**Комплексна підтримка дітей з особливими освітніми потребами**

 **в закладі загальної освіти**

*Підготувала*

*Дрогобецька Інна Анатоліївна,*

*практичний психолог*

*КЗ «ЗШ І-ІІІ ст. № 33 ВМР»*

Сьогодні існує дуже багато літератури про те, як найкращим чином підтримувати інклюзивну освіту.

Поняття «інклюзії» в повному значенні широко висвітлене в багатьох працях як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників: А.Колупаєвої, О.Акімової, Г.Пономарьової, К.Агавелян, Н.Вовк, І.Леонгарда, І.Нікітіна, П.Таланчук, В.Засенко, І.Іванової, С.Коноплястої, С.Миронової, В.Синьова, В.Тарасуна,Л.Фомічової. Привертають увагу дослідження з організації та досвіду впровадження інклюзії в освітній процес Т.Ілляшенко, Н.Стадненко, А.Обухівської, Т.Сак, Н. Софій, Полівко Л.Ю., О.Романчука, Л. Туріщевої.

Цікавою є думка М.Чайковського, який вважає, що інклюзивність закладу освіти слід розглядати як міру готовності до цього процесу навчальної бази і суб’єктів інклюзії.

 За теорією дослідника інклюзивність включає*:*

* пристосованість навчальної бази (архітектурна доступність, оснащеність необхідним обладнанням);
* інклюзивна компетентність учителів (соціально-психологічна і спеціальна складова) тобто мотивація до діяльності, відповідні знання, уміння, досвід, особистісні риси, здатність до налагодження стосунків з дитиною з ООП. Спеціальна складова охоплює знання й володіння необхідними навиками;
* інклюзивна компетентність учнів (духовно-моральна та спеціальна складова, тобто сформованість емпатії, готовність до співпраці з дітьми з ООП та володіння навиками надання підтримки в умовах інклюзії).

Для позначення категорій учнів з порушеннями психофізичного розвитку (ПФР) використовується різна термінологія. До речі, як би не називалася така дитина, слід зазначити, що в кожному терміні єдина суть: ця дитина – це не менш розвинена, а своєрідна, інакше розвинена дитина. Категорії порушень (нозології)

Виразні та сталі порушення слухової функції

Виразні порушення зору

Тяжкі порушення мовлення

Затримка психічного розвитку

Стійкі порушення інтелектуального розвитку

Порушення опорно-рухового апарату

Емоційно-вольові розлади

Комплексні порушення декількох функцій

Розглянемо коротку характеристику кожної категорії порушень.

***Порушення слухової функції***

За ступенем виразності та складності виділяють такі види:

**Глухота** – глибоке стійке двостороннє порушення слуху до того, як у дитини сформувалось мовлення (може бути вроджене або набуте).

**Туговухість** – часткове порушення, яке спричиняє порушення мовленнєвого розвитку.

**Пізнооглухість** – втрата слуху після того, як було сформоване мовлення.

Головна проблема з якою стикається дитина, що має розлади слуху – дефекти мовлення.

Психолог та вчитель у процесі індивідуального спілкування з такими дітьми зобов’язані:

* знати рівень слухової чутливості дитини;
* розташовуватися відносно дитини так, щоб учень бачив губи;
* давати експерементальні завдання в письмовій формі;
* уточнювати розуміння дитиною завдання;
* використовувати зоровий і тілесний контакт з дитиною.

***Виразні порушення зору***

Відповідно до ступеню порушення функції зорового аналізатора дітей із порушеннями зору поділяють на сліпих і слабкозорих.

**Сліпота**– зорові відчуття зовсім відсутні або збережений незначний залишковий зір, недостатній для звичайної життєдіяльності.

**Слабкозорість** – виразне зниження гостроти зору або значне порушення інших зорових функцій.

Діти зі слабким зором фрагментарно сприймають інформацію, що ускладнює образне мислення. Увага компенсується широкими можливостями інших аналізаторів. Обмежені можливості творчої уяви. Серед психологів панує думка, що пам’ять дітей зі слабким зором розвивається більш інтенсивно.

Неуспішність школярів зі слабким зором може бути зумовлена:

1. Великим обсягом програмного матеріалу і швидким темпом його вивчення.
2. Недоліками деяких методів навчання, які не розраховані на слабозорих дітей.
3. Перевантаженням учнів навчальними заняттями.
4. Відсутністю належних гігієнічних умов для роботи (якість роздаткового матеріалу, підручників, освітлення приміщень тощо).
5. Недоліками і труднощами пізнавальної сфери зумовленими поганим зором.
6. Недостатньою підготовкою вчителів до специфіки роботи із слабозорими.

При роботі із дітьми з порушеннями зору необхідно враховувати вищесказане.

**Тяжкі порушення мовлення**

Виокремлюють такі розлади: *дислалія, розлади голосу, алалія, ринолалія, дизартрія, афазія, заїкуватість, дисграфія та дислексія.*

Із перелічених видів розладів психологу найчастіше доводиться працювати з дітьми із заїкуватістю.

**Заїкуватість** – це хвороба, спричинена мікрозмінами центральної нервової системи людини.

Причиною заїкуватості в більшості випадків є неправильне виховання в родині, надмірне пещення, потурання примхам, неузгоджене виховання батьків, що спричиняє різкі вибухи гніву, вередування, недисциплінованість, істерику. Іншою причиною є пізній розвиток мовлення дитини, складні її недоліки, а також нервові потрясіння спричинені переляком. Спостерігається поява даного порушення і внаслідок ускладнень після дитячих захворювань (кір, скарлатина та інші).

Вчасне і правильне визначення причин заїкуватості дає змогу усунути її на початку розвитку, з одного боку, зміцнивши нервову систему дитини, а з другого, виховавши правильні мовленнєві навички. Перше здійснюється шляхом медичної допомоги, а друге – шляхом створення батьками та педагогами умов, необхідних для спокійного, урівноваженого поводження дитини в родині й колективі (створення «ситуацій успіху», корекція тривожної та сором’язливої поведінки, підвищення самооцінки дитини).

Оскільки інтелектуальні порушення часто є наслідком основного порушення дитини, пропонуємо більш детально розглянути їх.

**Затримка психічного розвитку**

У своїй роботі ми найчастіше зустрічаємося із дітьми, які за своїми показниками не відповідають нормотиповим дітям і в той же час не належать до розумово відсталих. Це так звана категорія дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

**Затримка психічного розвитку** – це уповільнення темпу розвитку психіки дитини, що виражається у недостатності загального запасу знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкому перенасиченні в інтелектуальній діяльності.

ЗПР може бути зумовлена як біологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання. Особливості психічного розвитку цієї категорії дітей перешкоджають повноцінному засвоєнню ними навчальної програми загальноосвітньої школи без спеціально створених умов. Проте, ці діти істотно відрізняються від розумово відсталих, оскільки здатні оволодіти ширшим і глибшим обсягом знань, є спроможними самостійно узагальнювати і застосовувати засвоєні знання, сприймають допомогу.

Виділяють чотири типи затримки психічного розвитку (ЗПР) у дітей з ООП :

У разі **ЗПР конституційного походження** інфантилізм (незрілість в розвитку) психіки часто поєднується з інфантильним типом статури людини, що вирізняється дитячою пластичністю міміки й моторики. Емоційна сфера таких дітей ніби перебуває на більш ранньому щаблі розвитку, відповідаючи психічному складу дитини молодшого віку. Ці діти невтомні у грі, але швидко стомлюються від інтелектуальної діяльності. Психологи радять батькам таких дітей не віддавати їх рано до школи, дати їм можливість «догратися». Слід пам’ятати, що незрілість емоційної сфери ускладнює соціальну адаптацію.

**ЗПР соматогенного генезу** характеризується емоційною незрілістю, обумовленою хронічними захворюваннями, які призводять не лише до зниження фізичної, а й інтелектуальної працездатності. До таких захворювань відносяться вроджені й набуті пороки соматичної сфери (серця, органів дихання, кишково-шлункового тракту тощо). Хронічні фізична і психічна астенія затримують розвиток активних форм діяльності, що сприяє формуванню таких рис особистості, як нерішучість, боязкість, невпевненість у своїх силах.

**ЗПР психогенного походження** пов’язана з несприятливими умовами виховання та соціального оточення. Вже доведено, що несприятливі умови соціального середовища, які починають рано впливати на дитину і мають тривалий, затяжний вплив на психіку дитини, призводять не лише до відставання в отримані знань та інформації про навколишній світ, але й до стійких порушень її нервово-психічної сфери, обумовлюючи паталогічний розвиток психіки. Так, за умов бездоглядності може формуватися паталогічний розвиток особистості за типом психічної нестійкості: невміння гальмувати свої емоції та бажання, імпульсивність, відсутність почуття обов’язку, відповідальності; в умовах гіперопіки – формується нездатність до вольових зусиль, праці; в умовах жорстокого, авторитарного поводження з дитиною – формується невротичний розвиток особистості, за якого ЗПР проявляється як відсутність ініціативи і самостійності, боязкість, несміливість.

**Цереброастенічна ЗПР** зустрічається частіше інших варіантів. Причиною даного типу ЗПР є патологія вагітності і пологів, травми нервової системи у перші роки життя. Для цієї форми затримки притаманне уповільнення зміни вікових фаз психічного розвитку.

Для таких дітей характерною є підвищена стомлюваність, яка впливає на порушення працездатності, пам’яті, уваги, інших вищих психічних функцій, уповільнення темпу інтелектуальної діяльності зі швидким виснаженням. У дітей відсутня жвавість, яскравість емоцій, немає зацікавленості в оцінці, низький рівень домагань.

За своєю суттю ця форма ЗПР нерідко виражає стан, який межує з дебільністю. Навченість цих дітей значно знижена. Їм дефектологи рекомендують навчання у спеціальних класах і школах для дітей із ЗПР або індивідуальний навчальний план.

Діти із ЗПР потребують поєднання педагогічної, психологічної і медичної допомоги. Практика показує, що за ранньої діагностики, правильних методах лікування, наполегливій і послідовній педагогічній та психологічній допомозі ЗПР можна подолати.

**Стійкі порушення інтелектуального розвитку**

Якщо психолог зустрічається у роботі із стійким порушенням пізнавальної діяльності на основі органічного ураження центральної нервової системи, то потрібно говорити вже про наявність у дитини **розумової відсталості.**

Розумова відсталість поділяється на два види: ***олігофренія і деменція***, що відрізняються за часом виникнення та протікання.

**Олігофренія** – це група стійких непрогресуючих паталогічних станів з різною етіологією, яка виражається загальним психічним недорозвитком з перевагою інтелектуального дефекту і труднощами соціальної адаптації.

**Деменція** (лат. – знищення розуму) – це вид розумової відсталості, який виникає внаслідок пошкодження кори головного мозку в період після 2-3 років і виявляється у стійкому послабленні інтелектуальної діяльності у поєднанні з розладами пам’яті та емоційно-вольової сфери. У дитячому віці може виникнути внаслідок органічних уражень мозку, викликаних травмами, гематомами, запаленнями, а також при епілепсії та шизофренії. Такі діти можуть мати значний запас знань, накопичений у період нормального розвитку, але вони практично не здатні ними користуватися. Внаслідок порушення пам’яті, уваги, розумової працездатності для них характерна загальна рухова розгальмованість, крайня недостатність довільності поведінки.

У психолого-медичній літературі запропоновано класифікацію розумової відсталості за ступенем інтелектуальної недостатності:

*- розумова відсталість легкого ступеня;*

*- помірна розумова відсталість;*

*- важка розумова відсталість;*

*- глибока розумова відсталість.*

Дана класифікація має важливе практичне значення для вирішення питань соціальної адаптації, а особливо для визначення можливості навчання таких дітей.

Для визначення ступеня розумової відсталості використовують коефіцієнт інтелекту (IQ), який вказує на кількісну оцінку інтелекту і діагностується шляхом виконання стандартних психологічних тестів.

Зіставлення якісної та кількісної характеристики інтелекту

**Якісна та кількісна характеристики інтелекту**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Коефіцієнт інтелекту*** | ***Кількісна характеристика*** | ***Якісна характеристика*** |
| 71 і вище | Норма | норма |
| 50-70 | Легка розумова відсталість, труднощі у навчанні | Дебільність |
| 35-49 | Помірна розумова відсталість, значні труднощі у навчанні | Легка імбецильність |
| 25-39 | Важка розумова відсталість | Виразна імбецильність |
| 20 і нижче | Глибока розумова відсталість | Ідіотія |

**Дебільність –** легкий ступінь розумової відсталості. Ця категорія осіб становить більшість серед тих, хто страждає на розумову відсталість (70-80%).

Такі діти відстають у розвитку від однолітків. Вони неспритні, фізично слабкі, часто хворіють, мало цікавляться тим, що діється навколо, байдужі до процесів та явищ, які відбуваються у природі та соціальному житті. Активний словниковий запас бідний, вони часто не можуть передати елементарний зв’язний текст. Спілкування з нормотиповими однолітками утруднене, їх не приймають у гру, тому що вони не вміють грати. Часто такі діти стають самотніми в середовищі однолітків, тому спілкуються з молодшими дітьми.

 Програму ЗНЗ діти із легкою розумовою відсталістю опанувати не в силі. Рівень їхнього розвитку, за умови проведення корекційної роботи, дозволяє їм оволодіти тільки певним освітнім рівнем і нескладними професійними навичками. У таких дітей в основному збережене конкретне мислення, вони здатні розбиратися у практичних ситуаціях, орієнтуються на дорослих, емоційно-вольова сфера більш збережена, ніж пізнавальна. Незважаючи на труднощі формування уявлень і засвоєння знань і навичок, затримку у розвитку різних видів діяльності, діти даної категорії мають можливості для розвитку.

У випадку помірної розумової відсталості (**легка імбецильність**) пізнавальні можливості різко знижені: розладнані відчуття, сприймання, пам’ять, увага, мислення. Такі діти нездатні до самостійного поняттєвого мислення. Наявні поняття мають конкретний побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Мовленнєвий розвиток примітивний, хоча розуміння мови на побутовому рівні збережене. Здатні до навчання. Можуть опанувати навички читання, письма, рахунку, хоча часто зрозуміти прочитане не можуть, рахують тільки на наочному матеріалі. У зрілому віці люди з помірною розумовою відсталістю цілком мобільні, спроможні виконувати просту практичну роботу (за доступними вказівками і контролем виконання), спілкуватись з іншими людьми, але повністю незалежне проживання є для них неможливим.

 Діти із важкою розумовою відсталістю (**виразна імбецильність**) та глибокою розумовою відсталістю **(ідіотія)** нездатні до оволодіння навіть елементарними знаннями з рахунку, письма, читання.

Пізнавальна діяльність у таких дітей є повністю несформованою. Ніяк не реагують на оточуючих, часто не впізнають рідних та близьких.

Діти із легкою і помірною розумовою відсталістю підлягають навчанню за програмами спеціальної школи РВД. Діти із тяжкою і глибокою розумовою відсталістю не підлягають навчанню, їм рекомендоване перебування у закладах соціального захисту населення.

Батькам надали право вибору закладу та форми навчання і тут велика роль психолога утому, чи зуміє він переконати, що дитині краще буде у спеціалізованому закладі, чи знайде аргументи для переконання.

***Порушення опорно-рухового апарату***

*Причинами порушень опорно-рухового апарату можуть бути:*

* Захворювання нервової системи: ДЦП і поліомієліт.
* Вроджені паталогії опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна, кривошия, сколіоз, недорозвиток кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, клишоногість та інші деформації стоп, артрогрипоз (вроджене каліцтво).
* Набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату: травматичні ураження спинного і головного мозку, поліартрит, системні захворювання (рахіт і хондродистрофія), захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт).

За ступенем тяжкості розладів рухових функцій діти поділяються на три групи:

1. Діти з тяжкими розладами: у яких не сформована ходьба, захоплення й утримання предметів, навички самообслуговування; які ледь пересуваються з допомогою ортопедичних пристосувать та мають частково сформовані навички самообслуговування.
2. Діти, які мають середній ступінь виразності рухових розладів (переважна частина пересувається самостійно на обмежену відстань, володіють навичками самообслуговування, які недостатньо автоматизовані).
3. Діти, які мають легкі рухові розлади ( пересуваються самостійно, володіють навичками самообслуговування, однак деякі рухи виконують неправильно).

Сьогодні простежується тенденція до зростання кількості дітей з ушкодженням опорно-рухового апарату, серед яких найпоширенішим є дитячий церебральний параліч (ДЦП).

Часто у таких дітей збережена інтелектуальна сфера, але слабо розвинена моторика (дрібна і велика). ЛФК і корекційні заняття з урахуванням вправ на дрібну моторику. Використання планшета на письмі.

***Емоційно-вольові розлади***

До таких розладів, зокрема, відносять:

* **Ранній дитячий аутизм –** важке порушення розвитку, яке характеризується значними недоліками у формуванні соціальних та комунікативних зв’язків із реальністю; обмеженні спілкування, яке виявляється у зосередженні на власних переживаннях, а також проявами стереотипних інтересів.
* **Реактивні стани –** патологічні прояви, які супроводжуються важкими переживаннями, психічною травмою або несприятливою ситуацією.
* **Конфліктні переживання,** які можуть супроводжуватися проявами агресії, схильністю до суїциду.
* **Психопатичні форми поведінки** (гальмівні, збудливі, істеричні психопатії).

***Комплексні порушення декількох функцій***

Розвиток дітей з комплексними порушеннями характеризується поєднанням двох чи більше психофізичних аномалій. Наприклад, сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із затримкою психічного розвитку або розумовою відсталістю.

Таким чином, вищезазначені категорії дітей мають специфічні труднощі й проблеми розвитку і потребують психолого-педагогічного супроводу.

Визначальною умовою збереження психічного здоров’я дітей є створення умов для подолання чи корекції їхнього розвитку, попередження психологічної травматизації у зв’язку з їхньою «інакшістю» та забезпечення гармонійного формування особистості. Звідси виникає необхідність моделювання діяльності педагога, шкільного психолога та інклюзивного ресурсного центру щодо вивчення та реалізації освітніх потреб кожної особливої дитини й найкращих способів їх задоволення.

Тому, у закладі розроблено *модель комплексної підтримки дітей з особливими освітніми потребами яка має* 5 складників: цільовий, теоретичний, змістовий, технологічний, діагностично-результативний.

**Результатом** має стати позитивна динаміка розвитку дітей з особливими освітніми проблемами, успішна адаптація та соціалізація дітей у закладі.

Фахівці виділяють 3 етапи психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП

**І етап**

**інклюзивний ресурсний центр (ІРЦ)**

**ІІІ етап**

**ІРЦ + ЗНЗ**

**ІІ етап**

**загальноосвітній навчальний заклад (ЗНЗ)**

**І етап супроводу** здійснюється в інклюзивних ресурсних центрах (ІРЦ) і включає:

* Комплексну оцінку.

**ІІ етап супроводу** здійснюється безпосередньо в освітніх закладах і включає:

* Спостереження за дитиною, динамікою її розвитку.
* Навчання орієнтоване на дитину та її можливості.
* Врахування стану уваги, втомлюваності, працездатності дитини.
* Прогнозування перспективи розвитку.
* Корекцію пізнавальної та емоційно-вольової сфери.
* Формування навичок самообслуговування.
* Включення в соціум.

**ІІІ етап супроводу** передбачає колективну підтримку дитини і включає:

* Прогнозування розвитку дитини за умови виконання чи невиконання корекційно-реабілітаційних заходів.
* Планування напрямків подальшої корекційної роботи (враховуючи динаміку).
* Співпрацю ІРЦ та Команди супроводу дитини у закладі.

***Консультування***

Індивідуальне консультування батьків, вчителів та дітей з ООП один із найважливіших видів роботи психолога. Найчастіше тематика консультацій така:

*З учителями*: оформлення ІПР; особливості поведінки й навчання окремих категорій дітей (гіперактивні діти та діти із синдромом дефіциту уваги; діти з розладами аутичного спектру; діти із ЗПР тощо); самооцінка дитини з ООП; підбір методик для роботи тощо.

*З батьками* – особливості поведінки й навчання дітей; подолання тривожності, сором’язливості, агресивності в дітей; подолання страхів у батьків щодо адаптації дитини в закладі, вирішення конфліктних ситуацій тощо.

*3 учнями з ООП* – спілкування з однокласниками, самооцінка дитини, професійна спрямованість, поведінка в конфліктних ситуаціях тощо.

***Просвіта***

З усіма учасниками освітнього процесу проводяться просвітницькі заходи: виступи на батьківських зборах, нарадах при директору, психолого-педагогічних семінарах, а також години спілкування для дітей та ін.

Так, наприклад, у закладі відбувся семінар для практичних психологів міста на тему «Супровід дітей з ООП. Робота з батьками». Проведено тренінгове заняття «Учимося жити з дітьми» ( авторська розробка «Учимося ЖИТИ з дітьми» презентована у фаховій газеті «Психолог» №1-2, 2017р*).*

**Профілактика**

Профілактика за такими напрямками:

- профілактика насильства серед дітей та до дітей з ООП;

- тренінгові заняття за просвітницько-профілактичними програмами «Якалка», «Сприяння просвітницькій програмі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя», «Дорослішай на здоров’я», «Медіація однолітків», «Особиста гідність. Безпека життя. Громадянська позиція», «Навчіть дитину захищатися», «Формування безпечної поведінки».

***Корекція***

Відповідно до рекомендацій ІРЦ здійснюється корекційно-розвивальна робота. Сьогодні заняття проводяться 2 спеціалістами – Дрогобецькою Інною Анатоліївною та Літвін Оленою Борисівною за такими програмами:

* Програма психологічного супроводу дитини з ООП в інклюзивному класі . Мігован О. А.
* «Корекція розвитку». Сак Т.В., Прохоренко Л.І.
* Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі. Скрипник Т.
* «Корекція розвитку». Логвінова І.П., Кучеренко Ю.О.
* «ГІД» (гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги) Оклей-Проданюк О.В
* «Настає час вибору». Сідляр Т.І., Свірчкова Н.В.

Для проведення корекційних занять у рамках роботи психолога можна використовувати методичний посібник «Технології психологічного забезпечення освітнього процесу в інклюзивній школі», Романовської Д.Д., Мінтняської Р.І..

З урахуванням особливостей розвитку дитини та її потенційних можливостей більшість дітей з особливими освітніми потребами можуть бути залучені до роботи в корекційні групі. На групових заняттях основним завданням є формування комунікативних навичок, зняття ситуативної тривожності, сором’язливості.

 Однак, психологу необхідно заздалегідь оцінити і продумати альтернативні вправи, виконання яких не перешкоджає порушення розвитку. Дуже полюбляють діти різноманітні інтерактивні ігри на кшталт «Хто я?», «Джанго», «Дитяче лото», «Козацьке лото», «Щаслива лапа», «Ліза та її друзі подорожують світом», «Коло безпеки». Якщо ж мова йде про корекцію чи розвиток окремих пізнавальних процесів, краще організовувати індивідуальні заняття.

***Особливості проведення корекційних занять***

***з дітьми із ЗПР і РВД:***

* тривалість занять – 25-40хв.;
* врахування динаміки втомлюваності дітей, надання можливості відпочинку;
* зниження до мінімуму кількості подразників, що можуть відволікати;
* залучення до сприймання нового матеріалу максимальної кількості аналізаторів ( слух, зір, дотик);
* використання наочності, її відповідність рівню розвитку сприймання і мислення дитини, поступове ускладнення;
* емоційна форма викладу матеріалу, різноманітність завдань, використання ігрових прийомів;
* надання достатньої кількості часу на переключення з одного завдання на інше;
* уникання завдань, що потребують розподілу активності на одночасне виконання двох дій;
* враховуючи труднощі запам’ятовування і порушення працездатності у процесі виконання практичних дій додатково пояснювати завдання, дати можливість виконувати у повільному темпі, надавати додаткові запитання, наводити вже відомі дітям аналогії;
* враховуючи труднощі орієнтування у завданні, використовувати поетапну інструкцію і поетапне узагальнення, формувати вміння планувати свою діяльність;
* максимально стимулювати активність дітей під час заняття, підтримувати навіть незначні успіхи і акцентувати на цьому увагу інших дітей з метою створення атмосфери позитивного і дружнього до них ставлення та постійної підтримки.

У корекційній роботі з дітьми оптимальною є така послідовність: корекція мислення-уяви-пам’яті. Це пов’язано з тим, що багато прийомів уяви спираються на операції мислення, а способи запам’ятовування – на перше і на друге. Тоді для підвищення мотивації з дітьми можна запропонувати вправи з розвитку мислення і уяви впереміж.

Якщо характерний нерівномірний розвиток пізнавальних процесів, то варто починати із найбільш сильної ланки. Важливо дотримуватися послідовності вправ і особливо важливо, щоб кожна була пророблена на різному матеріалі не менше 5-6 разів. Окремі вправи можна проводити і до 20-25 разів.

Вихідний інтелектуальний рівень дітей можна визначити 2-3 ігровими завданнями середньої складності. Найбільш зручно з цією метою застосовувати завдання «Виключення зайвого» і «Перелік наслідків події».

Фіксованої кількості занять не існує. Однак мінімальне число занять, за якого можна очікувати корекційно-відновлювальний ефект, буде таким:

* на мислення – 12-14 занять;
* на уяву – 16-18 занять;
* на пам’ять – 8-10 занять.

Частота занять – 2 рази на тиждень, при цьому діти і не перевантажені, і не забувають, і не втрачається інтерес до занять.

Розвиток дитини з особливими розумовими потребами потребує проведення і такої роботи, яка б сприяла iї становленню як людини, що житиме у суспільстві, формуванню у неї соціально значущих особистісних якостей на основі засвоєння суспільних норм та досвіду правильної поведінки. Тому необхідно заохочувати та підтримувати (словесно і тактильно) всі прояви позитивного вияву поведінки та дотримання суспільних норм.

***Організаційно-методична робота***

Такий вид роботи полягає в постійній самоосвіті, підготовці до заходів, видавничій діяльності (замітки на сайт, випуск буклетів тощо), відвідуванні семінарів, методичних об’єднань, педагогічних читань, курсів з метою обміну досвідом тощо.

***Зв’язки з громадськістю***

Зв’язки з громадськістю передбачають співпрацю з ІРЦ, громадськими організаціями, соціальними службами, а також відвідування дітей вдома (при потребі).

Отже, практичний психолог формує психологічну готовність учасників освітнього процесу (учнів, батьків, вчителів, представників адміністрації) до взаємодії з дитиною з особливими освітніми потребами. Психофізіологічні особливості такої дитини, рівень її розвитку, потенційні можливості щодо опанування знаннями визначаються основними індикаторами, які беруться до уваги при розробці **індивідуальної програми розвитку. (пункт 3 -** відомості про особливості розвитку,  **пункт 6 -** психолого-педагогічна допомога, що надається під час проведення у позаурочний час корекційно-розвиткових занять, **пункт 7 -** характеристика учня (емоційно-вольова і когнітивна сфери), **пункт 12** - члени групи з розроблення індивідуальної програми розвитку (підпис).

Підсумовуючи вищесказане щодо ролі психолога у супроводі дитини, то наші види робіт можна визначити таким чином:

1. Ознайомлення з особовою справою дитини, комплексною оцінкою ІРЦ, історією та особливістю протікання захворювання (за бажанням батьків), бесіда з представниками ІРЦ (при потребі).

2. Бесіда з дитиною і батьками. Визначення можливостей дитини.

3. Оцінка освітнього середовища відповідно до потреб і можливостей дитини, організація відповідних змін.

4. Діагностика особистісних особливостей дитини (за запитом).

5. Участь у розробці ІПР.

6. Проведення зустрічі з батьками і учнями класу (школи), педагогами з метою формування психологічної готовності до взаємодії з дитиною з особливими освітніми потребами.

7. Проведення психокорекційної роботи з метою розвитку потенційних можливостей дитини та відповідного формування особистості.

8. Відстеження соціально-психологічного клімату в колективі та статусу дитини в групі.

9. Сприяння соціальній інтеграції дитини (залучення до позакласної і позашкільної діяльності).

10. Моніторинг рівня адаптованості й інтегрованості дитини, корекція відповідних індивідуальних програм, планів.

**Вправа «Вибір»**

 Уявіть, що Ви сідаєте в потяг, щоб здійснити тривалу подорож. Прочитайте наведений перелік і визначте трьох пасажирів, з якими б Ви хотіли їхати в одному купе:

1. Демобілізований солдат, який повертається із зони АТО.
2. Жінка з двома дітьми.
3. Молодий чоловік, доглянутий, в дорогому гарному одягу.
4. Художник, ВІЛ-інфікований.
5. Психолог-колега, який їде у відрядження.
6. Молода «дівчина-неформалка», із зеленим волоссям, пірсінгом, татуюванням.
7. Жінка, яка везе корзину із надзвичайно духмяними ківтами.
8. Жінка із дитиною на інвалідному візочку.
9. Лікар-хірург.
10. Власник кав’ярні.
11. Чоловік середнього віку напідпитку.
12. Відомий журналіст.

(На виконання завдання 2-3 хв.)

**Рефлексія**

* Озвучте свій вибір.
* Чим керувались при виборі? З ким би не поїхали ні в якому разі?
* Чи проявились у виборі стереотипи? Як вони впливають на поведінку людини?
* Що таке стереотипи? Чи існують вони у ставленні до дітей з ООП? (**Стереотип** – стійкий, спрощений образ чи уявлення про явище, подію, людину чи групу людей)
* Як почати відмовлятись від стереотипів?
* Висловлювати судження про дітей не до, а після особистого спілкування та ретельного аналізу різнобічної інформації.
* Відмовитись від перенесення рис, притаманних одній дитині, на всю спільноту (нозологію).
* Планувати роботу з дітьми, орієнтуючись на індивідуальні можливості та потреби дитини.
* Уникати навішування «ярликів».
* Зосереджуватись на сильних сторонах, на позитивному у дитині.
* Уникати поширення стереотипів.

**Вправа «Онлайн-дискусія»**

Сьогодні ми з Вами побудемо у ролі батьків і спробуємо взяти участь у онлайн-дискусії. Троє бажаючих виконуватимуть роль психологів.

Отож, увага! Не секрет, що зараз дуже поширеним є обговорення різних подій в Інтернеті. Вважайте, що Ви група батьків одного класу. Спочатку послухайте, яка історія трапилась з дітьми.

**Історія Максимка**

Максимку 8 років, але говорити він почав лише у 5, тому до школи пішов у 8. Він особливий, не такий, як інші діти. Живе у своєму світі, ні з ким не дружить, може годинами хитатись на стільці, або лягти на підлогу під час уроку, може вдарити асистента учителя або дитину, а може погрожувати словами «Я тебе вб’ю і закопаю», «Я тебе кину в яму і запорпаю» тощо. Коли йому щось цікаво, то включається в розмову і навіть висловлює свою думку дуже глибоко. Але таких тем небагато. Це може бути, наприклад, тема про акул.

 У нього є мати і батько. Тато працює за кордоном, а мати завжди біля хлопчика. Для вчителя Максим справжнє маленьке чудовисько, адже не такою вона вважала учительську долю. А тут щодня якісь пригоди, телефонні дзвінки від батьків дітей, яких образив Максимко. Дівчатка скаржаться про те, що в школу ходити не хочуть, бо бояться Максимка.

Сьогодні, на перерві, Максимко бігав по класу з бутилочкою із водою і бив однокласників по голові. Учительці прийшлося викликати маму з коридору і відправити хлопчика додому. Ситуація зашкалює. Батьки створили чат і переписуються, як діяти далі? До чату підключили психолога.

Протягом 5-10 хв. Проведіть «тиху дискусію» в чаті. Придумайте собі нік, наприклад «Батько Яни», сформулюйте свій коментар до ситуації, вишліть його в чат. Читайте коментарі інших і якщо хочете приєднатись чи заперечити, пишіть знову.

Психологи уважно слідкуйте, якщо хочете відповісти, то напишіть свій коментар. Ваш нік –психолог.

**Рефлексія**

* Чи задоволені Ви своєю участю у дискусії? Чому?
* Чого Ви сьогодні навчилися?
* Чи важко бути в ролі психолога?
* Які варіанти вирішення бачите?
* Які правила поведінки в інтернеті можна сформулювати для психолога?

**Правила поведінки в Інтернеті**

1. Пам’ятайте про те, що все, що ви розміщуєте в Інтернеті стає публічним.
2. Звертайтесь до людей по імені. Завжди.
3. Не кажіть «Ви не праві», замініть на «У мене інша точка зору». Використання інтернет-жаргону типу «лузери», «ламери», «бекап» тощо може перетворити обговорення на сварку.
4. Якщо Ви вступаєте в якусь гостру дискусію, то маєте розбиратися в темі обговорення.
5. Відповідайте на кожен коментар і питання, які адресовані Вам. Навіть, якщо питання незручне, відмова від відповіді сприймається негативно. Якщо не хочете відповідати – так і скажіть.
6. Чим швидше і повніше Ви відповідаєте на запитання і коментарі своїх читачів, тим швидше завойовуєте повагу.
7. Використовуйте лише перевірену інформацію і завжди зберігайте посилання на джерело.
8. Вичитуйте кожен свій коментар на предмет помилок.
9. Зупиняйте хамство і неадекватні висловлювання. Уникайте «мови ворожнечі».

**Історія з життя.**

Розповідають, що на паралімпійських іграх в Сіетлі дев'ять учасників забігу на 100 метрів, усі з фізичними чи розумовими вадами, вийшли на дистанцію. Після стартового сигналу вони побігли з різною швидкістю, але з однаковим бажанням показати свій кращий результат, подолати дистанцію і виграти. Рушили всі, крім одного юнака, який спіткнувся, упав на доріжці й заплакав.

Решта вісім учасників почули плач, сповільнили біг, озирнулися назад і, не змовляючись, розвернулися й пішли до хлопця, який упав. Одна дівчина із синдромом Дауна допомогла юнакові піднятися, поцілувала й сказала: - Усе скоро заживе.

І всі разом, взявшись за руки, вони повернулися на вихідну лінію. Увесь стадіон встав та аплодував кілька хвилин. Може, у атлетів і були розумові вади, але вони точно не мали вад чуйності й співчуття…

Ці спортсмени показали всьому світу, що бути самотнім переможцем - не головне в житті, а головне - допомогти іншим перемагати, навіть якщо це означає уповільнити крок і змінити напрямок.

Саме такими є й наші діти.