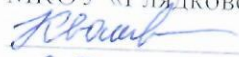


Муниципальное казённое общеобразовательное учреждение
«Глядковская средняя школа»
Сасовского района Рязанской области

«Согласовано»

зам. директора по УВР

МКОУ «Глядковская СШ»

 Квашнина О. А.

« 05 » сентября 2018 г.

«Утверждено»
директор МКОУ «Глядковская СШ»
 Филатова С. Н.
приказ № _____
от « _____ » _____ 2018 г.



Программа
психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ (ЗПР)
как часть адаптированной образовательной программы

Составитель:
Колединова Е. С.
педагог – психолог
высшая категория

Глядково 2018 г.

Введение.

Проблема увеличения количества детей, нуждающихся в психолого-педагогическом сопровождении специалистов разного профиля, ставит перед педагогическим сообществом задачу объединения с целью реализации эффективной коррекционно-педагогической работы, обучения, воспитания и социализации детей и подростков с ОВЗ в условиях многоуровневого междисциплинарного взаимодействия.

Эта задача может быть решена посредством включения в образовательный процесс специалистов «помогающих профессий» в службы или консилиумы.

Школьный психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) – это актуальная и практически значимая форма работы команды специалистов-единомышленников по сопровождению ребенка с ОВЗ в едином образовательном пространстве, предполагающая, в том числе, сетевое взаимодействие.

В состав ПМПк входят заместитель руководителя образовательной организации, педагоги, педагог-психолог, социальный педагог, врач (по согласованию с органами здравоохранения).

Деятельность консилиума представлена следующими направлениями:

- педагогическое направление деятельности;
- психолого-педагогическое направление деятельности;
- медико-педагогическое направление деятельности;
- социально-педагогическое направление деятельности.

Педагогическое направление деятельности консилиума определяет работу по формированию общей культуры личности, преодолению трудностей в обучении и адаптации ребенка с ОВЗ. Помимо этого, данное направление находит свое отражение в разработке адаптированной образовательной программы.

В условиях психолого-педагогического направления деятельности консилиума осуществляется коррекционно-педагогическая работа с детьми с ОВЗ по преодолению/коррекции нарушений в развитии, сохранению соматического здоровья, созданию условий для обеспечения раскрытия возможностей путем включения ребенка в успешную деятельность (профилактика дезадаптации).

Социально-педагогическое направление деятельности консилиума способствует максимально эффективной социализации ребенка с ОВЗ, повышению и развитию потенциальных возможностей в совместных видах деятельности со сверстниками и развитию взаимодействия с семьей.

В последние годы проблема разработки программ индивидуальной коррекционной работы для детей и подростков с различными отклонениями в развитии превратилась в одну из важнейших проблем специального образования. В Декларации о правах инвалидов (принята резолюцией Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 09.12.1975) говорится, что словом "инвалид" обозначается любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной, личной и (или) социальной жизни в силу недостатка врожденных или приобретенных физических и (или) психических умственных способностей. Инвалиды должны пользоваться всеми правами, изложенными в Декларации. Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами без каких-либо исключений и различий, дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, материального положения, рождения или любого другого фактора, независимо от того, относится ли это к самому инвалиду или к его семье. В настоящее время в России начинает складываться модель инклюзивной практики обучения, при которой дети с особыми образовательными потребностями включаются в общеобразовательный процесс, но не стихийно, а при создании в образовательной организации специальной программы сопровождения. В социально-педагогическом сопровождении нуждаются дети с выраженными интеллектуальными нарушениями, тяжелой двигательной патологией, сложными нарушениями

развития. В проекте закона Российской Федерации о специальном образовании физические отклонения ребенка определяются исходя из возможностей его обучения. Для ребенка с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) детский коллектив является самым мощным ресурсом развития. Невозможно научить общаться со сверстниками, изолировав от них. От того, как станут относиться к ребенку другие дети, во многом будет зависеть его мотивация к учебе и душевное состояние. Совместное обучение детей с разным уровнем возможностей позитивно и эффективно по следующим причинам: ребята учатся взаимодействовать друг с другом и получают опыт взаимоотношений. Помощь детям с ОВЗ требует и социально-педагогической поддержки их семей. Развитие ребенка-инвалида в значительной степени зависит от благополучия его семейной ситуации, от участия родителей в его физическом и нравственном развитии, правильности педагогических воздействий. Семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, переживает стресс, который может приводить к депрессии одного или обоих супругов, что неизбежно отражается на внутрисемейных отношениях. Частые конфликты, враждебно-равнодушная атмосфера, складывающаяся дома, - все это отрицательно сказывается на развитии ребенка. Социальные педагоги, классные руководители призваны решать сложные проблемы, связанные с социально-эмоциональным, физическим, интеллектуальным развитием этой категории людей, оказывать им всестороннюю помощь и поддержку, способствуя их успешной социализации. Педагогам во взаимодействии с детьми и их родителями важно создать атмосферу психологического комфорта, окружить их вниманием и заботой, обеспечить эмоционально значимое общение, организовать комплексную социально-педагогическую помощь, направленную на стимуляцию их личностного развития и социализации.

Программа сопровождения детей с ОВЗ необходима всем педагогам, так как в последние годы количество таких школьников увеличилось. Классные руководители не всегда изучают заболевания своих учеников, а ведь очень важно не пропустить такого ребенка. Это могут быть дети, больные сахарным диабетом, бронхиальной астмой, имеющие соматическую патологию, а именно заболевания органов пищеварения, дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем и т. д.

Основной целью адаптированной образовательной программы является создание оптимальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные возможности для получения образования, воспитания, коррекции недостатков развития, социализации выпускников.

Адаптированная образовательная программа предусматривает решение основных задач:

- обеспечение условий для реализации прав обучающихся с ЗПР на получение бесплатного образования;
- организация качественной коррекционно–развивающей работы с учащимися;
- сохранение и укрепление здоровья обучающихся с ЗПР на основе совершенствования образовательного процесса;
- создание благоприятного психолого-педагогического климата для реализации индивидуальных способностей обучающихся данной категории.

Основные задачи и содержание образования на каждом уровне формируются исходя из психологических характеристик учащегося данного возраста.

Начальная ступень обучения:

- первоначальное становление личности ребенка, выявление и развитие творческого и интеллектуального потенциала учащихся, их способностей;
- формирование универсальных учебных действий, направленных на достижение личностных, метапредметных, предметных результатов, развитие познавательных интересов учащихся,
 - овладение простейшими навыками самоконтроля за учебной деятельностью, умения включаться в задание, сохранять задачу, планировать и контролировать свои действия, действовать по правилу;
 - формирование положительного отношения к учению (мотивационная готовность);

- овладение учащимися доступными им способами и навыками учебной деятельности;
- воспитание коммуникативной культуры, нравственных и эстетических чувств, эмоционально-ценностного позитивного отношения к себе и окружающему миру;
- сохранение и поддержка индивидуальности ребенка;
- освоение федеральных государственных образовательных стандартов.

Основное общее образование (5-9 классы):

- достижение выпускниками основной школы уровня функциональной грамотности, необходимой в современном обществе как по математическому и естественно-научному, так и по социально-культурному направлениям;
- формирование целостного представления о мире, основанного на приобретенных знаниях, умениях, навыках и способах деятельности;
- приобретение опыта разнообразной деятельности (индивидуальной и коллективной), опыта познания и самопознания;
- повышение мотивации обучения через активизацию познавательной деятельности; организация целенаправленной познавательной деятельности учащихся, направленной на дальнейшее развитие личности учащегося, его индивидуальных возможностей и интересов, способности к социальному определению;
- сохранение и укрепление здоровья детей, формирование основ здорового образа жизни.

Ожидаемые конечные результаты Программы.

Обеспечение базового уровня образования для обучающихся с ЗПР.

Содержание программы разрабатывалось на основе принципов:

- гуманистической направленности (отношение педагога к детям и подросткам как к ответственным субъектам собственного развития; стратегия взаимодействия, основанная на субъект-субъектных отношениях);
- природосообразности (воспитание детей сообразно их полу, возрасту, ограниченным возможностям здоровья; формирование ответственности за развитие самих себя, за последствия своих действий и поведения);
- культуросообразности (воспитание основывается на общечеловеческих ценностях);
- эффективности социального взаимодействия (расширение сфер общения; формирование социально-бытовых умений и навыков);
- сотрудничества с родителями.

1. Теоретические и практические аспекты межличностных отношений детей с ЗПР.

Основная идея всей современной педагогики заключается в том, что отсталому ребёнку воспитание нужно в большей степени, чем нормальному.

Для данных детей характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании, или не испытывают вообще, так как в период младшего школьного возраста у таких детей преобладает игровая деятельность. В результате эти дети получают неполные и, возможно, искаженные представления об окружающем.

Как отмечают Л.С. Выготский, М.С. Певзнер, слабость памяти детей с отклонениями в интеллектуальном развитии проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько ее воспроизведения. Воспроизведение – процесс очень сложный, требующий большой волевой активности и целенаправленности.

Особого внимания заслуживает рассмотрение особенностей речевого развития детей с ЗПР. Многим из них присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического восприятия. Среди воспитанников специализированных групп много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия.

У детей с отклонениями в интеллектуальном развитии отмечаются недостатки в развитии речевой деятельности, физиологической основой которой является нарушение взаимодействия между первой и второй сигнальными системами. У аномальных детей страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. Отмечаются трудности восприятия и понимания речи. В результате наблюдаются различные виды расстройства письма, трудности овладения техникой чтения, также снижена потребность в речевом общении.

Явное отставание детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников авторы отмечают при анализе их мыслительных процессов. Отставание характеризуется недостаточно высоким уровнем сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса. В исследованиях многих ученых отмечается специфика развития познавательной деятельности детей с ЗПР. Так, С.Г. Шевченко,[88] изучая особенности речевого развития детей с ЗПР, отмечает, что дефекты речи у таких детей отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированности познавательной деятельности. В гораздо меньшей степени изучались личностные особенности детей с ЗПР. В работах Л.В. Кузнецовой, Н.Л. Белополюской раскрываются особенности мотивационно-волевой сферы. Н.Л. Белополюская[3] отмечает специфику возрастных и индивидуально-личностных особенностей детей.

Психологи отмечают характерные для этих детей слабость волевых процессов, эмоциональную неустойчивость, импульсивность либо вялость и апатичность (Л.В. Кузнецова). Для игровой деятельности многих детей с ЗПР характерно неумение (без помощи взрослого) развернуть совместную игру в соответствии с замыслом. У.В. Ульянковой [83] выделены уровни сформированности общей способности к учению, которые соотносятся ею с уровнем интеллектуального развития ребенка. Данные этих исследований интересны тем, что позволяют увидеть индивидуальные различия внутри групп детей с ЗПР, которые касаются особенностей их эмоционально-волевой сферы.

У детей с ЗПР отмечается проявление синдромов гиперактивности, импульсивности, а также повышение уровня тревоги и агрессии (М.С. Певзнер).

Измененная динамика формирования самосознания проявляется у детей с ЗПР в своеобразном построении взаимоотношений со взрослыми и сверстниками. Отношения отличаются эмоциональной нестабильностью, неустойчивостью, проявлением черт детскости в деятельности и поведении.

Для таких детей характерна рассеянность внимания, они не способны удерживать внимание достаточно длительное время, быстро переключать его при смене деятельности. Для них характерна повышенная отвлекаемость, особенно на словесный раздражитель. Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются. Могут наблюдаться и проявления инертности - в этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое. Также у них недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа. Сенсорное развитие также отличается качественным своеобразием. У детей с ЗПР зрение и слух физиологически сохранены, однако процесс восприятия несколько затруднен - снижен его темп, сужен объем, недостаточна точность восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного).

У детей с ЗПР замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно моторной и слухозрительно-моторной координации. В дальнейшем эти недостатки также будут препятствовать овладению чтением и письмом. Недостаточность межанализаторного взаимодействия проявляется в несформированности чувства ритма, трудностях в формировании пространственных ориентировок.

Анализ особенностей психического развития рассматриваемой категории детей позволяет сделать следующие выводы:

Задержка психического развития затрагивает всю психическую сферу ребенка, и, по существу, является системным дефектом. Поэтому процесс обучения и воспитания должен выстраиваться с позиций системного подхода. Необходимо сформировать полноценный базис для

становления высших психических функций и обеспечить специальные психолого-педагогические условия, необходимые для их формирования.

При этом следует учитывать, что при ЗПР нарушения имеют полиморфный характер, их психологическая структура сложна. Выраженность повреждений и (или) степень несформированности психических функций может быть различной, возможны различные сочетания сохраненных и несформированных функций, этим и определяется многообразие проявлений ЗПР в дошкольном возрасте.

Если нормально развивающийся ребенок усваивает систему знаний и поднимается на новые ступени развития в повседневном общении со взрослыми (при этом активно работают механизмы саморазвития), то при ЗПР каждый шаг может осуществляться только в условиях целенаправленного формирования каждой психической функции с учетом их взаимодействия и взаимовлияния.

В рамках психолого-педагогического подхода накоплен достаточно большой материал, свидетельствующий о специфических особенностях детей с ЗПР, отличающих их с одной стороны, от детей с нормальным психическим развитием, а с другой стороны — от умственно отсталых детей.

Развитие психики ребенка в отечественной и зарубежной психологии понимается как исключительно сложный, подчиненный взаимодействию многих факторов. Степень нарушения темпа созревания мозговых структур, а следовательно и темпа психического развития, может быть обусловлена своеобразным сочетанием неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов.

Таковы наиболее характерные особенности протекания познавательных и эмоционально-волевых процессов детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. Все отмеченные особенности психической деятельности таких детей носят стойкий характер, поскольку являются результатом органических поражений на разных этапах развития.

Особенности общения детей с задержкой психического развития, сочетающиеся со сниженной познавательной активностью и спецификой умственной деятельности, препятствуют их благоприятной социализации, становлению личности. Минимизированное общение дошкольников с задержкой психического развития не может создать «продукт общения – как образ себя и другого» (М.И. Лисина), ребенок не учится «смотреть на себя глазами другого» (М.М. Бахтин), «быть собой и другим» (Н.И. Непомнящая). Отсутствие осознания себя в системе отношений с другими приводит к формированию ряда негативных качеств, значительно осложняющих вхождение ребенка в нормальную социальную жизнь. В частности, большинство детей с задержкой психического развития, поступающих в школу, характеризует неправомерно завышенная самооценка. Неумение сравнивать причины возникновения своих эмоциональных состояний со сходными проявлениями у сверстников приводит к эмоциональной глухоте, дефициту эмоциональной отзывчивости, к трудностям формирования у этих детей морально-этических правил поведения и, в конечном счете, к ограниченности внутренней жизни ребенка.

Таким образом, отношение «Я – Другой», рассматриваемое в отечественной психологии как одно из базовых оснований формирования личности, является необходимостью также и для благоприятного развития ребенка рассматриваемой категории. Однако оно может быть реализовано в отношении этих детей только в результате целенаправленной коррекционной работы.

В коррекционной работе используются адаптированные варианты игровой терапии, арт-терапии, сказкотерапии, когнитивно-поведенческие задания. Параллельно с коррекционными занятиями с дошкольниками проводятся семинары с их родителями. Если родители реализуют в семье полученные психолого-педагогические рекомендации, то это способствует закреплению положительных результатов коррекционной работы педагогов и психологов.

Коррекционные занятия с группами дошкольников, эмоциональные проявления которых различны (агрессивно-тревожные и тревожно-фобические), проводятся отдельно (по 12–14 занятий с каждой группой). Занятия отличаются тематикой игр и упражнений, ритмом их

проведения, стилем общения психолога с детьми. На первых занятиях детям с агрессивно-тревожным поведением предлагаются подвижные игры, требующие физической нагрузки. Дошкольники с тревожно-фобическими проявлениями эмоционального поведения первоначально предпочитают спокойные, статичные игры, размеренный темп разговора. В процессе занятий у детей меняются игровые предпочтения и стиль общения. Так, в агрессивно-тревожных подгруппах малыши с удовольствием участвуют в беседах, в спокойных тренинговых упражнениях, а дошкольники тревожно-фобических подгрупп обнаруживают стремление к шумным играм, проявляют агрессивные реакции по отношению к сверстникам.

По мнению педагогов и родителей, коррекционные занятия дают положительный результат: уменьшаются проявления агрессии, страха, неуверенности в себе. Индекс тревожности снижается у всех дошкольников, посещающих коррекционные занятия. Значительная положительная динамика прослеживается в агрессивно-тревожной подгруппе. Однако этот объективный показатель негативного эмоционального состояния детей остается высоким. И после коррекционных занятий у отстающих в развитии дошкольников весьма высока вероятность возвращения интенсивных страхов и тревоги. Несомненно, полученные результаты требуют дальнейшего осмысления и психолого-педагогических исследований.

Понятие "задержка психического развития" употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы - органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

Несколько специфических методов в работе с детьми с ЗПР:

1. Детям с ЗПР свойственна низкая степень устойчивости внимания, поэтому необходимо специально организовывать и направлять внимание детей. Полезны все упражнения, развивающие все формы внимания.

2. Они нуждаются в большем количестве проб, чтобы освоить способ деятельности, поэтому необходимо предоставить возможность действовать ребенку неоднократно в одних и тех же условиях.

3. Интеллектуальная недостаточность этих детей проявляется в том, что сложные инструкции им недоступны. Необходимо дробить задание на короткие отрезки и предъявлять ребенку поэтапно, формулируя задачу предельно четко и конкретно. Например, вместо инструкции «Составь рассказ по картинке» целесообразно сказать следующее: «Посмотри на эту картинку. Кто здесь нарисован? Что они делают? Что с ними происходит? Расскажи».

4. Высокая степень истощаемости детей с ЗПР может принимать форму как утомления, так и излишнего возбуждения. Поэтому нежелательно принуждать ребенка продолжать деятельность после наступления утомления. Однако многие дети с ЗПР склонны манипулировать взрослыми, используя собственную утомляемость как предлог для избегания ситуаций, требующих от них произвольного поведения,

5. Чтобы усталость не закрепилась у ребенка как негативный итог общения с педагогом, обязательна церемония «прощания» с демонстрацией важного положительного итога работы. В среднем длительность этапа работы для одного ребенка не должна превышать 10 минут.

6. Любое проявление искреннего интереса к личности такого ребенка ценится им особенно высоко, так как оказывается одним из немногих источников чувства собственной значимости, необходимого для формирования позитивного восприятия себя и других.

7. В качестве основного метода положительного воздействия на ЗПР можно выделить работу с семьей этого ребенка. Родители данных детей страдают повышенной эмоциональной ранимостью, тревожностью, внутренней конфликтностью. Первые тревоги у родителей в отношении развития детей обычно возникают, когда ребенок пошел в детский сад, в школу, и когда воспитатели, учителя отмечают, что он не усваивает учебный материал. Но и тогда

некоторые родители считают, что с педагогической работой можно подождать, что ребенок с возрастом самостоятельно научится правильно говорить, играть, общаться со сверстниками. В таких случаях специалистам учреждения, которое посещает ребенок, необходимо объяснить родителям, что своевременная помощь ребенку с ЗПР позволит избежать дальнейших нарушений и откроет больше возможностей для его развития. Родителей детей с ЗПР необходимо обучить, как и чему учить ребенка дома.

С детьми необходимо постоянно общаться, проводить занятия, выполнять рекомендации педагога. Больше времени следует уделять ознакомлению с окружающим миром: ходить с ребенком в магазин, в зоопарк, на детские праздники, больше разговаривать с ним о его проблемах (даже если его речь невнятна), рассматривать с ним книжки, картинки, сочинять разные истории, чаще ребенку рассказывать о том, что вы делаете, привлекать его к посильному труду. Важно также научить ребенка играть с игрушками и другими детьми. Главное - родители должны оценить возможности ребенка с ЗПР и его успехи, заметить прогресс (пусть незначительный), а не думать, что, взрослея, он сам всему научится. Только совместная работа педагогов и семьи пойдет ребенку с задержкой психического развития на пользу и приведет к положительным результатам.

8. Любое сопровождение детей с задержкой психического развития представляет собой комплекс специальных занятий и упражнений, направленных на повышение познавательного интереса, формирование произвольных форм поведения, развитие психологических основ учебной деятельности.

Практические занятия.

Каждое занятие строится по определенной постоянной схеме: гимнастика, которая проводится с целью создания хорошего настроения у детей, кроме того, способствует улучшению мозгового кровообращения, повышает энергетику и активность ребенка,

Основная часть, которая включает упражнения и задания, направленные преимущественно на развитие одного какого-либо психического процесса (3-4 задания), и 1-2 упражнения, направленных на другие психические функции. Предлагаемые упражнения разнообразны по способам выполнения, материалу (подвижные игры, задания с предметами, игрушкам, спортивными снарядами).

Заключительная часть - продуктивная деятельность ребенка: рисование, аппликация, конструирование из бумаги и т.д.

В специально организованных условиях обучения и воспитания у детей с задержкой психического развития положительная динамика в усвоении умений и навыков безусловна, но у них сохраняется низкая способность к обучению.

Для изучения широкого круга межличностных отношений школьников с ЗПР возможно использование адаптированного варианта проективной методики Р. Жилия (К. ЛИ), ранее примененный в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (И.Н. Гильяшева, Н.Д. Игнатъева, 1978). Наглядно-действенный характер ответов, возможность использования вербальных заданий как сопутствующих делает эту методику удобной для изучения детей с ЗПР и при анализе экспериментальных данных снимает трудности, обусловленные своеобразием словарного запаса изучаемых учащихся.

Использование этой методики дает возможность не только качественного, но и количественного анализа полученных данных. По каждому параметру показатели могут иметь как положительный, так и отрицательный знак, что учитывается при качественном анализе и количественной обработке экспериментального материала.

Психологический климат на эмоциональном уровне отражает сложившиеся в коллективе взаимоотношения, характер делового сотрудничества, отношение к значимым явлениям жизни. Складывается же психологический климат за счет "психологической атмосферы" - также группового эмоционального состояния, которая, однако, имеет место в относительно небольшие отрезки времени, и которая в свою очередь создается ситуативными эмоциональными состояниями коллектива.

Для оценивания некоторых основных проявлений психологического климата коллектива возможно использование методики Л.Н. Лутошкина –эмоциональная светопись.

Также используется в работе: метод анкетирования, тестирования, проективная методика и метод – карта наблюдений Стотта.

Диагностика пространственного восприятия; памяти (методики «Узнавание фигур», «Домик» Н. И. Гуткиной).

Диагностика произвольного внимания и регуляции деятельности (методики «Графический узор», авт. Н. В. Бабкина; тест Пьерона-Рузера, «Сравни картинки»).

Диагностика умственного развития (методики «Исключение лишнего», «Лабиринт» Л. А. Венгера, «Матричные задачи Равена», «Мозаика» (адаптированный вариант методики «Кубики Кооса»), логические задачи авт. Н. В. Бабкина, «Аналогия»).

Диагностика общей осведомленности и развития речи (в свободной беседе).

Диагностика сформированности учебной мотивации (с использованием опросника Л. И. Божович и Н. И. Гуткиной).

Следует отметить некоторую условность отнесения методик к определенным блокам, т. к. в большинстве своем они являются полифункциональными. При анализе результатов диагностики детей по каждому из содержательных блоков рекомендуется пользоваться данными, полученными в процессе всей программы обследования. Так, например, сведения о сформированности пространственного восприятия, полученные при использовании методик, могут быть дополнены особенностями выполнения методик «Графический узор», «Мозаика», «Лабиринт».

При анализе результатов выполнения заданий необходимо учитывать полноту принятия задания, удержание цели на протяжении всего периода его выполнения, планирование этапов деятельности и их реализацию, контроль и оценку результатов.

Для изучения готовности детей к освоению приемов организации собственной деятельности разработаны определенные ступени стимулирующей и организующей помощи, которая предлагается ребенку последовательно, с постепенно нарастающим объемом внешней регуляции его действий. Объем помощи, который оказывается достаточным для успешного выполнения задания, служит показателем «зоны ближайшего развития», т. е. потенциальных возможностей ребенка, актуализирующихся в совместной работе со взрослым.

Структура взаимодействия сопроводительной службы школы (рекомендации школьного педагога-психолога):

1. Социальный педагог:

- согласовывает социально-педагогическую работу с учащимся с его классным руководителем;
- занимается коррекционно-развивающей деятельностью;
- оказывает помощь в сборе документов при взаимодействии с учреждениями и организациями города и района.

2. Классный руководитель:

- следит за соблюдением прав и свобод учащихся, определенных Конвенцией ООН о правах ребенка, Законом «Об образовании в Российской Федерации», уставом школы;
- обеспечивает охрану жизни и здоровья школьников в период образовательного и воспитательного процесса;
- использует приемы, методы и средства обучения, соответствующие уровню подготовки учащегося с особыми образовательными потребностями;
- принимает участие в педагогических консилиумах, педсоветах и предоставляет характеристики на детей и их семьи;
- осуществляет связь с родителями (законными представителями), оказывает им консультативную помощь, информирует о проблемах и успехах.

Индивидуальное сопровождение ребенка проводится в несколько этапов. Шаг 1. Социальный педагог начинает диагностическую работу с изучения сопровождающих документов ребенка (направления, выписки, характеристики). Заключается соглашение с

родителями.

Шаг 2. Совместно с классным руководителем социальный педагог организует целенаправленное наблюдение, проводит беседы с детьми и их родителями, изучает возможности продуктивной деятельности. Проводится анкетирование родителей.

Первый период очень важен для получения сведений об индивидуально-типологических особенностях детей и их эмоциональном состоянии.

Шаг 3. Углубленное обследование. В нем участвуют классные руководители, воспитатели ГПД, педагоги-психологи. Социальный педагог проводит собеседование со специалистами учреждений, в которых состоят на учете и получают какую-либо помощь учащиеся.

Шаг 4. Результаты фиксируются в "Протоколе первичного обследования".

Шаг 5. Полученная информация обсуждается на медико-педагогическом консилиуме, заседаниях коррекционно-развивающей службы.

Шаг 6. Специалисты вырабатывают рекомендации по коррекционной работе и социально-педагогическому сопровождению ребенка.

Шаг 7. Социальный педагог фиксирует все сведения в "Дневнике сопровождения учащегося с ограниченными возможностями здоровья".

Решения консилиумов представляют собой закрытую информацию, которая сообщается только родителям.

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; мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения.

Основная цель сопровождения - оказание помощи в решении проблем.

Задачи сопровождения: правильный выбор образовательного маршрута; преодоление затруднений в учёбе; решение личностных проблем развития ребёнка; формирование здорового образа жизни.

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

В школе создана служба, осуществляющая психолого - медико-педагогическое сопровождение детей с ЗПР, которая ведёт ребенка на протяжении всего периода его обучения. В службу сопровождения входят специалисты: заместитель директора по УВР, педагог-психолог, учителя, работающие по адаптированной образовательной программе, воспитатели и медицинский работник. Комплексное изучение ребенка, выбор наиболее адекватных проблеме ребенка методов работы, отбор содержания обучения с учетом индивидуально-психологических особенностей детей осуществляется на школьном психолого - медико-педагогическом консилиуме.

Заключение.

Дети с ограниченными возможностями здоровья и дети с инвалидностью имеют право выбора места получения образования, и это право закреплено в системе федерального законодательства и регламентировано на уровне практики. Обучение этих детей в общей школе существенно облегчит их дальнейшую социальную интеграцию, а также повысит уровень мотивированности и комфорта при получении ими послешкольного образования, а также позитивным образом скажется на воспитании толерантного отношения к "инаковости" среди здоровых учеников.

Практика инклюзивного обучения уже присутствует в российских школах, реализуемая

силами отдельных энтузиастов из числа людей, непосредственно в ней заинтересованных, что, в свою очередь, свидетельствует о готовности нашего общества эту практику принять. Вследствие чего можно констатировать, что система, коррекционного образования детей с ОВЗ и инвалидностью находится на пороге неизбежных изменений.

Список литературы:

1. Мамайчук И.И. Помощь психолога ребенку с ЗПР. – СПб, 2004
2. Обучение детей с ЗПР / Под ред. В.И. Лубовского. – Смоленск, 1994.
3. 3. Основы коррекционной педагогики / Под ред. А.Д. Гонеева, Н.И. Лифинцевой. – Москва: Академия. – 1999.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. – М., 1967.
5. Дети группы риска как объект социальной охраны и социальной профилактики // Социальная профилактика отклоняющегося поведения несовершеннолетних как комплекс охранно-защитных мер. – М., 1993. – С.20-36.
6. Ульenkova У.В. Дети с задержкой психического развития. Н.Новгород, 1994. – С. 21-31.
7. Коробейникова И.А. Специальный стандарт образования - на пути к новым возможностям и перспективам обучения и воспитания детей с задержкой психического развития / Коробейникова И. А. // Дефектология. - 2012. - № 1. - С. 10-17. (конспектирование)
8. Мамайчук И.И. Нейропсихологическая диагностика задержки психического развития у детей младшего школьного возраста / Мамайчук И.И. // Дефектология. - 2002. - №6. - С.17-25. (конспектирование)
9. Марковская И.Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психического развития / Марковская И.Ф. // Дефектология. - 2006. - №3. - С. 28 - 34 (конспектирование)
10. Маршалкин А.П. Современные подходы к диагностике различных форм задержки психического развития / Маршалкин А.П. // Специальное образование. - 2011. - № 1. - С. 57-65. (конспектирование)
11. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении федерального государственного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» от 19.12.2014.