

Особые дети: как понять и принять

составила:
клинический психолог
Евтехова Т.М.

«Успех детей, с которыми мы работаем и то, чего мы можем достигнуть, в большей степени зависит от того, какими мы их видим»

Эллен Нотбом

***Саламанкская декларация о принципах,
политике и практических действиях в сфере
образования лиц с особыми потребностями,
принятая «Всемирной конференцией по
образованию
лиц с особыми потребностями: доступ и
качество»***

Саламанка, Испания, 7–10 июня 1994 г.

В Саламанкской декларации , есть такие слова:
"каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности; необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы таким образом, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей".

образования

- Ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
- Каждый человек способен чувствовать и думать;
- Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- Все люди нуждаются друг в друге;
- Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

***...многообразие и непохожесть
детей друг на друга видится
не проблемой, требующей решения,
а важнейшим ресурсом, который
можно использовать
в образовательном процессе...***

Нововведения:

- 1. Механизм реализации конституционного права детей на образование через его дифференциацию.**
- 2. Вариативные формы обучения детей реализуются через понятие адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) .**
- 3. Направленность образования на социальную адаптацию: в содержании выделены два компонента – академический и «жизненной компетенции».**
- 4. Поддержка детей с легкими степенями ОВЗ.**
- 5. Возможность освоения программы на уровне специальной индивидуальной программы развития (СИПР).**

Дети с ограниченными возможностями здоровья -

**это дети-инвалиды, либо другие дети в
возрасте**

**от 0 до 18 лет, не признанные в установленном
порядке детьми-инвалидами, но имеющие
временные или постоянные отклонения
в физическом и (или) психическом развитии
и нуждающиеся в создании специальных
условий обучения и воспитания.**

ДЕТИ С ОВЗ

Дети – инвалиды -

дети в возрасте до 18 лет включительно с отклонениями в физическом и/или умственном развитии, имеющие ограничения жизнедеятельности, обусловленные врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм.

**Дети с соматическими заболеваниями
(диабет, лейкоз, онкология, ВИЧ...)**

Имеется 1-3 группа, устанавливает группу бюро МСЭ

Принято условно разделять ограничения функций по следующим категориям:

- нарушения статодинамической функции (двигательной),
- нарушения функций кровообращения, дыхания,
- пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции,
- физические (руки, ноги, позвоночника),
- сенсорные (зрения, слуха, обоняния, осязания),
- психические (восприятия, умственная отсталость, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

К основным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья относятся:

- 1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);**
- 2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);**
- 3. Дети с нарушением речи (логопаты);**
- 4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;**
- 5. Дети с умственной отсталостью;**
- 6. Дети с задержкой психического развития;**
- 7. Дети с нарушением поведения и общения;**
- 8. Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).**

***Умственная отсталость (УО) – при олигофрении и при деменции.**

Олигофрения относится к обширной группе заболеваний, связанных с нарушением онтогенеза (дизонтогении). Ее рассматривают как аномалию с недоразвитием психики, личности и всего организма больного.

Олигофрении — клинически однородная группа заболеваний различной этиологии, объединяемых двумя обязательными признаками:

- 1) психическим недоразвитием с преобладанием интеллектуальной недостаточности;**
- 2) отсутствием прогрессивности /прогрессирования.**

Причины возникновения УО:

(снижение интеллекта обусловлено органическим поражением головного мозга)

* наследственная предрасположенность,

* вредные факторы, влияющие на организм матери при беременности (лекарства: некоторые антибиотики, противозачаточные препараты; алкоголь и наркотики, инфекции (особенно, вирусные, например, краснуха, грипп),

* заболевания, которые были до беременности могут спровоцировать развитие УО: токсоплазмоз, сифилис, гепатит, сахарный диабет, сердечные заболевания,

- * Тяжелый токсикоз во время беременности, резус-конфликт, патология плаценты,
- * фактором риска умственной отсталости являются недоношенность, стремительные роды, родовые травмы,
- * длительное употребление отцом наркотических средств и алкоголя
- * профессиональные вредности: радиоактивные излучения, агрессивные химические реагенты,
- * йодный дефицит при гипотиреозе у матери,
- * нарушение обмена веществ под действием генетического фактора (например, фенилкетонурия),
- * аномалии развития хромосом (синдром Дауна),
- * гипоксия плода, асфиксия - кислородное голодание плода, * болезни, перенесенные в раннем возрасте (коклюш, корь, паротит, цитомегаловирус),
- * нейроинфекции новорожденного.

В зависимости от степени снижения интеллекта, выделяют легкую, умеренную, тяжелую и глубокую форму умственной отсталости.

***Легкая степень УО (=дебильность)**

Внешне такие пациенты практически не отличаются от здоровых людей. Обычно они испытывают сложности в обучении из-за сниженной способности к концентрации внимания. При этом память у них достаточно хорошая. Часто пациенты с легкой степенью умственной отсталости имеют нарушения поведения. Они зависимы от родителей или воспитателей, их пугает смена обстановки.

Иногда такие пациенты становятся замкнутыми (т.к. плохо распознают эмоции других людей, поэтому испытывают сложности при общении). А иногда наоборот, стараются привлечь к себе внимание различными яркими поступками, обычно нелепыми, а подчас и антисоциальными.

Возможна хорошая социальная адаптация!!!

Познавательные расстройства у этих больных заключаются в затруднении формирования сложных понятий и обобщений, невозможности или затруднении абстрактного мышления. Мышление у них преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь.

Способны к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками.

удовлетворительная адаптация к социальным условиям жизни. Часто эти ребята обнаруживают хорошую практическую осведомленность («их умения больше их знания» - Э. Крепелин).

Многие заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство.

По сравнению с другими степенями олигофрении черты личности и характера больных отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью.

Однако эти дети с трудом формируют собственные суждения, но легко перенимают чужие взгляды, иногда попадая под нездоровое влияние окружающих (например, могут вовлекаться в бредовые переживания психически больных с формированием индуцированного бреда, к ним привлекаются представители криминального мира (из-за их легкой внушаемости), тогда они становятся либо жертвой обмана, либо игрушкой в руках преступников.

Практически все пациенты этой группы осознают свое отличие от здоровых людей и стремятся скрыть свое заболевание.

***Умеренная степень УО (=имбецильность)
Такие пациенты способны испытывать
привязанности, различать похвалу и
наказание,
их можно обучить элементарным навыкам
самообслуживания, а иногда и чтению,
письму, простейшему счету. Однако
самостоятельно проживать они не способны
и нуждаются в постоянном контроле и уходе.
Социальная адаптация затруднена.**

могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий. Их словарный запас богаче, они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу.

Относительная адаптация больных с умеренной умственной отсталостью возможна лишь в хорошо знакомых им условиях, любое изменение ситуации может поставить их в затруднительное положение из-за невозможности перехода от конкретных, полученных при непосредственном опыте, представлений к обобщениям, позволяющим переносить имеющийся опыт в новые ситуации.

**Познавательная деятельность ограничена
возможностью формировать только
простейшие представления, абстрактное
мышление, обобщения больным недоступны.
Больные овладевают лишь элементарными
навыками самообслуживания, их обучение
невозможно.**

**Словарный запас ограничен одним-двумя
десятками слов, достаточных для сообщения о
своих основных потребностях, выражены
дефекты артикуляции.**

**Часто присутствуют неврологические
расстройства, нарушения походки. Больные
нуждаются в постоянном контроле и
обслуживании.**

***Глубокая УО(=идиотия)**

Этих пациентов раньше считали необучаемыми (сейчас говорят о том, что обучаемы все!!!).

Эмоции ограничены простейшими проявлениями удовольствия и неудовольствия. Такие пациенты нуждаются в постоянном надзоре.

Значительно ограничены познавательные способности: больные практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать), не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях (например, о высоте: могут падать с большой высоты), редко формируют представления о горячем, остром и пр. (могут получать повреждения, ожоги). Большинство больных не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания (одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и пр.).

Говорить или совсем не сформирована (такие больные издадут лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов.

Значительно недоразвиты моторные функции больных, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком.

Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых больных с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносят себе удары и т.п.).

В большинстве случаев имеют место грубые неврологические нарушения и тяжелые соматические аномалии. Жизнь таких больных, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, определяется удовлетворением простых жизненных потребностей.

Часто нарушено строение внутренних органов, неврологические нарушения: тики, судороги и пр.

Чтобы правильно поставить диагноз УО, необходимо прежде всего, определить уровень социальной адаптации, оценить бытовые и коммуникативные навыки ребенка, уровень состояния психики в целом, перенесенные заболевания, а не только уровень IQ.

*Задержка психического развития

- **ЗПР** – синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе средств организма.
- **ЗПР** – это и нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов. Не могут включиться в школьную деятельность, воспринимать задания и выполнять их.
- **ЗПР** – это сложное полиморфное нарушение, при котором у разных детей недоразвиты различные компоненты их психической и психофизиологической деятельности.

Причины возникновения ЗПР

М.С.Певзнер и Т.А. Власова выделяют:

1. Неблагоприятное течение беременности

- *болезни матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп);
- *хронические заболевания матери (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы);
- *токсикозы, особенно во второй половине беременности;
- *токсоплазмоз;
- *интоксикация организма матери вследствие употребления алкоголя, наркотиков, никотина, химических лекарственных препаратов, гормонов;
- несовместимость крови матери и младенца по резус-фактору.

2. Патология родов:

- *травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения (наложение щипцов, выдавливание плода...);
- *асфиксия новорожденных и ее угроза.

3. Социальные факторы:

- *педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком на ранних этапах развития (до 3-х лет) – эмоциональная депривация;
- *наличие криминального окружения;
- *низкий уровень образования родителей.

4. Наследственные факторы (врожденная /наследственная неполноценность ЦНС).

Формы и виды ЗПР

по Певзнер и Власовой, 1984г.

- **Обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (= неосложненное и осложненное недоразвитие познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы).**
- **Возникающая на ранних этапах жизни, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.**

по В.В.Ковалеву, 1979г.

1. Обусловленная влиянием биологических факторов:

*дизонтогенетический (при состояниях психического инфантилизма)

*энцефалопатический (при негрубых органических поражениях ЦНС)

*ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (=при ранних нарушениях слуха и зрения)

2. Обусловленная ранней социальной депривацией

***ЗПР соматогенного происхождения**

Нарушений головного мозга нет. Обусловлено хроническими заболеваниями почек, сердца.

В таких случаях формируется астения, именно она задерживает психическое развитие и чаще всего задевает эмоционально-волевою сферу.

***ЗПР психогенного происхождения (РЦН)**

Это результат психических травм.

Психотравмирующие условия: сиротство, безнадзорность, длительное пребывание ребенка в психотравмирующих условиях.

Страдает эмоционально-волевая сфера.

***ЗПР церебрально-органического генеза (РЦОН)**

Органическое поражение головного мозга.

Причины задержки-поражение мозговых структур в период внутриутробного развития и травмы при родах.

Три варианта:

*неустойчивые дети

*тормозные дети

*психопатоподобные состояния

Тип ЗПР, который никогда не пройдет. Переходит во взрослую жизнь и имеет свои особенности проявления.

Необходимо обучение ребенка в школе 7 вида!!!

по Н.Я. И М.М. Семаго

* Дети с различными вариантами недостаточного развития (с ОВЗ):

Дети с интеллектуальными нарушениями (с вариантами тотального недоразвития) (=УО):

- простой уравновешенный вариант
- аффективно-возбудимый вариант (с нарушениями поведения)
- тормозимо-инертный вариант

Дети с парциальной недостаточностью отдельных компонентов психической деятельности (=ЗПР):

- парциальная недостаточность преимущественно регуляторного компонента деятельности
- парциальная недостаточность преимущественно когнитивного компонента деятельности
- смешанный вариант парциальной недостаточности

Дети с задержанным развитием (не ОВЗ)

(гармонический/дисгармонический инфантилизм)

Парциальная недостаточность (ЗПР)

Общие признаки:

- * снижение работоспособности, психомоторная расторможенность**
- * низкий уровень познавательной активности**
- * неустойчивость внимания, нарушение скорости переключения внимания, снижение его объема**
- * снижение объема памяти, преобладает кратковременная механическая, нежели смысловая**
- * наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и словесно-логическое (тем более)**
- * возможны легкие нарушения речевых функций**
- * незрелость эмоциональной сферы и мотивации, несформированность произвольного компонента деятельности**

- * преобладание форм поведения, характерных для более раннего возраста
 - * отставание в развитии произвольной регуляции
 - * отставание в развитии пространственно-временной ориентировки
 - * задержка в развитии разных видов деятельности
 - * неустойчивая учебная мотивация
 - * отставание в развитии творческого мышления
 - * преобладание непроизвольного внимания и памяти
 - * обучаемость замедленна, но при правильно организованном обучении возможно соответствие возрасту
 - * речь недостаточно развитая, словарный запас снижен
- * наличие критичности и способности к переносу знаний (генерализация и универсализация), при истощении снижается, но принципиально сохранены**

*** Дети с вариантами асинхронного развития (ОВЗ)**

*** Дети с дисгармоничным развитием**

-экстрапунитивный вариант

-интропунитивный вариант

-дисгармония, связанная с нарушением психического (аффективного) тонуса

*** Дети с вариантом одаренного развития (не ОВЗ)**

*** Дети с искаженным развитием**

-искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (дети с РАС)

-искажение преимущественно когнитивной сферы

***Дети с расстройствами аутистического спектра**

1 группа РДА (по О.С.Никольской)

Ребенок в продуктивный контакт не вступает, автономен, поведение, близкое к полевому (дурашливость, баловство, бесцельность)

2 группа РДА

Учитывать, что любое напряжение повышает степень аутистической защиты, стереотипий, возникновение возбуждения, возможно усиление эхोलалий. Взаимодействие со взрослым возможно «через» предмет, заинтересовавший ребенка.

3 группа РДА

Часто встречается высокий уровень развития речи при отсутствии ее коммуникативной направленности: разговаривает не с человеком, а на интересующую его тему, речь часто является аутостимуляцией, ребенок может быть возбужден, стремится к деятельности, может демонстрировать ранние умения – читать, оперировать цифрами и т.п.

Речь и математические операции часто не являются показателем уровня познавательного развития.

В рамках своих интересов ребенок способен к продуктивной деятельности и имеет хороший уровень работоспособности, чаще стеничен. Сначала дать задание со значимой для него темой.

Максимально сокращается текст инструкции, само задание структурируется, используется наглядность, возможен наглядный алгоритм выполнения задания.

не давать прямых указаний деятельности ребенка, не пытаться преодолеть конфликт и проявление негативизма. Критичность у таких детей часто отсутствует, бывает склонность к сильным аффективным вспышкам. Выраженная конкретность мышления, трудности понимания скрытого смысла, подтекста, иронии, буквальное понимание шуток, метафор. Не допускать образных сравнений. Ограничиваем объем письменных заданий, так как моторные трудности. Выполнение невербальных заданий доступно часто на высоком уровне, обследование рекомендуется начинать именно с них.

4 группа РДА

Дети тревожны, неуверенные в себе, обидчивы. Не считают эмоционального контекста ситуации, нуждаются в значительном объеме поддержки со стороны взрослого, ориентированы на его оценку.

Достаточная способность работать по инструкции, но имеются трудности понимания сложных речевых конструкций.

Давать короткие пошаговые инструкции, при необходимости повторять, разъяснять.

Низкий темп психической деятельности, низкий уровень психического тонуса, инертность, истощаемость, утомляемость. Проявляется в отсроченных ответах, застревании на задании, многократном повторении одного и того же ответа. Задания в невербальной форме, в том числе логические, способен выполнить на средневозрастном уровне.

***Дети с вариантами поврежденного развития (ОВЗ)**

***Дети с вариантами локального повреждения**
-легкой степени
-тяжелой степени

***Дети с вариантами диффузного повреждения**

***Дети с психической травмой (не имеют статус дети с ОВЗ)**

***Дети с вариантами дефицитарного развития (ОВЗ)**

Дети с дефицитарностью дистантных анализаторных систем

-дефицитарность слухового восприятия (неслышащие, слабослышащие, дети с кохлеарными имплантами)

-дефицитарность зрительного восприятия

Дети с дефицитарностью опорно-двигательного аппарата

-психическое развитие при ДЦП

-психическое развитие при иных нарушениях опорно-двигательного аппарата (мышечные атрофии, генетические заболевания...)

Дети с дефицитарностью иных анализаторных или функциональных систем (не имеют статус дети с ОВЗ)

Дети с особыми образовательными потребностями
нуждаются в получении специальной комплексной
психолого-медико-педагогической помощи.

Их воспитание и обучение требует особых условий. При работе с такими детьми педагоги опираются на адаптированные образовательные программы и коррекционно-развивающие программы, которые помогают обеспечить социализацию ребенка, тем самым способствуя достижению конечной цели его обучения и воспитания – максимально возможное введение их в социум, активизацию ресурсов развития, преодоление трудностей в обучении, создание индивидуальной образовательной траектории, формирование у них способностей жить самостоятельно.

Специальные образовательные условия
- это необходимые для получения детьми с ограниченными возможностями здоровья реабилитационных услуг, приспособления, технологии, способы, методы, программы, учебники, пособия и другие средства, обеспечивающие реализацию их конституционных прав и свобод.

Основные направления работы в специальных (коррекционных) образовательных заведениях:

осуществление комплексной а/реабилитации

- * медицинская абилитация**
- * педагогическая абилитация**
- * физическая абилитация**
- * психологическая абилитация**
- * социально-бытовая абилитация**

Специальные образовательные услуги по программе 7 вида:

- программы с некоторым сокращением объема материала
- учитывается быстрая утомляемость, опора на образцы (наглядность) и показ
- коррекционные занятия
- ритмика, ритмопластика
- ознакомление с окружающим миром
- развитие речи, познавательной и коммуникативной деятельности
- развитие мелкой моторики рук
- трудовое обучение
- коррекция логопедических нарушений
- пропедевтика возникновения новых проблем
- эстетические и музыкальные занятия
- психолого-педагогическая помощь и поддержка
- профессионально-трудовая подготовка
- социально-трудовая адаптация выпускников
- развитие сохранных анализаторов
- ведутся лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия по предупреждению вторичных повреждений, усугубления психофизиологического состояния

Специальные образовательные услуги по программе 8 вида:

- коррекция недостатков физического развития, коррекция двигательных нарушений, статического и динамического равновесия, координации, точности и согласованности движений, развитие мелкой моторики, ЛФК, ритмика
- развитие ориентировки в пространстве, СБО, социальная адаптация
- общественно-полезный и производительный труд
- коррекционные и развивающие занятия по развитию речи, коммуникативной, познавательной деятельности
- стимуляция словесной регуляции, наглядно-образного мышления
- формирование и развитие навыков самообслуживания,
- развитие сохранных анализаторов
- психологическая поддержка детей и родителей, тесное взаимодействие с семьей
- профориентация и помощь в трудоустройстве

Педагогические и психологические правила в работе с детьми с ЗПР или УО

- 1.Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми. Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности, не повышая голоса.**
- 2.Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.**
- 3.Спокойные, уверенные движения, отсутствие суетливости, самообладание во все моменты жизни (резкое столкновение между детьми, нервный срыв ребенка, аффективное поведение родителей ребенка, вспышки ярости).**
- 4.Помните, что у аномальных детей часто встречается очень значительная подражательность и что своим общим поведением педагог лечит их, как и всем режимом учреждения.**
- 5.Твердость и уверенность суждений, замечаний и советов детям. Замечания и советы детям имеют психотерапевтическое значение, они внушают неустойчивой или болезненно направленной воле определенное поведение.**
- 6.Педагог должен выступать перед детьми как личность с сильным характером.**

детьми работу, проявляйте настойчивость.

8. Не смейтесь ни над какими слабостями и ошибками детей. Не будьте нетерпеливыми, когда дети проявят неумение, смотрите сквозь пальцы на их намеренное неумение.

9. Меньше слов. Слишком много объяснять — значит думать за детей. Говорить коротко, ясно, простым языком.

10. Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

11. 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.

Специфика работы:

- учет медицинских противопоказаний**
- опора на сохранные анализаторы**
- применение полифункциональных упражнений**
- стимуляция компенсаторных процессов**
- учет индивидуальных способностей и возможностей**
- выявление и развитие способностей детей (возможно скрытых)**

В занятия включаются:

- * различные виды ходьбы и бега под музыку,**
- * пальчиковые игры или массаж пальцев,**
- * гимнастика для глаз,**
- * логоритмика,**
- * логопедическая гимнастика,**
- * мимические упражнения, психогимнастика,**
- * упражнения на релаксацию,**
- * растяжки,**
- * упражнения на развитие физиологического дыхания,**
- * чистоговорки, речевые и музыкальные игры.**

Как помочь в обработке информации аутистам:

- * использование кинестетических стимулов: объемные буквы, цифры, через тактильные ощущения;
- * слушание Моцарта – моделирует функцию внимания;
- * при ощущении тяжести на теле (обкладывание мешками с песком), наступает нормализация сигналов, идущих в мозг;
- * им тяжела непредсказуемость; подготавливаем ко всему неизвестному поэтапно, воспитывать толерантность к неопределенности (карточка сюрприз).

Навыки закрепились, если ребенок:

- * может выполнять его с тремя разными людьми,
- * в трех разных местах,
- * с тремя различными предметами,
- * универсализирует и расширяет применение его в нестандартных для него ситуациях самостоятельно.

Ребенок должен получать удовольствие от занятия.

Усложнение должно идти постепенно.

Занятие не отменяется, если ребенок не спал, оно просто видоизменяется.

Организационно-педагогические условия:

- *Заниматься первые 3 года по 10 мин. Даже если ребенок заинтересован, отпустить, чтобы он захотел вернуться.
- *Не держать ребенка за столом: пол, спортивные снаряды, улица, другая комната, песочница.
- *Коробочка мотивирующих стимулов: липучки-тянучки, фонарики, светящиеся предметы, прыгающие, квакающие, ваньки-встаньки.
- *Помещение: удобные стул и стол, шкафчики для убирания отвлекающих стимулов, хорошее освещение, подставка под ноги, все должно быть под рукой.
- *Не расслабляться, все время должно быть занято: ребенок чувствует, с кем можно повалить дурака.
- *Звук и мигание люминесцентных ламп отвлекает; должна быть звуковая и запаховая изоляция.

Организационно-педагогические условия:

- * **Подход к ребенку ищем заранее (изучаем интересы, страхи)**
- * **Даем краткие инструкции, всегда одни и те же слова используем, без лишних слов – алгоритмизация и повторение обязательны.**
- * **«Сначала.., потом... (то, что хочет ребенок)».**
Нельзя: «Если сделаешь..., то получишь...».
- * **Говорим кратко, но на подъеме.**
- * **Много эмоций, движений (пощекотать, помассировать, мобилизация аффекта).**
- * **Что слушали на занятии, то слушаем и на улице – закрепляем.**
- * **Сначала сами изображаем звуки животных, затем только настоящие звуки даем слушать и узнавать.**
- * **«Ты слышишь?», затем расширяем: «кто там работает?»; «кому помогает?»; «что там случилось?»**
- * **Не учить вещам, которые ему не нужны, особенно если не высоко функциональный.**

Особенности поведения детей с ТРД (СДВГ):

- с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий и в играх
- не в состоянии исполнить задание до конца
- быстро переходит от незавершенного к новому
- легко отвлекается на постороннее
- избегает или выказывает агрессивность при выполнении заданий, которые требуют длительного сохранения внимания
- испытывает сложности при самостоятельной деятельности
- часто теряет предметы
- проявление забывчивости в повседневных ситуациях
- впечатление, что ребенок не слушает обращенную речь
- невнимание к деталям, допускает частые ошибки в деятельности
- с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий и в играх
- не в состоянии исполнить задание до конца
- быстро переходит от незавершенного к новому

- легко отвлекается на постороннее
- испытывает сложности при самостоятельной деятельности
- часто теряет предметы в школе и дома
- проявление забывчивости в повседневных ситуациях
- впечатление, что ребенок не слушает обращенную речь
- невнимание к деталям, допускает частые ошибки в деятельности
- на вопрос отвечает, не дослушав сам вопрос
- выкрики во время уроков
- мешает другим детям, взрослым, пристаёт, влезает в игры, разговоры
- не ждёт своей очереди в коллективных играх
- совершает опасные для себя и окружающих действия, но при этом не ищет острых приключений или ощущений
- частые драки из-за неумения проигрывать и из-за несоблюдения правил в игре

Рекомендации по работе:

- * давать только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы ребенок мог завершить его**
- * предоставлять возможность в случаях затруднения обращаться за помощью к воспитателю**
- * предлагаемые задания предъявлять в письменной форме / в схеме, пиктограмме**
- * дозировать детям выполнение объемного задания, предлагать его в виде последовательных частей и периодически контролировать выполнение работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы**
- * оберегать от переутомления, поскольку это приводит к снижению самоконтроля**
- * сдержанно и спокойно аргументировать все свои решения, даже те, которые ребенку не нравятся**
- * воспитывать уважение к родителям**
- * соблюдать иерархию взрослый-ребенок**
- * соблюдать режим дня**
- * запрещается находиться при большом скоплении народа и в шумных группах людей**
- * в вечернее время не играть в возбуждающие игры, не смотреть кино**
- * все соревновательное им вредно и приводит к перевозбуждению**

Полезные игры:

- «Найди отличия»
- «Кричалки – шепталки - молчалки»
- «Море волнуется»
- «Замри»
- «Час тишины и час можно»
- «Слушай хлопки»
- «Съедобное-несъедобное»
- «Счет по 3, три не говори»

Техники ТОТ:

1. Самомассажи
2. Психогимнастика
3. Образовательная кинезиология (имеются противопоказания, обязательна сертификация на данный вид деятельности)
4. Образная ритмика

2. Проводится у читателем в момент проявления признаков утомления (лучше, когда они еще вот-вот должны наступить эти признаки – как профилактика)

2. Проводится для развития мелких мышц на уроках письма, русского языка, математики, трудового обучения.

Для снятия психофизического напряжения – на любых уроках.

3. Проводится артикуляционная гимнастика с движением и проговариванием на уроках литературы, ознакомления с окружающим миром, природоведения, музыки, логопедических занятиях.

4. Продолжительность ФМ 1-3 минуты, на любом этапе урока.

5. На одном уроке может быть 3-4 ФМ.

6. Упражнения ФМ обновляются не реже 2 раз в месяц.

7. В физпаузы включается 5-6 упражнений, на все группы мышц, кратность повторений 4-5 раз.

Особые дети – особый подход

Выражение лица и тон голоса максимально:

- *доброжелательные**
- *приветливые**
- *теплые**
- *нераздраженные**

В лексике избегать употребление:

- *приказных фраз**
- *повелительного наклонения**
- *слов: должен, обязан, давай, быстреей**
- *местоимений я, ты**

Желательно включать:

- *сослагательное наклонение**
- *местоимение мы**

Особые дети – особый подход

Стараться:

- * не говорить с иронией и насмешкой**
- * не подшучивать**
- * не делать постоянных замечаний, особенно по мелочам**
- * не ругаться, не кричать**
- * быть вежливым, участливым, искренне заинтересованным**
- * не торопить и не подгонять ребенка**
- * чаще высказывать одобрение, похвалу**
- * показывать эмоциональное приятие**

Несмотря ни на что:

- * подчеркивать усердие и старание ребенка**
- * не говорить ребенку, что вы на него обиделись, не любите его**
- * не давать ребенку чувствовать себя плохим**
- * от нежелательного поведения отвлекать и предлагать не менее 2-3 вариантов деятельности взамен**

Особые дети – особый подход

Не надо:

- *вставать на сторону людей, публично обвиняющих вашего ребенка; затем без посторонних обсудить проблему с ребенком**
- *ставить в пример кого-либо из других детей**
- *не говорить ребенку, что он должен делать лучше всех, надо стараться делать хорошо**

Помнить:

- *телевизор, планшеты, компьютеры – не нянька для ребенка, наоборот, вместе смотреть и играть – помогает устанавливать эмоциональный контакт и дает возможность корректировать восприятие слышанного и увиденного**
- *если чем-то огорчены, скажите, что это не с ним связано, и что теперь, когда вы вместе, вас станет лучше, так как вы для него большая радость**
- *ребенку требуется больше тактильных контактов: важно обнять, погладить, приголубить, приласкать**

Любить, любить и еще раз любить!