

**Государственное автономное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
«Смоленский областной институт развития образования»**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССОВ  
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

*МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ*

**г. Смоленск  
2022**

**УДК 376**  
**ББК 74.200.5**  
**П 86**

**Автор-составитель:**

**Нетребенко Л.В.**, доцент кафедры педагогики и психологии ГАУ ДПО СОИРО

**Рецензент:**

**Пульмановская Е.И.**, педагог-психолог СОГБОУ Прогимназия «Полянка»

**П 86** Психологическое сопровождение процессов коррекционно-развивающего обучения и воспитания обучающихся разного возраста: Методическое пособие / Автор-составитель Л.В. Нетребенко. – Смоленск: ГАУ ДПО СОИРО. – 52 с.

Предложенные методические материалы освещают теоретические и практические аспекты коррекционно-развивающей работы с детьми, подростками, в том числе с ограниченными возможностями здоровья. Они адресованы специалистам, учителям, студентам колледжей и вузов педагогических специальностей образовательных организаций разного уровня, а также коррекционной направленности.

Представлен опыт работы педагогов-психологов отдела психолого-педагогической и медико-социальной помощи СОГБДОУ «Центр диагностики и консультирования» в рамках стажировки по данной теме.

*Материалы печатаются в авторской редакции.*

*Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры педагогики и психологии ГАУ ДПО СОИРО (протокол № 10 от 31.10.2022).*

**УДК 376**  
**ББК 74.200.5**

© ГАУ ДПО СОИРО, 2022

## Оглавление

<b>ТЕЗАУРУС.....</b>	<b>4</b>
<b>ПРОЕКТИРОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ</b>	
<b>Нетребенко Л.В. ....</b>	<b>17</b>
<b>КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ</b>	
<b>Лазарева Н.Н. ....</b>	<b>23</b>
<b>КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА</b>	
<b>Тишурова А.Я. ....</b>	<b>32</b>
<b>ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ</b>	
<b>Трифаненкова С.В. ....</b>	<b>40</b>
<b>КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ</b>	
<b>Цыденова Н.В. ....</b>	<b>45</b>

## ТЕЗАУРУС

Большое значение приобретает профессиональная осведомленность педагога в вопросах особенностей развития, воспитания, обучения и сопровождения детей с ОВЗ, основ реабилитационного процесса лиц с инвалидностью.

**Абилитация** – развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение появлений у ребенка с нарушениями ограничений активности (жизнедеятельности) и участия в жизни общества.

**Адаптационный синдром** – комплекс приспособительной реакции организма в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия (стрессоры).

Адаптационный синдром включает три стадии:

- стадия тревоги, на которой происходит мобилизация защитных реакций организма; продолжается от нескольких часов до двух суток;
- стадия устойчивости, когда повышается сопротивляемость организма к вредоносным воздействиям;
- стадия истощения – наступает, если не происходит выздоровления, может окончиться гибелью организма.

**Адаптирование** – обучающие и оценочные стратегии, разработанные специально для адаптации особых потребностей учащегося так, чтобы он или она смогли достичь результатов по данному предмету или курсу и продемонстрировать знание предмета.

**Адаптированная образовательная программа** – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

**Адекватность поведения** – соответствие поведения ситуации и общепринятым стандартам.

**Адекватность представлений** – соответствие представлений жизненной реальности и общепринятым стандартам.

**Апатия** – снижение уровня физической и всех видов психической активности с безразличием к окружающему и утратой инициативы. Проявляется вялостью, бездеятельностью, эмоциональной индифферентностью, упрощением чувств, равнодушием к окружающим событиям и ослаблением побуждений и интересов. Бывает кратковременной или долговременной. Формируется в результате продолжительного соматического заболевания,

расстройства психики, иногда возникает при некоторых органических поражениях мозга головного. Может наблюдаться при слабоумии, бывает следствием продолжительного соматического заболевания. У детей раннего возраста затяжные состояния апатии сопровождаются запаздыванием моторного, речевого развития, навыков опрятности.

**Арт-педагогика** (художественная педагогика) – синтез искусства и педагогики, обеспечивающий разработку теории и практики педагогического коррекционно-направленного процесса художественного развития детей с недостатками развития, а также вопросы формирования основ художественной культуры через искусство и художественно-творческую деятельность (музыкальную, изобразительную, художественно-речевую, театрализованно-игровую).

**Арт-терапия** – один из методов социальной реабилитации, где в качестве терапевтических средств используются различные формы искусства (музыка, театр, танец, изобразительное творчество и др.).

**Арт-терапия в реабилитации** – реабилитационная технология, основанная на применении средств искусства и используемая психологами, дефектологами, аниматологами, педагогами, специалистами по социальной работе в целях реабилитации людей с ограниченными возможностями. Включает в себя различные направления: изотерапию, глинотерапию, песочную, куклотерапию, анимационную терапию и др.

**Асинхрония** – неравномерность темпа развития систем, органов, их функций с опережением одних и отставанием других.

**Асоциальность** – безразличие к социальным нормам или их непонимание.

**Астенический синдром** – состояние нервно-психической слабости, при которой нарушается тонус нервных процессов, наблюдается их истощаемость и быстрая утомляемость при любой деятельности, снижение всех форм психической активности.

**Аутизм** – (от греч. auto – сам) – термин ввел швейцарский психиатр и психолог Э. Блейлер (1857–1939) для обозначения крайних форм нарушения контактов, ухода от реальности в мир собственных переживаний, где аутистическое мышление подчинено аффективным потребностям, его произвольная организация нарушена. А. традиционно связывается с психическими нарушениями при шизофрении. Термин «А.» употребляется также в неклиническом смысле: для обозначения индивидуальных особенностей человека, состоящих в повышенной ориентации на внутренние переживания и в большей зависимости мысли от аффективных тенденций (по

сравнению со среднестатистической нормой) – при сохранности произвольности все это находится в границах нормы.

**Аутизация** – ослабление контактов с окружающими.

**Аутоагрессия** – разновидность агрессивного поведения, при котором враждебные действия по каким-либо причинам (преимущественно социального характера) не могут быть обращены на раздражающий объект и направляются человеком на самого себя. Проявляется в склонности к самоунижению, самобичеванию, иногда – в нанесении себе физических повреждений, в особо тяжелых случаях в попытках суицида. Характерна для лиц, страдающих невротическими и депрессивными расстройствами. Основное средство коррекции – психотерапия.

**Безбарьерная среда жизнедеятельности** (доступная среда жизнедеятельности, среда жизнедеятельности, доступная для инвалида) – обычная среда, окружающая человека, дооборудованная с учетом потребностей, возникающих в связи с инвалидностью, и позволяющая лицам с ограниченными возможностями вести независимый образ жизни. Законодательно установленные нормативы приспособления градостроительной среды к потребностям инвалидов предусматривают:

- специально оборудованные для инвалидов квартиры;
- специальные жилые дома с комплексом социально-бытовых услуг;
- приспособления и оборудование, облегчающие передвижение инвалидов на колясках в жилых и общественных зданиях в виде широких дверных проемов, широких лифтовых кабин и входов в лифты, пандусов, поручней и т.д.;
- специально приспособленные для инвалидов транспорт, тротуары, подземные переходы и т.д. в виде низких бордюрных камней, пандусов в подземных переходах, создание островков безопасности на оживленных транспортных магистралях;
- оснащённость средствами звуковой и световой сигнализации автобусных остановок, переходов, транспортных развязок, вокзалов, аэропортов, учреждений торговли и социально-бытового обслуживания и других объектов.

**Болезнь Дауна** – (иначе хромосомы 21 триосомии синдром или синдром Дауна), к основным признакам относятся: умственная отсталость, мышечная гипотония и монголоидный разрез глазных щелей, катаракты, пятна Брушфильда (белого цвета очаги на границе наружной и средней трети радужки), косоглазие, реже помутнение роговицы и хрусталика, толстые губы, утолщенный язык с бороздами, плоская спинка носа, узкое небо, деформированные ушные раковины, избыток кожи на шее, разболтанность

суставов, поперечная линия ладони, уплощенные на концах мизинцы рук. Дети рождаются в срок с небольшим снижением веса (масса тела при рождении до 3000–3300 г.). Среди аномалий внутренних органов отмечают пороки сердца, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, мозга. Но дети с этим синдромом послушны, легко вступают в контакт, хорошо подражают взрослым.

**Вербализация** – словесное описание переживаний, чувств, мыслей, поведения. Оказывает терапевтическое влияние – происходит осознание проблем и формирование нового опыта.

**Воспитание** – деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающегося на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства.

**Вспомогательные технические средства/устройства** – приспособления, расширяющие для человека с инвалидностью возможности функционирования.

**Гидроцефалия** – расширение желудочковых систем мозга и субарахноидальных пространств за счет избыточного количества цереброспинальной жидкости. Гидроцефалия может быть следствием пороков развития центральной нервной системы, воспалительных процессов в оболочках головного мозга. При выраженной гидроцефалии дети отстают в психическом развитии, их подвижность ограничена из-за трудностей удерживания головы. В неврологическом статусе у большинства больных обнаруживается нистагм, а в тяжелых случаях – атрофия зрительных нервов, приводящая к слепоте, спастические парезы и параличи. Наряду с общим отставанием в психическом развитии у некоторых больных наблюдается хорошая механическая память, способность к математике и музыкальная одаренность.

**Гимнастика корригирующая** – [лат. correctio поправка, исправление] – лечебная гимнастика, направленная на исправление или предупреждение дальнейшего развития деформаций опорно-двигательного аппарата.

**Гиперактивность** (двигательная расторможенность) – пограничное нервно-психическое расстройство, проявляющееся в импульсивности, неусидчивости, отвлекаемости.

**Гиперактивность детская** – отклонение от возрастных норм онтогенетического развития, характерное невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенной активностью при нормальном уровне интеллектуального развития. Все это приводит к слабой успеваемости в школе и низкой

самооценке. Первые признаки гиперактивности могут наблюдаться в возрасте до 7 лет. Причинами ее появления могут быть:

- органические поражения центральной нервной системы – перинатальная гипоксия, нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы;

- генетические факторы, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем головного мозга и к нарушениям регуляции внимания, активационного и тормозного контроля.

**Гиперкинезы** – насильственные непроизвольные движения, характерные для гиперкинетической формы детского церебрального паралича. Возникают непроизвольно, уменьшаются в покое и усиливаются при движении и волнении, усталости и эмоциональном напряжении.

**Дети возрастной нормы, обычные дети** – дети, развивающиеся соответственно возрастной норме.

**Дети группы риска** – дети, имеющие риск появления нарушений в развитии (медицинский, социальный или биологический) и требующие дальнейшего наблюдения.

**Дети с нарушениями развития** – дети, у которых по сравнению с их сверстниками, выявлено отставание в развитии или имеются нарушения двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций. Наряду с термином «дети с нарушениями развития» в настоящем документе используются термины «дети с функциональными нарушениями» и «дети с особыми потребностями (нуждами)».

**Дети со сложными видами нарушений.** К детям со сложными (комбинированными) нарушениями относятся дети, имеющие отклонения в развитии сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. В данной категории выделяются следующие группы детей: умственно отсталые глухие и слабослышащие, умственно отсталые слепые и слабовидящие, глухие слабовидящие, слепоглухонемые. Встречаются также дети со множественными дефектами.

**Дефект** (лат. defectus недостаток) – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Понятие дефекта – центральное для дефектологии – детально разработано в трудах Л.С. Выготского. Им установлено, что структура дефекта не сводится к симптомам повреждения биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.), которые представляют собой первичные симптомы нарушения – первичный дефект. Недоразвитие высших психических функций (например, речи и мышления у глухих, опосредованной памяти у дебилов, восприятия и пространственной ориентировки у слепых и т.д.) и социальной

стороны поведения Л.С. Выготский считал вторичными отклонениями, не связанными непосредственно с основным, первичным дефектом, но обусловленными им. Он показал, как это соотношение первичных, вторичных и последующих наслаивающихся на них отклонений усложняет структуру дефекта. Он проанализировал также условия для предупреждения и преодоления этих отклонений развития.

Адекватное обучение и воспитание способствуют преодолению причин, которые порождают вторичные (третичные и т.д.) отклонения. При этом центральная область компенсации дефекта, согласно Л.С. Выготскому, – повышение культурного развития, формирование высших психических функций.

**Дизартрия** – (от греч. dys – приставка, означающая расстройство + arthroo – членораздельно произношу) – нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга.

**Дизграфия** – (от греч. dys – приставка, означающая расстройство, + grapho – пишу) – нарушение письма, при котором наблюдаются замены букв, пропуски и перестановки букв и слогов, а также слияние слов. Для исправления Д. проводятся занятия по коррекции недостатков устной речи, а также специальные упражнения в чтении и письме.

**Дизморфия** – нарушения морфологического (анатомического) строения организма при его формировании.

**Дизонтогенез** – нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и их компонентов. Лебединский выделил 6 вариантов Д.п.: 1) недоразвитие; 2) задержанное развитие; 3) поврежденное развитие; 4) дефицитарное развитие; 5) искаженное развитие и 6) дисгармоничное развитие.

**Дискалькулия** – (иначе – акалькулия) – нарушение способности производить арифметические действия, обусловленные поражением доминантного полушария головного мозга (39 поле Бродмана). В тяжелых случаях больной не может считать, в легких – наблюдаются затруднения или ошибки при оперировании цифрами.

**Дислексия** – (от греч. dys – повреждение + lexia – речь) – существенные трудности в овладении чтением (в т. ч. в понимании прочитанного) и письмом у нормальных в других отношениях детей. Имеются данные о существовании наследственного фактора Д. Предполагается, что одной из причин Д. может быть задержка в развитии литерализации функций головного мозга.

**Детские церебральные параличи (ДЦП)** – группа синдромов, которые являются следствием повреждений мозга, возникших во внутриутробном и

раннем постнатальном периоде. Характерная особенность ДЦП – нарушение моторного развития ребенка, обусловленное прежде всего аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений.

**Задержка психического развития (ЗПР)** – особый тип дефицитарной аномалии психического развития ребенка. У детей с ЗПР отмечается значительное снижение работоспособности вследствие возникающих у них явлений цереброастении, психомоторной расторможенности, аффективной возбудимости. У них затруднено усвоение навыков чтения, письма, счета; страдают непосредственная память и внимание; имеются легкие нарушения речевых функций. Указанные затруднения компенсируются при специальных педагогических воздействиях на детей с ЗПР. Дети с ЗПР также характеризуются рядом личностных особенностей: недоразвитием эмоциональной сферы, длительным сохранением игровых интересов.

**Запущенность педагогическая** – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания. Как правило, к педагогически запущенным относят детей, не страдающих аномалиями развития, но не обладающих знаниями и умениями, необходимыми для нормальной жизнедеятельности. Нередко, однако, эти знания могут быть ребенком усвоены, но не включены им в систему нравственных убеждений, а потому они не оказывают регулирующего влияния на поведение.

### **Игровая терапия**

1. Форма коммуникационной терапии, основана на использовании ролевой игры как одной из наиболее сильных форм воздействия на развитие личности. Процедура игровой психотерапии включает в себя выполнение группой специальных упражнений, предполагающих вербальные и невербальные коммуникации, проигрывание различных ситуаций. В этом процессе происходит создание личностных отношений между участниками группы, за счет чего у них снимается напряженность и страх перед другими людьми, повышается самооценка.

2. Комплекс реабилитационных игровых методик, форм, средств, ситуаций. Уникальность реабилитационного воздействия игры на инвалида ставит данное направление социокультурной деятельности в разряд наиболее эффективных. В психологии игротерапия рассматривается как средство раскрепощения патологических психических состояний человека, в реабилитологии она является также средством социализации, развития, воспитания, адаптации, рекреации и т.д.

Уникальность игровой терапии состоит в том, что травмирующие жизненные ситуации переживаются в условном, ослабленном виде, хотя

эмоциональное отражение их достаточно реально; она помогает апробировать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в конкретных жизненных обстоятельствах. В процессе целенаправленной игротерапии меняется не только самооценка инвалида, но и изменяется его статус в группе, меняется эмоциональная микросреда. Наиболее распространенные формы игротерапии: игровой тренинг, театрализация, состязательность, совместная деятельность «на равных», воспитывающая ситуация, импровизация.

**Инвалидность** – утрата или ограничение возможности принимать участие в жизни общества наравне с другими людьми вследствие физических, психических или социальных факторов.

**Индивидуализация обучения** (лат. *individuum* – неделимое, особь) – одно из правил реализации педагогического принципа природосообразности. Соблюдение этого правила обязывает учитывать возрастные и индивидуальные особенности учащихся, создавать условия для проявления и развития их желаний, интересов, склонностей, возможностей.

В коррекционной педагогике и. о. является основополагающим понятием, так как только учет индивидуальных особенностей детей с различными отклонениями в развитии создаст условия для успешного развития гармоничной личности каждого ребенка, его способностей, жизненно важных умений и навыков, для его психофизического здоровья.

**Индивидуальный учебный план** – учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

Индивидуальное обучение (лат. *Individuum* – особь) – организация учебного процесса, при которой выбор способов, приемов, темпа обучения учитывает индивидуальные различия учащихся, уровень их развития и способности к обучению.

**Инклюзивное образование** – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

**Инклюзия** – различаются два понимания: с одной стороны, это такая практика включения человека в культуру и социум (включения человека в его соотнесенности с референтной группой), которая способствует культурному обогащению как самого человека, так и всей культуры данного социума. Это понятие, предложенное в социальной философии, опирается на понятие включающего общества. С другой стороны, инклюзией также называют

включение ребенка с ОВЗ в учебный коллектив здоровых сверстников в соответствии с его правом на образование.

**Интеграция** – включение детей и подростков с ограниченными возможностями в окружающую среду, обычные межличностные отношения с целью.

**Интегрированные группы** – группы, взаимодействие участников в которых строится на основе идеи интеграции, в данном отчете речь идет о группах, включающих как участников с ОВЗ, так и не имеющих подобных ограничений, причем отношения в них ориентируются на обеспечение взаимодействия на паритетных основаниях.

**Инфантилизм** – (от лат. *infantilis* – детский) – задержка в развитии организма. Характерный признак И. – сочетание физического и психического недоразвития. У ребенка задерживается рост, сохраняются детские пропорции тела, половые органы недоразвиты, вторичные половые признаки отсутствуют или недостаточно выражены. Психическое развитие ниже возрастного уровня. Особенность И. – обратимость симптомов и полная компенсация психического развития детей в дальнейшем.

**Иппотерапия** (райдтерапия) (от греч. *Hippos* – лошадь) – нейрофизиологически ориентированная терапия, использование верховой езды и общение с лошадьми в процессе реабилитации лиц с ограниченными двигательными и психическими (интеллектуальными) возможностями, в первую очередь, с ограниченной подвижностью.

Имеет право осуществлять только специальная команда, состоящая из лечащего врача (как правило, невролога), физиотерапевта, прошедшего специальную подготовку по иппотерапии, и ассистент физиотерапевта, который должен быть надежным и опытным в обращении с лошадьми. Работа лечащей команды основана на глубоком анализе движений пациента, особенностей нрава лошади, размера животного и пр.

Достижение реальных результатов в коррекции двигательных нарушений в ходе занятий иппотерапией содействует изменениям и в социально-психическом статусе инвалида, приводит к повышению его самооценки, жизненной активности, нарастанию мотивации к реабилитационному процессу.

**Кинезиотерапия** (кинезотерапия) – методы восстановления утраченных или ограниченных вследствие заболевания или травмы двигательных функций через движение. Кинезиотерапия имеет два раздела: активная кинезиотерапия и кинезиотерапия пассивная.

*Активная кинезиотерапия* подразумевает активное и сознательное участие больного в лечении. К такому виду кинезиотерапии могут быть причислены специальные кинезиотерапевтические методы: проприоцептивное

нервномышечное облегчение, система йоги, пуллитерапия (оказание сопротивления сокращению отдельных мышечных групп тяжестью сверху).

*Пассивная кинезиотерапия* охватывает формы и средства, в которых больной участвует пассивно, не применяя волевых и двигательных усилий; движение осуществляет другое лицо или специальные аппараты и приспособления, имитирующие обыкновенное физиологическое движение. К пассивной кинезиотерапии должно быть отнесено и воздействие на отдельные ткани и части человеческого тела (масса, мануальная терапия, механотерапия, подводный массаж и пр.).

**Компенсация функций** – полное или частичное возмещение недоразвитых, нарушенных или утраченных функций органов или систем организма; восстановление целостной деятельности, нарушенной после выпадения из ее структуры тех или иных функций. Происходит либо на основе сохранных функций, либо за счет перестройки частично нарушенных функций. Например, функцию различения звуков, которая страдает при поражении левой височной коры, можно восстановить за счет включения в работу речедвигательного и зрительного анализаторов, а компенсация зрительной функции у слепорожденного ребенка обычно происходит за счет развития осязания.

**Междисциплинарная команда специалистов** – группа специалистов различных специальностей (врачей, физических терапевтов, педагогов, психологов и др.), работающих в службе ранней помощи (раннего вмешательства), и оказывающих помощь конкретному ребенку и его семье. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

**Минимальная мозговая дисфункция (ММД)** – (англ. *minimal brain dysfunction*) – биологически обусловленная недостаточность функций ЦНС, приводящая к легким расстройствам поведения и снижению обучаемости. Причинами ММД являются различные вредности, перенесенные в период внутриутробного развития (токсикоз, инфекционные заболевания у матери, алкогольная интоксикация в поздние сроки беременности), травмы во время родов, заболевания в течение первых лет жизни.. Настроение может меняться от приподнятого до депрессивного. Могут наблюдаться нарушения пространственного восприятия, счета и чтения, часто отмечаются речевые нарушения.

**Мониторинг** – это многоуровневая, иерархическая система организации, сбора, обработки, хранения и распространения информации об обследуемой

системе или отдельных её элементах, ориентированная на информационное обеспечение управления данной системой, позволяющая судить о состоянии объекта мониторинга в любой момент и может обеспечить прогноз его развития.

**Моторика** – (англ. «motorics») – вся сфера двигательных функций (т.е. функций двигательного аппарата) организма, объединяющая их биомеханические, физиологические и психологические аспекты.

**Моторная афазия** – расстройство речи, которое наблюдается при поражениях некоторых участков правого полушария головного мозга у левшей и левого полушария у остальных. Различают сенсорную и моторную А. При моторной А. теряется способность произносить слова; писать их, больной не говорит, но понимает обращенную к нему речь. Это расстройство наблюдается при поражениях центра Брока, расположенного в задней левой лобной извилине головного мозга.

**Нарушение развития** – последствия тех или иных изменений в состоянии здоровья или неадекватного воспитания ребенка в семье (сиротском учреждении). Нарушения развития у ребенка двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций.

**Обеспечение равных возможностей для людей с инвалидностью** – обеспечение равных возможностей и услуг для людей, имеющих инвалидность и не имеющих ее.

**Обучающийся** – физическое лицо, осваивающее образовательную программу.

**Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья** – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

**Обучение** – целенаправленный процесс организации деятельности обучающихся по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности, развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию у обучающихся мотивации получения образования в течение всей жизни.

**Ограничение возможностей здоровья (ОВЗ)** – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах.

**Ограничения жизнедеятельности** – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающимися нормальными для человека. ОЖД отражает расстройство на уровне индивида, его способность осуществлять основные компоненты повседневной деятельности, социальные функции и навыки, а также сложные виды интегративной деятельности.

**Присмотр и уход за детьми** – комплекс мер по организации питания и хозяйственно-бытового обслуживания детей, обеспечению соблюдения ими личной гигиены и режима дня.

**Раннее вмешательство** – (прямой перевод англ. «early intervention») – система помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям. В программах раннего вмешательства работают педагоги, логопеды, педиатры, неврологи, физические терапевты, психологи, а так же социальные работники.

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)** – особое состояние, при котором болезненно повышенная двигательная активность является главным признаком, стержнем того комплекса отклонений, который нарушает социальную адаптацию ребенка. У детей повышенная активность проявляется чрезвычайно ярко: ребенок ни минуты не сидит спокойно, постоянно суетится, отвлекается. С началом обучения в школе выясняется, что он не может спокойно сидеть на уроке, отвлекается, встает, ходит по классу. Наряду с гиперактивностью, в двигательной сфере детей с СДВГ могут наблюдаться нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса (двигательные трудности в застегивании пуговиц и завязывании шнурков, в рисовании и письме).

**Скрининг** – (от англ. «to screen» – просеивать) – быстрый, доступный, приблизительный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной диагностике или помощи.

**Служба ранней помощи** – служба помощи детям раннего возраста с особыми потребностями и их семьям. Термин, использующийся в практике наряду с такими терминами как «службы абилитации» и «службы раннего вмешательства».

**Соматическое заболевание** – телесные заболевания, заболевания внутренних органов человека. В огромном большинстве случаев соматические заболевания не приводят к психическим расстройствам, но часто вызывают по разному выраженные астенические состояния.

**Социокультурная реабилитация (СКР)** – формирование культурной компетенции реабилитанта, необходимой для его интеграции во включающее

сообщество и охватывающей все аспекты его личности (включая телесность, аффективность и социальность).

**Специальная психология** – раздел психологии, посвященный изучению психологических особенностей аномальных детей, дефект которых обусловлен диффузным поражением коры головного мозга (умственная отсталость), нарушением деятельности анализаторов (глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, слепоглухонемые), недоразвитием речи при сохранении слуха (алалики, афазики).

**Супервизия** – (от англ. «to supervise» – наблюдать и «supervision» – надзор, наблюдение) – вид профессионального взаимодействия специалистов. В практике ранней помощи в процессе супервизии происходит профессиональный разбор сложных случаев и анализ трудностей в работе. Супервизия используется также как способ взаимообучения специалистов (повышения квалификации).

**Федеральный государственный образовательный стандарт** – совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

**Цереброастенический синдром** – неспецифический неврологический синдром, характеризуется повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, нарушением памяти и внимания, истощением нервной системы, головными болями и вегетативными проявлениями.

**Центральная нервная система (ЦНС)**– состоит из головного мозга, который находится в полости черепа, и спинного мозга, расположенного в позвоночнике. Головной мозг, особенно его кора, – важнейший орган психической деятельности. Спинной мозг осуществляет г. о. прирожденные формы поведения. Периферическая Н. с. состоит из нервов, отходящих от головного и спинного мозга (т. н. черепно-мозговые и спинномозговые нервы), межпозвоночных нервных узлов, а также из периферического отдела вегетативной Н. с. – скоплений нервных клеток (ганглиев) с подходящими к ним (преганглионарными) и отходящими от них (постганглионарными) нервами.

Источники:

1. <https://multiurok.ru/files/glossarii-po-korreksionnoi-pedagogike.html>

# **ПРОЕКТИРОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

*Нетребенко Л.В.,*  
доцент кафедры педагогики и психологии  
ГАУ ДПО СОИРО

Психологическое сопровождение процессов коррекционно-развивающего обучения и воспитания обучающихся разного возраста включает много аспектов.

Проектирование коррекционно-развивающей деятельности как системы комплексной помощи детям, подросткам, в том числе с особыми образовательными потребностями, ограниченными возможностями здоровья, трудностями в развитии, поведении, с осложнённым поведением, с девиациями занимает большую часть работы специалистов психологической службы образовательной организации.

Начинается проектирование с программ коррекционной направленности.

*Программы психологической коррекции поведения и нарушений в развитии обучающихся* – программы психолого-педагогической работы с обучающимися, воспитанниками, испытывающими трудности в обучении и развитии (в том числе для детей с ограниченными возможностями здоровья), направленные на преодоление проблем и компенсацию недостатков, адаптацию в образовательной среде и др.

*Программы коррекционно-развивающей работы* – программы, направленные на поддержку педагогов и родителей в вопросах организации образовательного процесса детей с ОВЗ в образовательной организации; участие в создании инклюзивной среды образовательной организации; сопровождение процесса обучения детей с ОВЗ в образовательной организации.

*Развивающие психолого-педагогические программы* – программы, направленные на наиболее полное раскрытие интеллектуально-личностного потенциала обучающихся, воспитанников, формирование и развитие их социально-психологических умений и навыков, развитие креативности (в том числе для детей с ограниченными возможностями здоровья).

Минпросвещения России в рамках исполнения пункта 7 плана мероприятий по реализации федерального проекта «Современная школа» национального проекта «Образование» разработаны и утверждены распоряжением Минпросвещения России от 28 декабря 2020 г. № Р-193 «Методические рекомендации по системе функционирования психологических служб в общеобразовательных организациях (далее – методические

рекомендации)», где обозначены и охарактеризованы целевые группы детей и подростков. При написании программ коррекционной направленности необходимо опираться на данную классификацию.

Анализ нормативных правовых актов, а также научно-методических документов в системе образования и социальной защиты населения позволяет выделить основные целевые группы детей, в отношении которых в общеобразовательных организациях психологическими службами, педагогами-психологами реализуются программы адресной психологической помощи.

**Целевые группы детей**, в отношении которых в общеобразовательных организациях реализуются программы адресной психологической помощи:

I. Норма (нормотипичные дети и подростки с нормативным кризисом взросления)

II. Дети, испытывающие трудности в обучении

III. Уязвимые категории детей:

III. 1 Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации:

III. 1.1 Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей

III. 1.2 Обучающиеся с ОВЗ, дети-инвалиды

III. 1.3 Дети с отклоняющимся поведением (девиантное поведение детей и подростков, суицидальное поведение детей и подростков)

III. 2 Одаренные дети.

Программа адресной помощи обучающимся целевой группы «Дети с ОВЗ, дети-инвалиды» призвана содействовать успешности воспитания, развития и социальной адаптации детей, что во многом определяется специальными образовательными условиями и зависит от правильной, слаженной и грамотно организованной работы всех участников психолого-педагогического процесса (подробнее см. <http://www.inclusive-edu.ru/nashi-izdaniya-2/>).

Следует обозначить, что общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися (то есть инклюзивно), так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность. Функции по организации психолого-педагогической реабилитации возлагаются на ППК или психолого-педагогическую службу организации.

В соответствии с профессиональным стандартом «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» реализация программы психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ включает следующие направления:

– диагностическая работа, которая обеспечивает своевременное выявление детей с ограниченными возможностями здоровья, проведение их комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-педагогической помощи в условиях образовательного учреждения;

– коррекционно-развивающая работа, обеспечивающая своевременную специализированную помощь в освоении содержания образования и коррекцию недостатков в физическом и психическом развитии детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательного учреждения; способствует формированию универсальных учебных действий у обучающихся (личностных, регулятивных, познавательных, коммуникативных);

– консультативная работа, обеспечивающая непрерывность специального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей по вопросам реализации дифференцированных психолого-педагогических условий обучения, воспитания, коррекции, развития и социализации обучающихся;

– информационно-просветительская работа, направленная на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для данной категории детей, со всеми участниками образовательного процесса – обучающимися (как имеющими, так и не имеющими недостатки в развитии), их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.

При разработке программы адресной психологической помощи следует обеспечить:

1) осуществление индивидуально ориентированной психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей психического и (или) физического развития, индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК));

2) определение особых образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов;

3) определение особенностей организации образовательного процесса для рассматриваемой группы детей в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка;

4) обеспечение дифференцированных условий образования:

– оптимальный режим учебных нагрузок;

– вариативные формы получения образования и специализированной помощи в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии;

– коррекционная направленность учебно-воспитательного процесса;

– учет индивидуальных особенностей ребенка;

– соблюдение комфортного психоэмоционального режима;

5) создание условий, способствующих освоению детьми с ограниченными возможностями здоровья основной образовательной программы начального, либо основного, либо среднего общего образования и их инклюзии в образовательном учреждении;

6) использование современных педагогических технологий, в том числе информационных, компьютерных для оптимизации образовательного процесса, повышения его эффективности, доступности.

При организации образовательной деятельности по адаптированной общеобразовательной программе создаются условия для организации образовательной деятельности и коррекционных занятий с учетом особенностей обучающихся из расчета по одной штатной единице педагога-психолога на каждые 20 обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, указанный норматив утвержден приказом Минпросвещения России от 28 августа 2020 г. № 442 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

В зависимости от конкретного случая, проявлений неблагополучия у детей и подростков специалистом определяется вид психологической коррекции.

### **Виды психологической коррекции и их особенности**

<b>Виды психологической коррекции</b>	<b>Стратегические задачи</b>	<b>Тактические задачи</b>	<b>Психотехники</b>
<b>Общая психокоррекция</b>	Оптимальное возрастное развитие личности ребенка (подростка) с расстройствами поведения	Организация жизнедеятельности ребенка (подростка) с учетом его реальных и потенциальных возможностей	Знакомство психолога с социальным окружением ребенка (подростка). Рекомендации родителям, педагогам, направленные на охранительно-стимулирующий режим для ребенка или подростка, оптимизацию его коммуникативного и эмоционального потенциала

<b>Виды психологической коррекции</b>	<b>Стратегические задачи</b>	<b>Тактические задачи</b>	<b>Психотехники</b>
<b>Специальная психокоррекция</b>	Организация конкретных психокоррекционных воздействий с учетом возрастных, психолого-педагогических особенностей ребенка (подростка)	Разработка и использование различных психокоррекционных методов: игротерапия, арт-терапия, психорегулирующая гимнастика и пр. с учетом возрастных и личностных особенностей	Различные ролевые игры, арт-терапия, музыкотерапия и пр. в форме семейных групповых или индивидуальных занятий с ребенком (подростком)
<b>Дифференцированная психокоррекция</b>	Ориентирована на решение конкретных проблем у детей и подростков с расстройствами поведения с учетом индивидуально-типологических, клинико-психологических особенностей	Разработка индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию конкретных нарушений у ребенка (подростка): агрессивность, аффективность, некоммуникабельность и пр.	Специальные игры, занятия в рамках индивидуальных занятий и семейной психокоррекции

В практике психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии целесообразно различать следующие блоки психологической коррекции:

1. Коррекция эмоционального развития ребенка.
2. Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.
3. Психологическая коррекция поведения детей и подростков.
4. Коррекция развития личности.
5. Коррекция процесса общения.

Данный способ классификации видов психологической коррекции отражает ее содержательно-психологическую направленность при всех вариантах нарушения психического и физического развития детей.

Внутри каждого блока программы следует различать формы организации и методы психокоррекционных воздействий, основные психокоррекционные технологии.

1.	<b>Психокоррекционные технологии (ПКТ)</b> (из классификации Мамайчук И.И. видов психокоррекции в соответствии с формой дизонтогенеза):
	• психокоррекционные технологии при психическом недоразвитии
	• психокоррекционные технологии при задержке психического развития у детей и подростков
	• психологическая коррекция при поврежденном психическом развитии
	• психологическая коррекция детей с искаженным психическим развитием
	• психокоррекционные технологии для детей с церебральным параличом
	• психокоррекционные технологии при дисгармонии психического развития у детей и подростков
	Другие технологии:
	• психокоррекционные технологии при эмоциональных нарушениях
	• психологическая коррекция родительско-детских отношений
	• психокоррекционные технологии при расстройствах поведения у детей и подростков
2.	• психорегулирующие тренировки – аутогенная тренировка, – формулы самовнушения, – психомышечные тренировки, – психогимнастика и др.)
	Какие методы лечебно-педагогической коррекции используете в своей работе из классификации методов коррекции?
	<b>Педагогические методы:</b>
	• <b>общепедагогические методы</b>
	– коррекция активно-волевых дефектов
	– коррекция страхов
	– метод игнорирования
	– методы культуры здорового смеха
	– действия при сильном возбуждении ребенка
	– коррекция рассеянности
	– коррекция застенчивости
	– коррекция бродяжничества
	– самокоррекция
	• <b>специальные или частно-педагогические</b>
	– коррекция детской скороспелости
	– коррекция истерического характера
	– коррекция недостатков поведения единственных детей
	– коррекция нервного характера
	• <b>метод коррекции через труд</b>
	• метод коррекции путем рациональной организации детского коллектива
	<b>Психотерапевтические методы</b>
	• внушение и самовнушение
	• метод убеждения
	• психоанализ
	• арт-терапия

Таким образом, проектирование специалистами коррекционно-развивающей деятельности в системе психологического сопровождения процессов коррекционно-развивающего обучения и воспитания обучающихся

разного возраста можно рассматривать как систему комплексной помощи детям и подросткам в образовательной организации.

### **Литература**

1. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. Расстройства поведения у подростков. – СПб.: Речь, 2005.
2. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения) / Е.В. Змановская. – М.: ИЦ «Академия», 2003. – 287 с.
3. Кэджусон Х., Шеффер Ч. Практикум по игровой психотерапии. – СПб.: Питер, 2001.
4. Мамайчук И.И., Смирнова М.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – СПб.: Речь, 2010. – 384 с.
5. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: Аркти, 2000.
7. <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2018/01/19/sovremennyye-interaktivnye-pedagogicheskie-tehnologii-v-rabote-s-detmi>

## **КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ**

*Лазарева Н.Н.,  
начальник отдела специального образования  
Департамента Смоленской области по образованию и науке*

Современные изменения и преобразования в образовательном пространстве ведут к постепенному формированию нового педагогического менталитета. Что включает в себя субъект-субъектный характер взаимоотношений, т.е. ориентация на личности участников образовательного процесса, кросскультурный подход, модели индивидуализации и дифференциации и т.п. За требованиями времени и потребностями субъектов образования процессы модернизации и перестройки не всегда успевают. Одним из средств решения этой проблемы является технологический подход, применение понятия «технология» к сфере образования, к педагогическим процессам. Прежде всего, необходимо исходить из наиболее общего, метапредметного понимания *технологии как научно и/или практически обоснованной системы деятельности, применяемой человеком в целях*

***преобразования окружающей среды, производства материальных или духовных ценностей.***

Технологический подход открывает новые возможности для концептуального и проектировочного освоения различных областей и аспектов образовательной действительности; он позволяет:

- с большей определенностью предсказывать результаты и управлять педагогическими процессами;
- анализировать и систематизировать на научной основе имеющийся практический опыт и его использование;
- комплексно решать образовательные и социально-воспитательные проблемы;
- обеспечивать благоприятные условия для развития личности;
- уменьшать эффект влияния неблагоприятных обстоятельств на человека;
- оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы; выбирать наиболее эффективные и разрабатывать новые технологии и модели для решения возникающих социально-педагогических проблем

Технологический подход к обучению, предусматривает точное инструментальное управление образовательно-воспитательным процессом и гарантированное достижение поставленных целей.

**Технология** – это практическая деятельность, которая характеризуется рациональной последовательностью использования инструментария с целью достижения качественных результатов труда.

В условиях СОГБОУ «Центр диагностики и консультирования» используются следующие технологии:

- Технологии организации развивающей среды и деятельности ребенка;
- Технологии психолого-педагогического сопровождения;
- Коррекционно-развивающие технологии;
- Здоровьесберегающие технологии;
- Технологии сохранения и стимулирования здоровья
- Информационно-коммуникационные технологии.

Исходя из понимания того, что образовательная среда является неотъемлемой частью социального мира для ребенка и его семьи в работе по сохранению здоровья детей обязательно присутствует просветительский компонент работы с родителями. Кроме того, в образовании особое значение приобретает эмоциональное благополучие педагогов, и соответственно технологии здоровья педагогов.

И если говорить максимально широко, то способствовать сохранению здоровья детей будет психологически безопасное образовательное пространство образовательной организации.

#### *Технологии организации развивающей среды и деятельности ребенка*

Требования к развивающей предметно-пространственной среде в дошкольной организации описаны в ФГОС (п. 3.3).

Развивающая предметно-пространственная среда должна быть содержательно-насыщенной, трансформируемой, полифункциональной, вариативной, доступной и безопасной.

С позиций психологического контекста, по мнению Л.С. Выготского, П.Я. Гальперина, В.В. Давыдова, Л.В. Занкова, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина и др., развивающая среда – это определенным образом упорядоченное образовательное пространство, в котором осуществляется развивающее обучение.

Развивающая предметно-пространственная среда должна обеспечивать возможность общения и совместной деятельности детей (в том числе детей разного возраста) и взрослых, двигательной активности детей, а также возможности для уединения.

Для построения грамотной индивидуальной и подгрупповой работы с обучающимися с ОВЗ и успешной реализации поставленных задач в Центре в каждой возрастной группе была создана развивающая предметно-пространственная среда, а также функционируют и активно используются ряд кабинетов: кабинет педагога-психолога, темная сенсорная комната, игровая комната, спортивный зал, музыкальный зал.

#### *Технологии организации психолого-педагогического сопровождения*

ФГОС ДО просто констатирует тот факт, что система психолого-педагогического сопровождения в образовательной организации должна существовать, хотя через текст документа основные идеи сопровождения прослеживаются, то ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ конкретизирует содержание сопровождения и обращает внимание на уровень квалификации специалистов системы сопровождения.

В СОГБОУ «Центр диагностики и консультирования» система психолого-педагогического сопровождения существует уже давно. При этом система сопровождения претерпевает определенные изменения, не так давно появился новый элемент системы сопровождения – индивидуальный образовательный маршрут.

Важной сущностной характеристикой психолого-педагогического сопровождения, в нашем понимании, является безусловная ценность

внутреннего мира ребёнка, приоритетность его потребностей, целей и ценностей развития.

Суть идеологии сопровождения состоит в комплексном подходе к решению проблем ребенка, это можно осуществить в тесном взаимодействии педагогов, психологов, логопедов, социальных педагогов и родителей.

И здесь важно, чтобы все педагоги рассматривали ребенка как равноправного участника взаимодействия, который не является совокупность отдельных функций и навыков (моторики, мышления, речи, физической активности), а целостный организм, развивающийся по определенным законам.

И очень важная задача всего педагогического коллектива – *привлечь семью к сотрудничеству* в решении учебных и личностных проблем ребенка. Просвещая родителей, психолог сопровождает их на пути родительского становления.

Алгоритм действий по обеспечению психолого-педагогического сопровождения включает:

1. Знакомство с ребенком и его родителями, изучение документации. Это необходимо для сбора первичной информации о ребенке.

2. Организация сопровождения адаптационного периода, которая заключается в повышенном внимании со стороны педагогов, специальных организации мероприятий педагогом-психологом.

3. Проведение всестороннего обследования ребенка с ОВЗ. Обследование совпадает по времени с адаптационным периодом. В этот период времени осуществляется оценка особенностей ребенка и уровня его развития. Оценка осуществляется в ходе образовательного процесса, режимных моментов (прогулка, прием пищи, подготовка ко сну и т.д.). Наиболее полная и достоверная информация о текущем уровне развития ребенка, его индивидуальных особенностях и об особых потребностях позволит более точно определить цели коррекционно-развивающей работы.

4. Проведение заседания психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк).

Целью консилиума является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями состоянием соматического и нервно-психического здоровья.

Все решения по обучению и сопровождению ребенка с ОВЗ принимаются коллегиально на определенный срок (обычно до конца полугодия и до конца года) с прописанной ответственностью каждого участника междисциплинарной команды.

На первом ПМПк Центра, междисциплинарная команда на основании

результатов комплексной диагностики и совместного обсуждения определяет:

- Основные особенности ребенка, препятствующие успешному освоению АООП, развитию и социальной адаптации.
- Содержание, методы и формы комплексного психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи.
- Направления и цели коррекционно-развивающей работы, обучения и воспитания ребенка.

5. Разработка индивидуального образовательного маршрута, программы психолого-педагогического сопровождения.

6. Ознакомление родителя с ИОМ или программой психолого-педагогического сопровождения. Педагоги и специалисты информирует родителя о планируемой работе с ребенком и включают родителя в процесс коррекционной работы.

7. Проведение динамического ПМПк (в середине учебного года) для анализа результатов работы специалистов в русле поставленных целей, при необходимости осуществляется корректировка целей или специальных условий, а также объема помощи, направлений и форм работы.

8. Проведение итогового заседания ПМПк (проходит в конце учебного года), на котором осуществляется комплексная оценка динамики в развитии ребенка и освоении им ИОМ, и АООП в целом. Осуществляется планирование образовательной деятельности обучающегося с ОВЗ в следующем учебном году.

### *Коррекционно-развивающие технологии*

К коррекционно-развивающим технологиям можно отнести технологии, направленные, прежде всего, на активизацию жизненных сил, оптимизацию функционального статуса глубинных образований мозга, формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, формирование высших психических функций, эмоционально-волевых процессов и т.д.

Нейропсихологический подход к коррекции предполагает постепенное движение снизу вверх, т.е. работа от низших функций и высшим и от развития подкорковых образований к коре головного мозга). Работы В.М. Бехтерева, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, Н.С. Лейтеса. П.Н. Анохина доказали влияние манипуляций рук на функции высшей нервной деятельности, развитие речи. Следовательно, развивающая работа может быть направлена снизу-вверх (от движения (действия) к мышлению).

### *Технология сенсорной интеграции*

Сенсорная интеграция – это процесс, во время которого нервная система ребенка получает информацию от рецепторов всех чувств (осознание,

вестибулярный аппарат, ощущение тела или проприоцепция, обоняние, зрение, слух, вкус), затем организует их и интерпретирует так, чтобы они могли быть использованы в целенаправленной деятельности. Другими словами, это адаптационная реакция, служащая для выполнения определенного действия, принятия соответственного положения тела, и т.п.

У большинства людей процесс сенсорной интеграции происходит автоматически, обеспечивая реакции, соответственно требованиям окружения и обуславливает правильное сенсомоторное развитие. В случае возникновения нарушений обработки сенсорных сигналов, будут появляться дисфункции в моторном, познавательном развитии, а также в поведении ребенка.

Целью сенсорной интеграции является предоставление такого количества соответствующих сенсорных, вестибулярных, проприоцептивных и тактильных стимулов, чтобы создать условия для нормальной работы центральной нервной системы.

Для успешной сенсорной интеграции детей с ОВЗ в своей работе мы применяем различное сенсорное оборудование, которое стимулирует сенсорное развитие дошкольников и развивает интрактивную деятельность.

Существует ряд разнообразных тактильных панелей. Большое внимание во всех разновидностях панелей уделено наполнению разнообразными тактильными поверхностями и предметами. Насыщенная цветовая гамма вкупе с кубиками, шариками, колокольчиками и другими элементами так и влекут потрогать и узнать, что при этом произойдет:

- Тактильно-развивающая панель «Лабиринт-колесо».
- Панель Лабиринт-цветок.
- Домино (настенный модуль).
- Лабиринт-спираль (ручной).
- Безопасное зеркало, гвозди-перевертыши.
- Дидактический стол с набором игрушек – это удобное и комфортное место для сенсорного развития и интеллектуальных способностей дошкольников.
- Черепаха дидактическая. Несколько красочных чехлов, которые крепятся к черепахе, способствуют сенсорному и познавательному развитию детей.
- Сенсорная тропа. Ходьба по «кочкам»-мешочкам полезна для развития тактильного восприятия, координации и профилактики плоскостопия.
- Балансировочные диски (квадратный и круглый). Основная функция балансировочного оборудования – стимуляция деятельности вестибулярного аппарата.
- Сухой бассейн угловой. Игры в сухом бассейне улучшают

самочувствие и эмоциональное состояние, укрепляют опорно-двигательный аппарат и заменяют массаж.

- Кресло релаксационное с гранулами.

- Колесо-трансформер – это игровой элемент для развития подвижности у ребенка, развития физической формы, вестибулярного аппарата. Его можно складывать по-разному и использовать отдельно. Можно сделать качели, мостик для лазания, барьеры для различных игр.

Представленное оборудование соответствует ФГОС и полностью соответствует описанию в перечне игрового оборудования для учебно-материального обеспечения дошкольных образовательных учреждений Министерства Образования и Науки РФ.

#### Технология Уллы Кислинг

Улла Кислинг (немецкий эрготерапевт) утверждает, что без развития сенсорных чувств невозможно полное созревание мозга и его правильная организация. Разработанные У. Кислинг определенные упражнения, помогают детям привести в равновесие не только свое тело, но и мозг.

К оборудованию, разработанному на основании идей У. Кислинг относятся «Удивительные Вещи» Совы-Няньки:

- Яйцо Совы – это шарообразный мягкий мешок, в который можно полностью залезть и почувствовать себя в безопасности как в тёплом и уютном домике. Яйцо Совы развивает одновременно 3 важные для полноценного развития ребенка системы. Вестибулярную, которая отвечает за поддержание равновесия, тактильную – управляет кожной чувствительностью и проприоцептивную – регулирует ощущение собственного тела в пространстве.

- Чулок Совы способствует развитию основных групп мышц. Действует на тактильную и вестибулярную системы. Чулок Совы глубоко давит на руки и ноги и заставляет ему сопротивляться, чем стимулирует проприоцептивную систему, другими словами, способствует улучшению ощущения положения тела в пространстве. Внутри мешка с натянутой тканью дети успокаиваются, расслабляются. Во время игры ребенок чувствует необычные ощущения, это расширяет его восприятие окружающего мира.

#### *Здоровьесберегающие технологии*

##### *Дыхательные упражнения*

Одной из важнейших целей организации правильного дыхания у детей является формирование у них базовых составляющих произвольной саморегуляции. Ведь ритм дыхания – единственный из всех телесных ритмов, подвластный спонтанной, сознательной и активной регуляции со стороны человека. Тренировка делает глубокое медленное дыхание простым и естественным, регулируемым произвольно.

### *Глазодвигательные упражнения*

Помимо достижения понятных целей по сохранению зрения, глазодвигательные упражнения способствуют активизации структур головного мозга, помогают расширить объём зрительного восприятия, что косвенно влияет на процесс обучения

Блок глазодвигательной гимнастики – отслеживание предмета глазами на разных уровнях и по пяти основным направлениям: право, лево, верх, низ, к переносице (сведение глаз к центру) и от переносицы, а также по четырем вспомогательным (диагональным) направлениям. По мере освоения данных упражнений в этот процесс добавляются движения языка. Упражнения, как правило, сначала выполняются отдельно глазами, потом языком, потом глазами и языком вместе, потом врозь. Сначала упражнения выполняются лёжа на полу на спине, затем сидя и стоя.

У многих наших детей обнаруживаются патологические синкинезии (содружественные движения). Есть синкинезии адекватные. Когда человек идёт, у него правая нога движется одновременно с левой рукой. Это нормальная синкинезия, адаптивная, мы её используем в жизни. Но у детей встречаются неадаптивные синкинезии, например, когда ребёнок на что-то смотрит, и в этот процесс у него включается и язык – это лучший вариант, но, как правило, включается всё тело. Когда ребёнок пишет, у него качается нога, крутится язык, он всё время что-то вертит в другой руке и т.п. Но, как правило, включается всё тело. Когда ребёнок говорит, у него в этот процесс тоже включается целый ряд процессов, которые не должны быть задействованы.

*Кинезиологические упражнения* – комплекс упражнений, направленных на развитие и активизацию межполушарного взаимодействия.

Это направление предлагает специально организованные движения, оптимизирующие деятельность мозга и тела для гармоничного развития и творческой самореализации личности. Данные упражнения для развития межполушарного взаимодействия улучшают мыслительную деятельность, синхронизируют работу правого и левого полушарий, способствуют улучшению запоминания, повышают устойчивость внимания, облегчают обучение процессу письма.

*Самомассаж.* Эти приемы позволяют снимать мышечное напряжение, способствуют расслаблению, развитию мелкой и крупной моторики, синхронизации работы полушарий головного мозга, улучшению памяти и внимания.

*Растяжки. Релаксации.* Хороший релаксационный эффект достигается за счет чередования периодов сильного напряжения и расслабления мышц. Это позволяет ярче и яснее почувствовать расслабление в теле.

*Игры.* Во всем многообразии проявлений. Это и игры на сплочение коллектива, подвижные игры, коммуникативные игры, ролевые игры. Игры в дошкольном возрасте и игровые приемы в более старшем позволяют решать большой спектр задач коррекционного образования. В ходе игры ребенок проживает определенную роль и получает ценный опыт взаимодействия с миром (расширение адаптационных возможностей, развитие целеполагания, планирования деятельности, расширение коммуникативного репертуара, опыт совместной деятельности).

*Психогимнастика* (Карварасарский Б.Д., Чистякова М.И., Алябьева Е.А., Яковлева Н., Сердюкова Н.А.) – формирование умений и навыков практического владения выразительными движениями – средствами человеческого общения (мимикой, жестом, пантомимикой). Психогимнастика способствует лучшему взаимопониманию при общении; совершенствования когнитивных способностей; повышения сплоченности группы, росту доверия и уверенности, сокращения эмоциональной дистанции; уменьшению напряжения, снятию страхов; формированию способности выражать свои чувства. Кроме того, психогимнастические этюды учат ребенка понимать невербальное поведение других людей, повышают самооценку; учат приемам саморасслабления.

*Психологические акции.* Важной задачей деятельности психологической службы Центра является создание благоприятного психологического климата в образовательной организации, формирование чувства общности, сплочение детского коллектива, помощь в нахождении взаимопонимания между педагогами и родителями. Опыт деятельности психологической службы показывает, что для эффективного решения этих задач необходимы специальные формы психологической работы. В СОГБОУ «Центр диагностики и консультирования» наиболее оптимальной формой работы явилось проведение психологических акций. По своей сути это среда, часто игровая, которая на определенное время создается в пространстве образовательной организации.

Проведение разнообразных акций ежегодно включается в план работы. За этот период в практику работы вошли акции, направленные на пропаганду здорового образа жизни, позитивного отношения к жизни, жизнеутверждающих ценностей, принятие индивидуальности, формирование толерантного отношения и многие другие.

*Элементы арт-терапии.* В данном контексте положительный эффект приемов арт-терапии заключается в раскрепощении, избавлении от негативных эмоций, снятии нервно-психического напряжения, расширении жизненного опыта, снижения тревожности и страхов.

## КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Тишурова А.Я.,**

*руководитель отдела психолого-педагогической  
и медико-социальной помощи, педагог-психолог*

*СОГБДОУ «Центр диагностики и консультирования», г. Смоленск*

Работая с обучающимися с расстройствами аутистического спектра необходимо научиться анализировать поведение ребенка, понимать, что за этим поведением стоит, пытаться изменить нежелательное поведение, обучая ребенка социальным навыкам. Любое, даже странное или неожиданное поведение имеет какую-то причину. Дети, имеющие аутизм, не могут объяснить того, что с ними происходит, привычным для нас, взрослых, способом. Ребенок может чего-то пугаться, он может не понимать того, что от него хотят в данный момент, может выражать свой протест, быть усталым, требовать внимания. Возможно, что ребенок не знает, чем занять себя в данный момент.

Все эти состояния, желания, потребности могут выражаться по-разному. Ребенок может кричать, швырять или ломать вещи, раскладывать либо раскручивать предметы, стучать ими, раскачиваться. За одним и тем же образом поведения могут стоять множества разных причин.

Некоторые дети, которые умеют говорить, в различных ситуациях могут начать повторять по несколько раз странные слова или фразы (эхолалии).

Важно выявить закономерность проявления тех или иных реакций. Какие события как усилители вызывают вспышку гнева, стереотипные движения, нанесение себе повреждений, отказ. Лучше вести *дневник наблюдений (родителям) и таблицу регистраций (педагогам)*. Чаще всего, ребенку необходимо успокоиться и немного отдохнуть. Зачастую взрослые выполняют подсказку (в виде жеста, движения), чтобы ребенок начал выполнять задание. Правильная реакция (выполнение задания) должна сопровождаться определенным подкреплением, а неправильная игнорироваться (никак не подкрепляться). Очень важно, чтобы занятие доставляло ребенку удовольствие. Попытки научить ребенка определенному навыку (действию) повторяются много раз, пока ребенок не отреагирует без подсказок взрослого.

*Наша задача – понять, что чувствует сейчас ребенок и что на самом деле он хочет нам «сказать».* Также, важно научить ребенка выражать свои желания и эмоции другим, более приемлемым способом. Для этого используют разные техники поведенческой терапии и анализа. Например, метод прикладного анализа поведения «АВА-терапия».

## ***Метод АВА***

Обучение ребенка с использованием метода АВА занимает до 40 часов в неделю. Поведенческая терапия для аутистов по программе АВА построена на идее, что любое поведение человека влечет за собой определенные последствия, и когда ребенку это нравится, он станет повторять это поведение, а когда не нравится, не станет. АВА-терапия позволяет улучшить навыки коммуникации ребенка с РАС, навыки его адапционного поведения и способности к обучению, достичь таким образом поведения, социально обусловленного. При данном подходе все сложные для аутистов навыки, включая речь, контактность, творческую игру, умение слушать, смотреть в глаза, и прочее, разбиваются на отдельные мелкие блоки – действия. Затем каждое действие разучивается отдельно с ребенком, а впоследствии действия соединяются в единую цепь, образуя одно сложное действие.

Работа проводится поэтапно:

### **ЭТАП № 1: «ЯЗЫК – ПОНИМАНИЕ»**

- Педагог дает ребенку задание, например, «подними руку», следом дает подсказку (сам поднимает руку ребенка вверх), затем вознаграждает его за правильный ответ.
- Совершив некоторое количество попыток совместно (задание – подсказка – вознаграждение) делают попытку без подсказки.
- Дается задание ребенку: «Подними руку», и ожидается, даст ли ребенок самостоятельно правильный ответ.
- Если он правильно отвечает без подсказки взрослого, то получает вознаграждение (ребенка хвалят, отпускают играть, дают что-то вкусное и т.п.).
- Если ребенок не дает ответа или дает неправильный, педагог снова проводит несколько попыток, используя подсказку, а затем пробует опять без подсказки.
- Заканчивается упражнение, когда ребенок дал без подсказки правильный ответ.
- Когда ребенок с аутизмом начинает без подсказки правильно отвечать в 90% случаев, вводят новый стимул, к примеру, «кивни головой».
- Важно, чтобы первые два задания были максимально непохожими.
- Задание «кивни головой» отрабатывают таким же образом, как «подними руку».

### **ЭТАП № 2: УСЛОЖНЕНИЕ**

- Когда ребенок освоит выполнение задания «кивни головой» («КГ») в 90% случаев, задания начинают чередовать в свободном порядке, «кивни

головой» и «подними руку» «ПР»): сначала «КГ» – «ПР», затем «КГ» – «КГ» – «ПР», и в любом другом порядке.

- Два данных стимула считаются освоенными ребенком, когда он в произвольном порядке дает 90% правильных ответов из 100% при чередовании двух заданий или стимулов.

- После этого вводят и отрабатывают до усвоения третий стимул, потом все три чередуют, вводят четвертый, и так далее.

### **ЭТАП № 3: ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ НАВЫКОВ**

- Когда в запасе у ребенка накапливается много освоенных стимулов (необходимых для ежедневной жизни – «возьми (название предмета)», «дай (название предмета)», «иди сюда» и прочие), начинают работать с ребенком над обобщением.

- Генерализация навыков – это не что иное, как проведение упражнений в каких-то неожиданных местах, непривычных для занятий: в ванной, в магазине, на улице.

- Затем начинают чередовать людей, которые дают задания (педагоги, мама и папа, бабушки и дедушки, другие дети).

### **ЭТАП № 4: «ВЫХОД В МИР»**

- Ребенок в какой-то момент не просто осваивает те стимулы, отрабатываемые с ним, но и начинает самостоятельно понимать новые стимулы без дополнительной отработки (к примеру, показывают ему один-два раза «закрой дверь», и этого уже достаточно).

- Когда это случается, программа считается освоенной – аутичный ребенок может осваивать информацию дальше из окружающей среды.

- На сегодня разработаны программы по отработке невербальной и вербальной имитации, общей и мелкой моторики, понимания языка говорящего, названия предметов и действий, классификации предметов и т.д.

- Таким образом, конечная цель АВА-терапии – дать ребенку с аутизмом средства для освоения окружающего мира самостоятельно.

### ***Методика ТЕАССН***

ТЕАССН – это программа, позволяющая обучать детей с аутизмом и детей с особыми потребностями. В основе программы лежит идея структурированного обучения, когда классная комната поделена на зоны, в каждой из которых ребенок учится отдельным навыкам и умениям. К таким навыкам относят:

- академические знания (математика, письмо, чтение);
- умение ориентироваться в быту (одеваться самостоятельно, заправлять постель, готовить еду);

- социальные навыки и ориентация в помещении;
- коммуникация, умение поддерживать диалог (игровая зона).

Для того, чтобы все эти знания ребенок усваивал быстро и качественно, педагог использует метод визуальных подсказок или индивидуальных расписаний.

*Задачи программы:*

1. Максимально развить независимость ребенка. При построении программ и выборе заданий для ребенка, акцент делается на возможностях ребенка справиться с заданием самостоятельно. Для этого в самом задании заложены подсказки для ребенка. Кроме того, цели, которые педагог и родители ставят перед ребенком, приближены к актуальному уровню развития ребенка.

2. Помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими (общаться, играть). Педагог уделяет много внимания развитию навыков коммуникации. Это может быть вербальная или невербальная (жестовая, знаковая, карточная) коммуникация. Важно научить ребенка общаться социально приемлемым и понятным для других образом. Для отработки навыков коммуникации дети работают не только один на один с учителем, но и включаются во взаимодействие с другими детьми во время групповых заданий.

3. Увеличить и развить интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности. В программу ребенка включены задания на развитие основных академических навыков в чтении, письме, математике, ориентации в окружающей среде, времени и т.д.

4. Стимулировать генерализацию навыков так, чтобы все новые знания ребенок мог максимально часто и эффективно использовать дома и в школе. Очень важно, чтобы приобретенный навык ребенок мог применить вне кабинета или класса, в других условиях и с другими людьми. Для этого очень важно, чтобы родители активно включались в процесс обучения и придерживались одной стратегии с педагогом и отрабатывали умения в домашней обстановке.

5. Развить чувство себя, понимание себя. В программу ТИЧ включены задания на развитие эмоциональной сферы, которые помогают ребенку лучше понимать себя, что он чувствует, как реагирует на те или иные ситуации. Кроме того, важная часть работы – это развитие понимания того, что мои чувства, желания, потребности могут не совпадать с чувствами других людей.

Первым этапом работы является *диагностика*. Определяются стиль обучения ребенка, актуальные потребности развития, его «сильные стороны». На основе собранных данных и с учетом возраста ребенка определяется программа обучения. Важным процессом в работе является консультирование

родителей по обучающим стратегиям с целью поддержания их дома. Это происходит на родительских встречах. Также родители ведут дневник наблюдений за ребенком, в котором отмечают динамику развития.

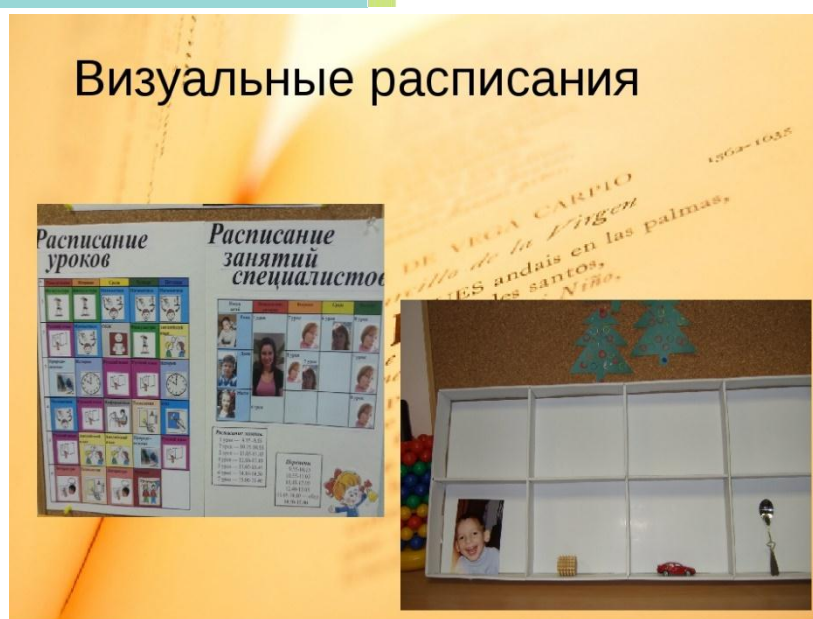
Роль родителей в структурированном обучении так же важна, как роль педагога. Успех ребенка в большей степени зависит от того, как он сможет реализовать дома все то, чему он научился в кабинете или классе. Поэтому очень важно, чтоб построенная программа, структура обучения была также использована дома, как и в кабинете педагога.

В привычной среде, в присутствии самых близких людей ребенку легче развивать тот или иной навык. И если родители готовы прилагать усилия и сотрудничать с педагогом, то именно они первыми видят успехи ребенка.

*При видимой схожести методик ТЕАССН и АВА имеется яркое различие: ТЕАССН старается создать комфортную среду для развития ребёнка, а АВА вводит ребёнка в уже имеющуюся среду. ТЕАССН меняет среду, а АВА – самого ребёнка. По ТЕАССН педагог следует за ребёнком, отдавая ему инициативу, а, по АВА ребёнок является ведомым на значительном этапе (от начала коррекции до того момента, когда его психоэмоциональное развитие выравнивается до достаточно высокого уровня).*

#### **Основные правила применения методики ТЕАССН:**

- методика ТЕАССН ориентирована на упорядоченность, строгую последовательность действий и определённый ритуализм, это структурирование пространства и времени;
- изначально создаётся комфортная для ребёнка среда: изымаются из окружающей среды раздражающие и опасные предметы (многие дети с аутизмом поедают несъедобные предметы – пластилин, клеящий карандаш и т.п.);
- минимизация всего, что может отвлекать внимание ребенка, специально организованное место для обучения, возможность перемещать мебель, изменять освещение, подбирать многообразные пособия и материалы для занятий;
- весь день ребёнка, воспитывающегося по данной системе, подчинён строгому расписанию, которое благодаря *карточкам-подсказкам* ребенок довольно быстро усваивает:



- всем вещам присуждается определённое место. Положение вещей в комнате не меняется, причём педагог и родители стараются создать определённую логику (расставляя книги, игрушки, посуду; выстраивая в комнате зону для работы, зону отдыха);
- коррекционные занятия включают длительный этап адаптации ребёнка и установления контакта с педагогом;
- педагог целое занятие, а то и месяц занятий может просто находиться в комнате с ребёнком, пытаясь подключиться к деятельности ребёнка, наблюдая за ним;
- для педагога важно привлечь внимание ребёнка, заинтересовать его, чтобы потом ребёнок САМ захотел контакта и предложил его;
- при этом педагог не пытается жёстко контролировать и прекращать стереотипии ребёнка, а, наоборот, использует их, подключается к ним, немного

изменяя ракурс, чтобы ребёнок позволил внести изменения в его стереотипные действия и тем самым вступил в контакт с педагогом;

- нажим или побуждение ребенка к действию недопустимы.

Данное обучение глубоко индивидуализировано и длительно по времени. На первичный поиск контакта может уйти от недели до 1 месяца. Для этого первично педагог использует максимально возможные игровые и сенсорные раздражители. Занятия могут проходить на спортивной площадке, на качелях, внутри туннеля или на ковре. На занятии темп и вид деятельности задаёт всегда ребёнок, а взрослый только следует за ним, направляя и корректируя уже выбранное ребёнком действие. Если необходимо занятие за столом, то ребёнка постепенно приучают к знакам, дающим сигнал к началу занятия за столом (маркировка стола, например, красным или оранжевым кружком). Для педагога важно привлечь внимание ребёнка, заинтересовать его, чтобы потом ребёнок сам захотел контакта и предложил его.

При этом педагог не пытается жёстко контролировать и прекращать стереотипии ребёнка, а, наоборот, использует их, подключается к ним, немного изменяя ракурс, чтобы ребёнок позволил внести изменения в его стереотипные действия и тем самым вступил в контакт с педагогом. Порядок выполнения задания остается неизменным: вся работа выполняется слева направо и сверху вниз. Все пособия, с которыми ребенок уже отработал, сразу же убираются со стола. Рекомендуются, чтобы у ребёнка был определённый стул и стол – только для занятий. Все зоны маркируются карточками – символами зон, что позволяет сделать среду более понятной и снизить тревожность.

Определённые действия усваиваются ребёнком до автоматизма многократным повторением, при этом используются карточки-подсказки (PECS).

**Система альтернативной коммуникации PECS** – одна из наиболее популярных для обучения детей с аутизмом. PECS – система, которая позволяет ребёнку с нарушениями речи общаться при помощи карточек. Эта программа помогает ребенку самому заявлять о том, чего он хочет, что ему надо. Обязательным условием для начала обучения по системе PECS является наличие у ребёнка собственного желания что-то получить или сделать.

Конечная цель занятий – ребёнок научается сообщать о своем желании получить определённый предмет или сделать что-либо, используя карточки с изображениями. Основные преимущества использования системы PECS: быстрое приобретение базисных функциональных навыков коммуникации; появление инициативы ребенка спонтанно произносить слова; доступное общение ребенка с окружающими людьми, и, таким образом, возможное обобщение приобретенных вербальных навыков.

Использование PECS не только не тормозит развитие разговорной речи, а наоборот, ускоряет его благодаря парированию словесного и визуального стимула в процессе обмена. Да, ребенок с карточками выглядит необычно, но лучше пусть ребенок общается с помощью карточек со сверстниками и приобретает социальные навыки, чем не общается вообще.

Принято, что педагог (мама) показывают ребёнку карточки и проговаривают слово вслух, даже если у ребенка сформирована речь. Ребёнок, не имеющий речи, также использует для общения карточки-подсказки. При достаточном речевом развитии, можно предложить ребенку карточки-подсказки с заранее напечатанным текстом вместо картинок.

*Алгоритм применения:*

Фаза I программы начинается с того, что взрослый показывает или демонстрирует предмет или еду, которую предпочитает ребенок. Когда он начинает тянуться к желаемому объекту, помощник помогает взять изображение желаемого предмета или еды. Затем с помощью физических подсказок помогает ребенку отдать изображение другому человеку, который в этот момент находится в непосредственной близости от ребенка. Взрослый, который получает картинку, ничего не говорит, пока ему не протянут изображение. После нужного действия получатель сообщения произносит что-то вроде: «Ты хочешь апельсин» (в зависимости от того, что изображено на картинке) и дает то, о чем его попросили. Во период первой фазы «просьбы» включают несколько разных предметов, при этом люди, получающие сообщение, помощники и окружающая обстановка тоже должны меняться. Цель этой фазы – добиться примерно 80 обменов в течение дня.



Во время II фазы обмен продолжается, при этом предпринимаются попытки повысить самостоятельность ребенка. Помощник до сих пор присутствует для поддержки обмена. Ребенок начинает самостоятельно брать изображение для обмена. От него требуется больше физических движений, чем во время первой фазы.

Фаза III – ребенок начинает сам выбирать нужное изображение из множества картинок, относящихся к разным сферам. На этой фазе применяются стратегии коррекции при ошибочных ответах.

Фаза IV – ребенок помещает изображение предмета на полосу для предложения, на которой написана фраза «Я хочу», после чего отдает полосу с предложением взрослому.

Фаза V – ребенок начинает отвечать на вопрос «Что ты хочешь?» с помощью полосы с предложением. До пятой фазы ребенку не задаются вопросы, потому что к этому моменту поведение по обмену изображениями должно стать автоматическим.

Фаза VI – ребенок начинает отвечать не только на вопрос «Что ты хочешь?», но и на «Что ты видишь?» и «Что у тебя есть?».

Таким образом, применение техник поведенческой терапии может быть как предварительным, так и основным этапом взаимодействия с ребенком с РАС.

В заключении краткого представления специальных методик и программ, можно рекомендовать также следующие **терапии для детей с РАС**:

- арт-терапия (направление психологической коррекции) – музыка, живопись, театр, танцы, занятия с пластилином, глиной.

- пет-терапия – метод лечения с помощью домашних животных (собак, лошадей, дельфинов, кроликов, кошек, птиц и пр.). В России пет-терапия больше известна под названием зоотерапия или анималотерапия. Наиболее популярны из них дельфинотерапия и ипотерапия (метод реабилитации посредством лечебной верховой езды).

- холдинг-терапия: ребенок должен сидеть у матери на коленях так, чтобы у нее была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к ребенку и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему.

## **ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

**Трифаненкова С.В.,**

*педагог-психолог СОГБДОУ «Центр диагностики и консультирования,  
г. Смоленск*

Взаимодействие педагогов и родителей в современных условиях предполагает линию воздействия на семью через ребенка, где ребенок становится ведущим субъектом внимания, а взаимоотношения взрослых –

эмоционально ровными, конструктивными. Эта модель сотрудничества предполагает взаимодействие образовательного учреждения и семьи как процесс межличностного общения, результатом которого является формирование у родителей осознанного отношения к собственным взглядам и установкам в воспитании ребенка и формирование личностно-ориентированного подхода к организации образовательно-воспитательной деятельности в образовательном учреждении.

Данная модель взаимодействия родителей, детей и педагогов помогает:

- обеспечить участие родителей в образовательном процессе;
- активизировать воспитательные возможности родителей;
- обеспечить индивидуальный подход к детям, в процессе образовательно-воспитательного воздействия с учетом специфики семейного воспитания;
- обеспечить личностное обогащение всех участников взаимодействия.

Работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ предполагает использование разнообразных технологий.

### **Диагностические технологии в работе семьями обучающихся**

В психолого-педагогической практике при проведении диагностического обследования межличностных отношений ребенка с родителями, как правило, обращается внимание на следующие четыре аспекта:

- актуальные межличностные отношения между ребенком и родителями;
- их история, особенно в критических точках онтогенеза;
- межличностные отношения глазами их участников – детей и родителей;
- объективно фиксируемые межличностные отношения (детей и родителей) глазами специалиста.

Для социально-педагогического мониторинга семьи чаще всего используются следующие методы: наблюдение, беседа, анкетирование, интервью, метод экспертной оценки, параметрический метод, анализ документов, биографический метод.

### **Здоровьесберегающие технологии в работе с семьями обучающихся**

Под здоровьесберегающими технологиями в работе с семьей понимаются мероприятия направленные на расширение круга знаний и пропаганду здорового образа жизни, а так же создание максимально возможных условий для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья обучающихся и членов его семьи в рамках образовательно-воспитательного процесса.

Здоровьесберегающие технологии в семье реализуются на основе личностно-ориентированного подхода взрослых членов семьи.

Осуществляемые на основе личностно-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым все члены семьи учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать. Предполагается активное участие всех в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности детей и взрослых, развитие саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

Здоровьесберегающие технологии семьи – это:

1) создание социально-психологических условий в семье: отсутствие стресса, адекватность требований, единство в воспитании подрастающих детей со стороны взрослых членов семьи;

2) рациональная организация режима дня в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями, гигиеническими требованиями;

3) создание благоприятного эмоционально-психологического климата;

4) соответствие физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;

5) необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим;

6) учет особенностей возрастного развития детей и разработка педагогических стратегий, соответствующих особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности определенной возрастной группы младших членов семьи;

7) использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности членов семьи, направленной на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности.

### **Интерактивные технологии в работе с семьями обучающихся**

Работа с родителями постоянно меняется, традиционные формы работы, в которых главное место отводилось сообщениям, докладам, утратили свое значение из-за малой их эффективности, из-за недостаточной обратной связи. Все шире используются новые, активные формы работы с родителями, позволяющие вовлечь родителей в процесс обучения, развития и познания собственного ребенка.

Интерактивные технологии – самая современная система взаимодействия.

Понятие «интерактивный» происходит от английского «interact» («inter» – «взаимный», «act» – «действовать»).

Интерактивные технологии – это специфические формы организации деятельности, целью которой является обеспечение комфортных условий для взаимодействия, при которых каждый участник чувствует свои успехи и, выполняя определенную интеллектуальную или творческую работу.

Интерактивные методы и приемы – это способы целенаправленного взаимодействия педагога с детьми и их родителями, которые приводят к самостоятельному и индивидуальному развитию участников образовательного процесса, направляя их к пониманию и оценке своих возможностей и ценностей.

Стержнем активных работ с родителями является активное обсуждение, участники которого рассуждают, аргументируют свои выводы, вступают в дискуссию с оппонентами, т.е. соревнуются их умы и таланты.

Педагогами могут быть использованы следующие интерактивные формы:

- интерактивная экскурсия,
- использование кейс-технологий,
- проведение видеоконференций,
- круглый стол,
- мозговой штурм,
- дебаты,
- фокус-группа,
- деловые и ролевые игры,
- case-study (анализ конкретных, практических ситуаций),
- тренинги.

### **Проектная технология в работе с семьями обучающихся**

В последнее время активно используется в работе с родителями проектная технология.

Проектная деятельность – форма учебно-познавательной активности педагогов, учащихся, родителей заключающейся в мотивационном достижении сознательно поставленной цели.

Проектная деятельность – это осознанная, рефлекслируемая добыча новых знаний, в ней проявляются творческие способности, которые, в свою очередь, успешно развиваются в ходе самостоятельного поиска. Ее можно представить как:

- способ организации педагогического процесса, основанный на взаимодействии педагога, родителя и воспитанника;
- способ взаимодействия с окружающей средой;
- поэтапную практическую деятельность по достижению поставленной цели.

В учебном процессе чаще планируются и организуются исследовательские и творческие проекты, направленные на развитие познавательных интересов и коммуникативных способностей обучающихся. Проектная деятельность способствует также развитию разнообразной игровой деятельности, формированию и укреплению дружеского взаимодействия между детьми, развитию и совершенствованию детско-родительских отношений.

В ходе осуществления проекта между родителями и детьми происходит одновременно и взаимодействие, и творческое соревнование. Атмосфера игры и фантазии позволяет сбросить механизмы самоконтроля и показать себя с неожиданной стороны. Лучше узнавая своих родных, дети и родители становятся ближе друг к другу.

### **Заключение**

Таким образом, взаимодействие образовательного учреждения и семьи должно пронизывать весь образовательный процесс. Необходимо следить за тем, чтобы педагоги использовали различные формы работы, уделяя внимание совершенствованию практических воспитательных навыков родителей. Использование нетрадиционных форм совместно с традиционными формами взаимодействия образовательного учреждения с семьей способствует повышению эффективности работы педагогов с родителями.

### **Рекомендованная литература**

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития// Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2000. – Вып. 2.
2. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. (Серия «Инклюзивное образование»). Выпуск 3.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005. – 220 с. (Серия «Особый ребенок»).
4. Никольская О., Фомина Т., Цыпотан С. Ребенок с аутизмом в обычной школе. – М.: Чистые пруды, 2006.
5. Семаго Н.Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. (Серия «Инклюзивное образование»). Выпуск 2.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003.

7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. – М.: Генезис, 2011.

8. Янушко Е.А. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Научно-практический журнал «Аутизм и нарушения развития». – 2004. – № 3.

Интернет-источники:

1. <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2018/01/19/sovremennye-interaktivnye-pedagogicheskie-tehnologii-v-rabote-s-detmi>

2. <https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/vospitatelnaya-rabota/2013/01/21/interaktivnye-formy-raboty-s-roditelyami>

3. <https://pandia.ru/text/80/021/15618.php>

4. [https://studme.org/53432/sotsiologiya/zdorovesberegayuschie\\_tehnologii\\_seme](https://studme.org/53432/sotsiologiya/zdorovesberegayuschie_tehnologii_seme)

## **КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Цыденова Наталья Валерьевна,  
методист НПФ «Амалтея» и Студия «Виэль»,  
г. Санкт-Петербург*

Профилактирование и коррекция поведенческих нарушений у детей и подростков занимает большое место в работе специалистов психологической службы. Проблема отклоняющегося (девиантного) поведения детей и подростков является одной из направлений психолого-педагогической деятельности. Особую важность в решении данной проблемы составляет первичная психологическая профилактика.

Раннее выявление поведенческих проблем у подростков, системный анализ характера их возникновения и адекватная воспитательно-коррекционная работа дают возможность предотвратить десоциализацию в дальнейшем.

Для предупреждения девиаций среди подростков и детей целесообразно своевременно выявлять нарушения в их личностной, эмоционально-волевой, социально-коммуникативной сферах, а также их склонности к различным формам девиантного поведения.

Для реализации данной цели могут быть использованы психодиагностические компьютерные программы, разработанные в студии Виэль.

В частности, программа **«Диагностика личностных отклонений подросткового возраста. Новая версия.»** позволяет проводить психологическое тестирование школьников с 11 до 18 лет как в индивидуальном формате, так и в групповом.

В данном блоке представлены 6 тестов, которые помогут выявить группы риска в подростковой среде, а также оценить особенности каждого подростка с целью выбора наиболее эффективной стратегии коррекционной работы и программ психологического сопровождения.

1. Методика диагностики показателей и форм агрессии разработана А. Бассом и А. Дарки для диагностики склонности человека к агрессивным проявлениям и враждебности. В данном блоке предлагается в адаптации А.К. Осницкого.

2. Опросник для идентификации акцентуаций характера у подростков (по А.Е. Личко).

3. Тест отсчитывания минуты. Тест отсчитывания минуты – одна из разновидностей физиологических проб, направлен на исследование субъективного восприятия времени человеком. Индивидуальная длительность минуты напрямую связана со способностью переносить стресс.

4. Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению – методика американского социального психолога К. Томаса (1973) в адаптации Гришиной Н.В. (1978), предназначена для определения типичных способов реагирования на конфликтные ситуации.

5. Метод исследования уровня субъективного контроля (УСК) – адаптация методики Д. Роттера в авторстве Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, А.М. Эткинды, разработана в НИИ им. Бехтерева. Позволяет быстро и эффективно оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями.

6. Фрайбургский многофакторный личностный опросник FPI предназначен для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Методика FPI была создана с учетом опыта построения и применения таких известных опросников, как 16PF Кеттела, MMPI (СМИЛ), EPI Айзенка и др. Тест FPI используется для психодиагностики, профориентации, психологического консультирования, экспертизы и т.п.

Тесты предназначены для выполнения самим тестируемым, результаты защищены параметрами настройки и доступны для просмотра только специалистом.

Программа предполагает полную автоматизацию диагностики, кроме того, есть возможность печати стимульных материалов и бланков ответов с

последующей компьютерной обработкой результатов

Следующая программа «**Диагностика и развитие социальной ответственности подростков**», созданная совместно с доктором психологических наук С.В. Быковым, предназначена для психологической оценки социальных качеств личности учащихся, влияющих на адаптацию, риск девиантного поведения, способность преодолевать кризисные ситуации и, эффективность коммуникации.

Программа содержит:

### **1.8 ТЕСТ-ОПРОСНИКОВ**

1. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) Е. Ф. Бажин с соавт. Стандартизация опросника УСК на испытуемых подросткового и раннего юношеского возраста проводилась С.В. Быковым.

2. Опросник ДУМЭОЛП – диагностика уровня морально-этической ответственности личности И.Г. Тимощука.

3. Определение деструктивных установок в межличностных отношениях В.В. Бойко.

4. Тест-опросник исследования волевой саморегуляции А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана.

5. Методика самоконтроля в общении М.Снайдера.

6. Копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой.

7. Методика «Мотивация аффилиации» А. Мехрабиана в модификации М.Ш. Магомед-Эминова.

8. Методика диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда, адаптированная А.К. Осницким.

### **2. АВТОРСКОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ доктора психологических наук С.В. Быкова**

Предлагается тренинговая программа ранней профилактики социальной дезадаптации несовершеннолетних. Методическое пособие адресовано школьным психологам, педагогам, социальным работникам, специалистам пенитенциарных учреждений.

Следующие три блока экспериментальных психологических методик, посвящены аддиктивному поведению подростков:

#### **1. Оценка индивидуального риска аддиктивного поведения у подростков**

Блок психодиагностических методик для осуществления индивидуальной и групповой общей скрининговой и специальной психологической экспертной оценки вероятности наличия и степени выраженности проявлений отдельных

форм химических и нехимических зависимостей и способов аддиктивной реализации у подростков

Назначение:

- Для оценки вероятности наличия и степени выраженности проявления отдельных химических и нехимических зависимостей и форм аддиктивной реализации у подростков.

- При индивидуальном или групповом тестировании в группах подростков, с выявленным в ходе предварительного скринингового обследования высоким риском склонности к аддиктивному поведению или как отдельный этап для оценки индивидуальной и групповой динамики.

- Для психологического и экспертного сопровождения профилактических, реабилитационных или просветительских программ, направленных на предупреждение или отказ от злоупотребления психоактивными веществами или аддиктивной реализации у детей и подростков.

Содержание:

- Тест «Зависимость от алкоголя»
- Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма
- Опросник «Мотивация потребления алкоголя»
- Тест «Почему я курю?»
- Опросник-тест для оценки никотиновой зависимости Фагерстрема
- Опросник «Мотивы употребления наркотиков»
- Тест-опросник для выявления любовной аддикции
- Тест-опросник для оценки выраженности игровой зависимости
- Тест-опросник для оценки выраженности интернет зависимости
- Шкала для выявления интернет зависимости
- Тест-опросник для оценки выраженности аддикции упражнений (спортивного работоголизма)
- Опросник на основе спектра и критериев ТВ-аддикции

## **2. Оценка выраженности вероятных видов зависимости у подростков**

Блок психодиагностических методик для проведения индивидуальных или групповых, частично или полностью компьютеризированных скрининговых психологических обследований и получения данных об индивидуальной и групповой динамике. Определение вероятной степени выраженности отдельных форм химических и нехимических зависимостей у подростков.

Назначение:

- Для оценки вероятности наличия и степени выраженности

проявления отдельных химических и нехимических зависимостей и форм аддиктивной реализации у подростков.

- При индивидуальном или групповом тестировании в группах подростков, с выявленным в ходе предварительного скринингового обследования высоким риском склонности к аддиктивному поведению или как отдельный этап для оценки индивидуальной и групповой динамики.

- Для психологического и экспертного сопровождения профилактических, реабилитационных или просветительских программ, направленных на предупреждение или отказ от злоупотребления психоактивными веществами или аддиктивной реализации у детей и подростков.

Содержание:

- Тест «Зависимость от алкоголя»
- Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма
- Опросник «Мотивация потребления алкоголя»
- Тест «Почему я курю?»
- Опросник-тест для оценки никотиновой зависимости Фагерстрема
- Опросник «Мотивы употребления наркотиков»
- Тест-опросник для выявления любовной аддикции
- Тест-опросник для оценки выраженности игровой зависимости
- Тест-опросник для оценки выраженности интернет зависимости
- Шкала для выявления интернет зависимости
- Тест-опросник для оценки выраженности аддикции упражнений (спортивного работоголизма)
- Опросник на основе спектра и критериев ТВ-аддикции

### **3. Оценка психологических факторов предрасположенности к аддиктивному поведению у подростков**

Блок методик для осуществления индивидуальной и групповой экспертной оценки психологических факторов, влияющих на увеличение риска аддиктивной реализации у подростков, степени выраженности отдельных проблем – индивидуальные особенности, эмоциональные нарушения, социальная адаптация, семейные отношения – повышающих риск аддиктивной реализации.

Назначение:

- Для скрининговой общей и специальной экспертной оценки психологических факторов, влияющих на увеличение риска аддиктивной реализации у подростков степени выраженности отдельных личностных эмоциональных и/или сопутствующих проблем, повышающих риск аддиктивной реализации.

- При индивидуальном или групповом тестировании в группах подростков, с выявленным в ходе предварительного скринингового обследования высоким риском склонности к аддиктивному поведению или как отдельный предварительный этап оценки факторов риска и их индивидуальной и групповой динамики.

- Для психологического сопровождения профилактических программ для подростков, направленных на предупреждение злоупотребления психоактивными веществами, формирования представления о здоровом образе жизни и создания установки на предотвращение формирования аддиктивных моделей поведения.

Содержание:

- Методика определения межличностной зависимости
- Опросник межличностной зависимости
- Опросник семейной социализации для подростков
- Опросник депрессии Бека для подростков
- Опросник «Методика исследования подростковой тревожности»
- Детско-подростковый опросник оценки депрессии Ковач (CDI)
- Самооценка ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-

Ханина

- Шкала самооценки тревоги Цунга
- Методика измерения самооценки подростков Дембо-Рубинштейн
- Методика «Потребность в достижении цели»
- Методика диагностики социально-психологической адаптации Роджеса-

Даймонд

- Опросник «Способы преодоления негативных ситуаций»

Как способ коррекции психоэмоционального состояния, сопряженного часто с девиантным поведением, вашему вниманию предлагается аппаратно-программный комплекс на основе технологии функционального биоуправления с биологической обратной связью (БОС) под названием **«Нейрокурс»**, созданный в НПФ Амалтея.

Комплекс БОС «Нейрокурс» с успехом используется в работе психотерапевтов, наркологов, психиатров, психологов, спортивных психологов, врачей-терапевтов, реабилитологов, дефектологов.

Принцип коррекционной работы состоит в том, что тренирующийся под руководством обученного методиста учится самостоятельно управлять психофизиологическими параметрами, опираясь на объективные показатели сигналов обратной связи в виде увлекательных сюжетов-заданий и, тем самым улучшать свое психоэмоциональное и физическое состояние.

Абсолютных противопоказаний не существует.

Приглашаем к сотрудничеству!

Наши контакты:

СПб, ул. Большая Монетная, д. 16

E-mail: [amaltea-spb@mail.ru](mailto:amaltea-spb@mail.ru)

Тел: (812) 336-50-36

Факс: (812) 336-51-36

Сайт: [www.amaltea-spb.ru](http://www.amaltea-spb.ru) [www.test-psy.ru](http://www.test-psy.ru)

Автор-составитель:

**Нетребенко Л.В.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССОВ КОРРЕКЦИОННО-  
РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ РАЗНОГО  
ВОЗРАСТА**

*МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ*

Подписано в печать 31.10.2022 г. Бумага офсетная.

Формат 60х84/16. Гарнитура «Times New Roman».

Печать лазерная. Усл. печ. л. 3,25

Тираж 100 экз.

ГАУ ДПО СОИРО

214000, г. Смоленск, ул. Октябрьской революции, 20а