- **Непрерывность.** Принцип гарантирует ребенку и его родителям (законным представителям) непрерывность помощи до полного решения проблемы или определения подхода к ее решению.
- **Вариативность.** Принцип предполагает создание вариативных условий для получения образования детьми, имеющими различные недостатки в физическом и (или) психическом развитии.
- **Рекомендательный характер оказания помощи.** Принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья выбирать формы получения детьми образования, образовательные учреждения, защищать законные права и интересы детей, включая обязательное согласование с родителями (законными представителями) вопроса о направлении (переводе) детей с ограниченными возможностями здоровья в специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы).

Направления работы:

- **диагностическая работа** обеспечивает своевременное выявление детей с ограниченными возможностями здоровья и подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательного учреждения;
- **коррекционно-развивающая работа** обеспечивает своевременную специализированную помощь в освоении содержания образования; способствует формированию универсальных учебных действий у обучающихся (личностных, регулятивных, познавательных,

коммуникативных);

- **консультативная работа** обеспечивает непрерывность специального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей по вопросам реализации дифференцированных психолого-педагогических условий обучения, воспитания, коррекции, развития и социализации обучающихся;
- **информационно-просветительская работа** направлена на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для данной категории детей, со всеми участниками образовательного процесса - обучающимися (как имеющими, так и не имеющими недостатки в развитии), их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.
- **социально-педагогическая работа** направлена на подготовку учителей к участию в реализации *программы коррекционной работы*.

Структура и содержание программы:

Характеристика содержания

1. Диагностическая работа включает:

- своевременное выявление детей, нуждающихся в специализированной помощи;
- раннюю (с первых дней пребывания ребенка в образовательном учреждении) диагностику причин трудностей адаптации;
- изучение социальной ситуации развития и условий семейного воспитания ребенка;
- изучение адаптивных возможностей и уровня социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

2. Коррекционно-развивающая работа включает:

- выбор оптимальных для развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья коррекционных программ/методик, методов и приемов обучения в соответствии с его особыми образовательными потребностями;
- организацию и проведение специалистами индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих занятий, необходимых для преодоления нарушений развития и трудностей обучения;
- коррекцию и развитие высших психических функций;
- развитие эмоционально-волевой и личностной сфер ребенка и психокоррекцию его поведения;
- социальную защиту ребенка в случаях неблагоприятных условий жизни при психотравмирующих обстоятельствах.

3. Консультативная работа включает:

- выработку совместных обоснованных рекомендаций по основным направлениям работы с обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, единых для всех участников образовательного процесса;

- консультирование специалистами педагогов по выбору индивидуально-ориентированных методов и приемов работы с обучающимся с ограниченными возможностями здоровья;
- консультативную помощь семье в вопросах выбора стратегии воспитания и приемов коррекционного обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

4. Информационно-просветительская работа предусматривает:

- различные формы просветительской деятельности (лекции, беседы, информационные стенды, печатные материалы), направленные на разъяснение участникам образовательного процесса вопросов, связанных с особенностями обучения и сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья;
- проведение тематических выступлений для педагогов и родителей по разъяснению индивидуально-типологических особенностей различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья.

Этапы реализации программы:

Коррекционная работа реализуется поэтапно. Последовательность этапов и их адресность создают необходимые предпосылки для устранения дезорганизирующих факторов.

Сроки	Цель	Ответственный	Результат данного этапа
I этап (апрель – сентябрь).	Этап сбора и анализа информации (информационно-аналитическая деятельность).	Специалисты, классные руководители, администрация (куратор данного направления, замдиректора по учебной работе)	оценка контингента обучающихся для учета особенностей развития детей, определения специфики и их особых образовательных потребностей; оценка образовательной среды с целью соответствия требованиям программно-методического обеспечения, материально-технической и кадровой базы учреждения.
II этап (октябрь - май).	Этап планирования, организации, координации (организационно-исполнительская деятельность).	Специалисты (график работы), учителя	особым образом организованный образовательный процесс и процесс специального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья при специально созданных (вариативных) условиях обучения, воспитания, развития, социализации

			рассматриваемой категории детей.
III этап (май - июнь).	Этап диагностики коррекционно-развивающей образовательной среды (контрольно-диагностическая деятельность).	Замдиректора по УВР, куратор	констатация соответствия созданных условий и выбранных коррекционно-развивающих и образовательных программ особым образовательным потребностям ребенка.
IV этап (август – сентябрь).	Этап регуляции и коррективки и (регулятивно-корректировочная деятельность).	Учителя, куратор	внесение необходимых изменений в образовательный процесс и процесс сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, корректировка условий и форм обучения, методов и приемов работы.

Механизм реализации программы

Диагностический минимум для всей параллели в начальной школе проводится дважды: в первых и четвертых классах. Его цель – оценить общий уровень готовности детей к школьному обучению или переходу в среднее звено и выявление детей, имеющих трудности в обучении и/или в общении.

Углубленное индивидуальное обследование (если ребенок испытывает трудности в усвоении школьной программы) этих детей (с согласия родителей) позволяет выявить причины их трудностей, определить пути коррекции.

Консультации для педагогов и родителей проводятся всеми специалистами: педагогом-психологом, учителем-логопедом (при его наличии), социальным педагогом.

Развивающая и коррекционная работа ведется в соответствии со степенью тяжести выявленных проблем и может реализовываться в следующих формах:

Категория детей с ОВЗ	Виды коррекционно-развивающих занятий
Дети с ЗПР и обучающиеся в общеобразовательном	Индивидуально-групповые коррекционные занятия педагога-психолога, учителя-логопеда,

классе	учителей
Дети с ЗПР и обучающиеся индивидуально	Индивидуальные коррекционные занятия педагога-психолога, учителя-логопеда, учителей. Участие во внеурочной жизни класса.
Дети с неглубокими нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения	Занятия по коррекции психоэмоциональной сферы.
Дети со сниженными интеллектуальными способностями	Индивидуальный и дифференцированный подход на уроках Занятия по коррекции познавательных процессов
Дети с дефицитом внимания и низким уровнем самоконтроля	Щадящий режим (при необходимости)
Дети с нарушениями в письменной и устной речи	Логопедические занятия (при наличии специалистов)
Дети-инвалиды	Занятия по коррекции психоэмоциональной сферы (при наличии специалистов)
	Диагностический минимум индивидуальное обследование (специалистами), консультации для педагогов, обучающихся и родителей развивающая и коррекционная работа, итоговая диагностика

Программа психолого-педагогического сопровождения

В программе коррекционной работы психолого-педагогическое сопровождение понимается как сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является решение и действие, ведущее к прогрессу в развитии сопровождаемого.

В основе сопровождения лежит единство четырёх *функций*:

- диагностика сущности возникшей проблемы;
- информация о сути проблемы и путях её решения;
- консультация на этапе принятия решения и разработка плана решения проблемы;
- помощь на этапе реализации плана решения.

Основными принципами сопровождения ребёнка в образовательном учреждении являются:

- *рекомендательный характер* советов сопровождающего;
- *приоритет интересов* сопровождаемого («на стороне ребёнка»);
- *непрерывность* сопровождения.

Основная цель сопровождения – оказание практической помощи в решении проблем.

Задачи сопровождения:

1. Правильный выбор образовательного маршрута;
2. Преодоление затруднений в учёбе;
3. Решение личностных проблем развития ребёнка;
4. Формирование здорового образа жизни.

Организационно-управленческой формой сопровождения является психолого-педагогический консилиум. Его *главные задачи*: защита прав и интересов ребёнка; выявление групп детей, требующих внимания специалистов; консультирование всех участников образовательного процесса.

В результате работы специалистов (классного руководителя, учителя, медицинского работника, социального педагога, логопеда и др.) имеется комплект документов:

- карта медико-психолого-педагогического сопровождения детей,
- диагностическая карта школьных трудностей,
- индивидуальный образовательный маршрут ученика,
- дневник наблюдений.

Реализация коррекционной работы позволит:

1. За счет часов внеурочной деятельности в БУП через индивидуальные и групповые коррекционные проводить занятия, направленные на развитие зрительно-моторной координации, речи, внимания, памяти, пространственного восприятия, мышления, используя упражнения из УМК.
2. Работа психолога в процессе индивидуальных и групповых занятий используется для коррекции когнитивной сферы, эмоционально-личностного развития ребёнка, регуляции собственных действий использует следующие приёмы: создание положительного эмоционального фона, заслуженное поощрение, организующую помощь, наращивание темпа деятельности на доступном материале, привитие навыков самоконтроля.
3. Медицинская сестра осуществляет профилактику соматического состояния, коррекцию учебных и физических нагрузок, контролирует выполнение медицинских рекомендаций.
4. Социальный педагог обеспечивает сопровождение ребёнка с ОВЗ в учебной и внеучебной деятельности

Результатом коррекционной работы является достижение ребёнком с ограниченными возможностями здоровья или ребёнка-инвалида планируемых результатов освоения Образовательной программы.