

1. Целевой раздел

1.1 Пояснительная записка

Адаптированная основная образовательная программа основного общего образования обучающихся краевого государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Ачинская школа № 3» с учетом индивидуальных психофизических особенностей (далее – Адаптированная основная образовательная программа основного общего образования) – это образовательная программа, адаптированная для детей, имеющих множественные нарушения физического (соматического) здоровья, нуждающихся в создании специальных условий для получения образования, учитывающая особенности их психофизического развития, индивидуальные возможности, обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию.

Разработка Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования обоснована необходимостью обеспечения равных возможностей получения качественного образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, имеющими множественные нарушения физического (соматического) здоровья, нуждающихся в создании специальных условий для получения образования.

Адаптированная основная образовательная программа основного общего образования разработана в соответствии со следующими нормативно-правовыми документами:

- Федеральный Закон Российской Федерации от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 06.10.2009г. №373 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования»;
- Примерная основная образовательная программа основного общего образования;
- устав КГБОУ «Ачинская школа № 3».

Адаптированная основная образовательная программа основного общего образования содержит три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Целевой раздел включает: пояснительную записку; планируемые результаты освоения обучающимися Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования; систему оценки достижения планируемых результатов освоения Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования.

Содержательный раздел включает следующие программы, ориентированные на достижение личностных, предметных и метапредметных результатов:

- программу развития универсальных учебных действий на ступени основного общего образования, включающую формирование компетенций обучающихся в области использования информационно-коммуникационных технологий, учебно-исследовательской и проектной деятельности;

- программы отдельных учебных предметов, курсов и курсов внеурочной деятельности;

- программу воспитания и социализации обучающихся на ступени основного общего образования;

- программу коррекционной работы.

Организационный раздел включает:

- учебный план основного общего образования;

- план внеурочной деятельности;

- годовой календарный учебный график;

- систему условий реализации основной образовательной программы.

Обучающийся получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, в те же сроки обучения.

Адаптированная основная образовательная программа основного общего образования представляет собой адаптированный вариант основной образовательной программы основного общего образования (далее – ООП ООО).

Структура Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования и результатам ее освоения соответствуют федеральному государственному стандарту основного общего образования (далее – ФГОС ООО).

1.1.1. Цели и задачи реализации адаптированной основной образовательной программы основного общего образования

Целями реализации адаптированной основной образовательной программы основного общего образования являются:

- обеспечение равного доступа к полноценному образованию разным категориям обучающихся в соответствии с их состоянием здоровья, способностями, индивидуальными склонностями и потребностями;

- создание специальных условий для получения образования в соответствии с возрастными, индивидуальными особенностями и особыми образовательными потребностями;

- обеспечение планируемых результатов по достижению выпускником целевых установок, знаний, умений, навыков, компетенций и компетентностей, определяемых личностными, семейными, общественными, государственными потребностями и возможностями обучающегося среднего школьного возраста, индивидуальными особенностями его развития и состояния здоровья;

- становление и развитие личности обучающегося в ее индивидуальности, самобытности, уникальности, неповторимости.

Достижение поставленных целей при разработке и реализации образовательной организацией адаптированной основной образовательной программы основного общего образования предусматривает решение следующих основных задач:

- обеспечение соответствия основной образовательной программы требованиям ФГОС;

- обеспечение преемственности начального общего, основного общего образования;

- обеспечение доступности получения качественного основного общего образования, достижение планируемых результатов освоения основной образовательной программы основного общего образования всеми обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;

- установление требований к воспитанию и социализации обучающихся как части образовательной программы и соответствующему усилению воспитательного потенциала школы, обеспечению индивидуализированного психолого-педагогического сопровождения каждого обучающегося, формированию образовательного базиса, основанного не только на знаниях, но и на соответствующем культурном уровне развития личности, созданию необходимых условий для ее самореализации;

- обеспечение эффективного сочетания урочных и внеурочных форм организации учебных занятий, взаимодействия всех участников образовательных отношений;

- взаимодействие образовательной организации при реализации адаптированной основной образовательной программы с социальными партнерами;

- выявление и развитие способностей обучающихся, в том числе одаренных детей, детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, их профессиональных склонностей через систему клубов, секций, студий и кружков, организацию общественно полезной деятельности, в том числе социальной практики, с использованием возможностей образовательных организаций дополнительного образования;

- организация интеллектуальных и творческих соревнований, научно-технического творчества, проектной и учебно-исследовательской деятельности;

- участие обучающихся, их родителей (законных представителей), педагогических работников и общественности в проектировании и развитии внутришкольной социальной среды, школьного уклада;

- включение обучающихся в процессы познания и преобразования внешкольной социальной среды (населенного пункта, района, города) для приобретения опыта реального управления и действия;

- социальное и учебно-исследовательское проектирование, профессиональная ориентация обучающихся при поддержке педагогов, психологов, социальных педагогов, сотрудничество с базовыми предприятиями, организациями профессионального образования, центрами профессиональной работы;

- сохранение и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся, обеспечение их безопасности.

1.1.2. Принципы и подходы к формированию образовательной программы основного общего образования

Методологической основой ФГОС является системно-деятельностный подход, который предполагает:

- воспитание и развитие качеств личности, отвечающих требованиям информационного общества, инновационной экономики, задачам построения российского гражданского общества на основе принципов толерантности, диалога культур и уважения его многонационального, поликультурного и поликонфессионального состава;

- формирование соответствующей целям общего образования социальной среды развития обучающихся в системе образования, переход к стратегии социального проектирования и конструирования на основе разработки содержания и технологий образования, определяющих пути и способы достижения желаемого уровня (результата) личностного и познавательного развития обучающихся;

- ориентацию на достижение цели и основного результата образования – развитие на основе освоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира личности обучающегося, его активной учебно-познавательной деятельности, формирование его готовности к саморазвитию и непрерывному образованию;

- признание решающей роли содержания образования, способов организации образовательной деятельности и учебного сотрудничества в достижении целей личностного и социального развития обучающихся;

- учет индивидуальных возрастных, психологических и физиологических особенностей обучающихся, роли, значения видов деятельности и форм общения при построении образовательной деятельности и определении образовательно-воспитательных целей и путей их достижения;

- разнообразие индивидуальных образовательных траекторий и индивидуального развития каждого обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

Адаптированная основная образовательная программа формируется с учетом психолого-педагогических особенностей развития детей 11–15 лет, связанных:

- с переходом от учебных действий, характерных для начальной школы и осуществляемых только совместно с классом как учебной общностью и под руководством учителя, от способности только осуществлять принятие заданной педагогом и осмысленной цели к овладению этой учебной деятельностью на уровне основной школы в единстве мотивационно-смыслового и операционно-технического компонентов, становление которой осуществляется в форме учебного исследования, к новой внутренней позиции обучающегося – направленности на самостоятельный познавательный поиск, постановку учебных целей, освоение и самостоятельное осуществление контрольных и оценочных действий, инициативу в организации учебного сотрудничества;

- с осуществлением на каждом возрастном уровне (11–13 и 13–15 лет), благодаря развитию рефлексии общих способов действий и возможностей их переноса в различные учебно-предметные области, качественного преобразования учебных действий моделирования, контроля и оценки и перехода от самостоятельной постановки обучающимися новых учебных задач к развитию способности проектирования собственной учебной деятельности и построению жизненных планов во временной перспективе;

- с формированием у обучающегося научного типа мышления, который ориентирует его на общекультурные образцы, нормы, эталоны и закономерности взаимодействия с окружающим миром;

- с овладением коммуникативными средствами и способами организации кооперации и сотрудничества; развитием учебного сотрудничества, реализуемого в отношениях обучающихся с учителем и сверстниками;

- с изменением формы организации учебной деятельности и учебного сотрудничества от классно-урочной к лабораторно-семинарской и лекционно-лабораторной исследовательской.

Переход обучающегося в основную школу совпадает с предкритической фазой развития ребенка – переходом к кризису младшего подросткового возраста (11–13 лет, 5–7 классы), характеризующемуся началом перехода от детства к взрослости, при котором центральным и специфическим новообразованием в личности подростка является возникновение и развитие у него самосознания – представления о том, что он уже не ребенок, т. е. чувства взрослости, а также внутренней переориентацией подростка с правил и ограничений, связанных с моралью послушания, на нормы поведения взрослых.

Второй этап подросткового развития (14–15 лет, 8–9 классы) характеризуется:

- бурным, скачкообразным характером развития, т. е. происходящими за сравнительно короткий срок многочисленными качественными изменениями прежних особенностей, интересов и отношений ребенка, появлением у подростка значительных субъективных трудностей и переживаний;

- стремлением подростка к общению и совместной деятельности со сверстниками;

- особой чувствительностью к морально-этическому «кодексу товарищества», в котором заданы важнейшие нормы социального поведения взрослого мира;

- процессом перехода от детства к взрослости, отражающимся в его характеристике как «переходного», «трудного» или «критического»;

- обостренной, в связи с возникновением чувства взрослости, восприимчивостью к усвоению норм, ценностей и способов поведения, которые существуют в мире взрослых и в их отношениях, порождающей интенсивное формирование на данном возрастном этапе нравственных понятий и убеждений, выработку принципов, моральное развитие личности;

- сложными поведенческими проявлениями, вызванными противоречием между потребностью в признании их взрослыми со стороны окружающих и собственной неуверенностью в этом (нормативный кризис с его кульминационной точкой подросткового кризиса независимости, проявляющегося в разных формах непослушания, сопротивления и протеста);

- изменением социальной ситуации развития – ростом информационных перегрузок и изменением характера и способа общения и социальных взаимодействий – объемы и способы получения информации (СМИ, телевидение, Интернет).

Особенности подросткового возраста, успешность и своевременность формирования новообразований познавательной сферы, качеств и свойств личности необходимо, множественные нарушения физического (соматического) здоровья связывается с активной позицией учителя, а также с адекватностью построения образовательной деятельности и выбора условий и методик обучения.

Обучающиеся КГБОУ «Ачинская школа № 3» - это обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, имеющие недостатки в физическом и

(или) психологическом развитии: стойкие нарушения физического здоровья (дети-инвалиды), а также дети, имеющие тяжелые длительные соматические заболевания, состоящие на диспансерных учетах врачей-специалистов.

Категория обучающихся очень неоднородная по составу, по выраженности нарушений: диапазон различий в развитии обучающихся велик – от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до обучающихся с выраженными нарушениями когнитивной и поведенческой сфер личности; от обучающихся, способных при специальной поддержке осваивать образовательную программу на повышенном уровне, до обучающихся, нуждающихся в систематической и комплексной помощи для освоения базового уровня.

Большинство обучающихся испытывают в той или иной степени затруднения в освоении учебных программ, обусловленные спецификой течения основного заболевания, частыми и длительными пропусками учебных занятий по причине лечения, специфическими расстройствами психологического развития и др.

Тяжелое длительное соматическое заболевание, перенесенное детьми с раннего детства, хроническое заболевание оказывают существенное влияние на успешность психологического развития.

Любая хроническая болезнь, независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека

Длительные хронические заболевания обуславливают задержку эмоционального развития, эмоциональную незрелость. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в себе. Эти же свойства обуславливают и создание для больного

ребенка режима ограничений и запретов, а условия гиперопеки формируют искусственный инфантилизм.

Психологические особенности ведут к формированию неблагоприятных типов реагирования на жизненные ситуации, возникновению пролонгированного эмоционального напряжения, обуславливающего снижение адаптационных возможностей детей и подростков.

Как следствие, дети и подростки, находящиеся в длительном состоянии болезни, имеют сниженные показатели успеваемости, у них отмечаются трудности в общении со сверстниками и эмоциональные нарушения. Болезнь также может повлиять на ход интеллектуального развития ребенка, если из-за нее он не принимает участия в жизни класса, в спортивных мероприятиях, вообще не ходит в школу.

На поведение могут влиять стереотипные представления, которых придерживается как сам обладатель определенных физических особенностей, так и окружающие его люди. Это проявляется в непосредственности общения со взрослыми и сверстниками: не получая радости от совместных занятий и развлечений, у части детей попросту возникает нежелание вступать в контакт со сверстниками или взрослыми.

Как правило, дети тяготятся теми ограничениями, которые накладывает на них болезнь. Нередко они отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, капризничают. Характер их поведения нарушается шалостями и неожиданными поступками. Такие переживания и нарушения поведения у больных детей – своеобразные проявления реакции детской личности на возникшую болезнь. Помимо этого, для больных детей характерна агрессивность, замкнутость, склонность к депрессивным состояниям и к переживанию страхов.

Для помощи детям и подросткам с длительными хроническими заболеваниями необходима разработка системы комплексной психолого-медико-педагогической помощи, сочетающей медикаментозную терапию с коррекционными мероприятиями, направленными на формирование навыков

саморегуляции, расширение поведенческих диапазонов детей, что будет способствовать повышению эффективности их психоэмоциональной адаптации, профилактике рецидивов основного заболевания, повышению успешности в освоении образовательной программы.

Сахарный диабет

Сахарный диабет I типа развивается в большинстве случаев в детском и подростковом возрасте. Из-за резких и всеобъемлющих изменений личности подростковый возраст всегда считался критическим периодом. Переоценка своих возросших возможностей определяет стремление подростков к независимости и самостоятельности, болезненное самолюбие и обидчивость, повышенную критичность. А на фоне заболевания сахарным диабетом возможно обострение всех возрастных особенностей, что, в конечном счёте, может привести к декомпенсации болезни и нарушению социальной адаптации подростка.

Для подростков, больных сахарным диабетом I типа характерен средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности, что может объясняться повышенной тревогой за своё здоровье, потребностью в посторонней помощи. В таких случаях возможна тенденция к трансформации структуры переживаний – от тревожной реакции на болезнь к конкретизации тревоги, перерастанию ее в предметный страх за свое здоровье и жизнь по мере увеличения продолжительности заболевания. Это может объясняться тем, что наряду с самой болезнью и её осложнениями ещё одним источником эмоциональных перегрузок является осознание необходимости перестройки всей жизни, подчинённой требованиям самостоятельного лечения.

Для подростков с сахарным диабетом характерен средний уровень невротичности. Не исключено, что у каждого четвёртого больного наблюдается высокая невротизация и, как следствие, психосоматические нарушения.

У подростков с сахарным диабетом отмечается тенденция к эмоциональной неустойчивости. Раздражительность чаще всего проявляется в виде эмоций агрессии и гнева, человеку сложно контролировать себя, меняется

интонация и громкость речи, меняются формы поведения, даже движения становятся резче, движения глазных яблок быстрее. По данным такие результаты могут быть связаны с резкими и частыми перепадами сахара крови, что приводит к раздражительности, нервозности, слабости. У 87,5 % обследуемых детей наблюдается тенденция к реактивной агрессивности.

По результатам исследования застенчивости 2/3 обследуемых подростков с сахарным диабетом показали тенденцию к застенчивости. Человека, который показал высокие оценки по этой шкале можно охарактеризовать как сдержанного, со сниженной способностью к контакту, часто теряющегося, застенчивого. Не исключена возможность того, что данные результаты связаны с необходимостью подростку постоянно носить с собой инсулиновые ручки и глюкометры. Необходимость прилюдно делать себе инъекции инсулина, измерять сахар может привести к скованности и застенчивости, так как не все окружающие люди адекватно реагируют на шприцы и уколы.

У 85 % обследуемых детей наблюдается тенденция к открытости, самокритичности, стремлению к доверительному отношению с окружающими. Мы предполагаем, что данные результаты могли быть вызваны тем, что больного диабетом обучают тому, что в критических ситуациях ему придётся попросить помощи у окружающих людей и люди, больные диабетом, подсознательно ждут помощи от окружающих и открыты для контакта с ними.

По результатам исследования эмоциональной лабильности у 87,5 % выборки наблюдается тенденция к неустойчивому эмоциональному состоянию.

Бронхиальная астма

Среди особенностей детей с бронхиальной астмой доминируют эмоциональная лабильность, истероидность, эгоцентризм, снижение способности к ролевому взаимодействию. Страх удушья формирует тревожность, чувство отверженности, подкрепляемые переживаниями своего отличия от сверстников. У подростков, больных бронхиальной астмой, личностные особенности включают в разной мере сдерживаемую неадекватную

агрессию, проблемы в конструктивном разрешении межперсональных отношений, инфантильное поведение, зависимость, требовательный характер.

Для детей с бронхиальной астмой характерным является более высокий уровень негативных эмоций, более бедное воображение, неспособность отличить эмоциональные проблемы от переживаемых физических нарушений. Специфические личностные нарушения у них не выявляются, больные с бронхиальной астмой не отличаются от других детей в приобретении навыков, в учебе.

Около 25-30% обострений заболевания связаны с периодами эмоционального напряжения. Эмоциональный стресс сам по себе может быть пусковым фактором обострения бронхиальной астмы. Смех, плач, страх, психологическое давление могут привести к гипервентиляции и реакции бронхоспазма. К такому же эффекту приводят приступы паники у детей с бронхиальной астмой.

Психопатологические изменения чаще наблюдаются у детей с тяжелой бронхиальной астмой, существенно ограничивающей жизнедеятельность ребенка, его социальное развитие.

Отягощают течение заболевания неспособность ребенка самостоятельно справляться с кризисными ситуациями, обслуживать себя, длительные депрессии как следствие семейных конфликтов, отсутствие эмоциональной близости с родителями. С увеличением тяжести заболевания уменьшается интенсивность общения больных бронхиальной астмой со сверстниками, усиливается их отгороженность, снижается стремление к общению, любознательность, формируется «недетская психика», ориентация на взрослых. Меньшая социальная зрелость сочетается с большей требовательностью, агрессивностью.

Для успешного лечения больного с бронхиальной астмой необходима оценка его эмоциональной сферы, изучение поведения ребенка с родителями дома, в школе, среди друзей, оценка реакций ребенка на непосредственное окружение, стресс. В возникновении слабых защитных механизмов против

стресса у детей с бронхиальной астмой важная роль отводится семейной ситуации, ситуации общения со сверстниками.

Нормализация жизни в семье, школе, исключение стрессовых ситуаций, чрезмерных нагрузок оказывают положительное влияние на терапию бронхиальной астмы, как следствие повышает социальную адаптацию ребенка.

Эпилепсия

Эпилепсия как одно из наиболее часто встречающихся нарушений функции головного мозга относится к заболеваниям нервной системы.

Среди существующих психических проблем у детей больных эпилепсией преобладают снижение интеллекта и нарушение поведения. Обычно для детей с эпилепсией характерны определённые черты: замедленность познавательных процессов, рассеянность, вязкость, недоверчивость, безответственность, жестокость, агрессивность, эгоизм и др.

К положительным качествам личности, присущим больным эпилепсией можно отнести исполнительность, усидчивость, трудолюбие, аккуратность, упорство, настойчивость. К специфическим изменениям относят: вязкость поведения, полярность эмоций, повышенную конфликтность, обидчивость и другие.

Нельзя утверждать, что само заболевание формирует какие-либо особенности поведения, хотя, следует отметить, что длительное лечение некоторыми препаратами оказывает определённое влияние на личность ребёнка, в результате чего он становится более медлительным, нарушается концентрация внимания и память. Эпилепсия является лишь почвой, на которой могут развиваться определённые черты характера, а внешние факторы часто провоцируют их развитие. Таким образом, невротические и психические изменения, личностные особенности детей, страдающих эпилепсией - результат взаимодействия биологических и социальных условий, поэтому одной из основных целей обучения и воспитания является развитие положительных качеств личности и коррекция существующих проблем (как биологических, так и социальных).

Туберкулез

Детям, перенесшим туберкулёз или находящимся в группе риска по заболеванию туберкулезом, свойственны психоэмоциональные характеристики, отличающие их от соматически здоровых сверстников: эмоциональная неустойчивость, сензитивность, инфантильность и конформность.

У детей, перенесших туберкулёз или находящихся в группе риска по заболеванию, более выражены неуверенность в себе, неустойчивость настроения, тревожность, раздражительность, трудности в приспособлении к новым условиям, низкая толерантность по отношению к фрустрациям.

По сравнению с соматически здоровыми сверстниками детям в целом более свойственны конформность и инфантильность на фоне сниженного уровня развития интеллектуальных качеств, меньшего объёма знаний, менее эффективного их усвоения.

В сфере межличностных отношений менее значимыми для детей по сравнению с соматически здоровыми являются отношения со сверстниками. В социальном взаимодействии соматически здоровые дети более склонны занимать лидерские позиции, доминировать по сравнению с детьми, перенесшими туберкулёз или находящимися в группе риска по заболеванию.

Дети с патологией ВПС после кардиохирургической операции

Под влиянием трех факторов: порока сердца, операции и искаженной ситуации развития у детей формируется эмоциональная незрелость и несамостоятельность.

Характер поведения детей с ВПС зависит от степени отставания в физическом и психическом развитии, от возраста, в котором произведено хирургическое лечение порока сердца, степени радикальности его коррекции, а также своевременности, активности и адекватности мероприятий по реабилитации.

Особенностями поведения детей с ВПС были выявлены следующие характеристики: склонность к конфликтности, трудности в общении, агрессивность, отгороженность. Таким образом, можно утверждать, что

психологическая дезорганизация в жизни детей с ВПС, вызываемая болезнью, отражает ослабление их поведенческой активности, которое необходимо для нормального развития личности через продуктивное и полноценное взаимодействие с самим собой и с другими людьми. Стимулируя поведенческое развитие значимых качеств данного возрастного периода позволят детям более успешно ориентироваться в жизненно важных процессах, адекватно реагировать на воздействия с обществом и тем самым повышать защищенность от ее агрессивных и других негативных воздействий. Осваивая систему ролей, благодаря психокоррекционным мероприятиям, дети с ВПС после кардиохирургической операции приобретут новые личностные качества и уверенность в себе, где сформируют свое сознание, мировоззрение, цели, мотивы, интересы, чувства, лично и социально значимые потребности, освобождаясь от поведенческих стереотипов.

Детский церебральный паралич

В эмоциональной сфере детей с ДЦП проявляется склонность к невротическим и неврозоподобным расстройствам, в первую очередь – страхам, повышенной пугливости в отношении к неожиданным раздражителям. Задержка эмоционального развития в целом, которая может сочетаться с интеллектуальной задержкой проявляется в «органическом инфантилизме» - недостаточная дифференцированность эмоций даже в игре, монотонность, слабость творчества, отсутствие инициативы и самостоятельности.

Важное место принадлежит явлениям депривации и гиперопеки. Пространственно ограниченный мир препятствует общению, нередко способствует аутизации, формированию эгоцентрических установок, пассивности.

Пассивно-защитная позиция, недостаточность опыта общения приводят к недоразвитию этических представлений. Оценка позитивного (ситуаций взаимопомощи) хуже, чем негативного (ситуация нарушения правила).

У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, распределения внимания. Наблюдаются трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах. Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия.

У детей с ДЦП нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание перечеркнутых, наложенных друг на друга, «зашумленных» изображений, нарушен целостный образ предметов (не могут сложить из частей целое — собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). У некоторых детей долго сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что мешает дальнейшему восприятию.

У большинства детей с ДЦП ограничена предметно-практическая деятельность, ощупывающие движения рук слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. Недостаточность осязательного восприятия приводит к дефициту знаний и представлений об окружающем мире. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений.

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом, плохо определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше заменяются у них определениями там и тут, затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около).

В младшем школьном возрасте – страдают учебные навыки, трудности в арифметике из-за недостаточности пространственных функций. Нечеткость распознавания графического изображения цифр, смешение арифметических знаков.

Дисграфия: зеркальность, сходные буквы смешивают. В нарушении работоспособности большое значение имеют церебральные расстройства, неточность фиксации взора, задержка интеллектуального развития.

Аллергические заболевания среднетяжелой и тяжелой форм

В целом при психосоматической оценке детей с аллергическими заболеваниями выявляется высокая степень тревожности и углубление интроверсивности. Аллергические заболевания приводят к психологическим конфликтам, играющим значительную роль в патогенезе заболевания и влияющим на выбор тактики лечения ребенка. Дети, страдающие аллергическими заболеваниями, имеют ограничения в повседневной активности (социальной, физической). У них наблюдаются нарушения сна, эмоциональные проблемы (тревога, раздражительность, фрустрированность), проблемы, связанные с необходимостью избегать воздействия триггеров обострений (жаркий или холодный воздух, контакт с различными химическими веществами и др.).

Частые заболевания влияют на нервную систему, приводя ее к истощаемости. Повторяющиеся случаи лечения в стационарных условиях развивают явления сенсорной депривации, когда активные реакции протеста по поводу отрыва от условий реальной жизни, сменяются пассивным апатичным состоянием.

Дети, страдающие аллергическими заболеваниями в среднетяжелой и тяжелой форме, часто пропускают школу, относятся к ученикам, у которых замедлен темп развития из-за стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко у них имеет место задержка эмоционального развития (соматогенный инфантилизм), обусловленная рядом невротических наслоений: неуверенностью, боязливостью, которые связаны с ощущениями

неполноценности. Данные дети, в отличие от здоровых учащихся, имеют иную динамику работоспособности в процессе учебных занятий: нет подъема после первого урока (вработывания), фазы устойчивой работоспособности и фазы спада от оптимума к исходному уровню или несколько ниже его. При астеническом состоянии работоспособность детей уже до начала занятий крайне низка и неустойчива. Все ее показатели то сразу снижаются уже к концу первого урока, то резко, но на короткое время повышаются и столь же резко падают.

Таким образом, детям, больным аллергическими заболеваниями, следует обеспечить положительные эмоциональные стимулы, развивающие и обучающие воздействия. Важно обеспечить таким детям медико-педагогическое воздействие, при котором с ребенком работают не только медицинские работники, но и педагоги-психологи.

Многообразие нарушений физического и (или) психологического развития обучающихся требует многообразия специальной поддержки в получении образования и самих образовательных маршрутов, соответствующих возможностям и потребностям обучающихся и направленных на преодоление существующих ограничений в получении образования.

Особые образовательные потребности обучающихся

Особые образовательные потребности обучающихся различаются, поскольку задаются спецификой нарушения развития. Наряду с этим накопленный опыт учреждения об особенностях развития данной категории обучающихся позволяет выделить потребности, как общие для всех обучающихся учреждения, так и специфические.

К общим потребностям относятся:

- системность получения специальной помощи;
- обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание предметных областей, так и в процессе индивидуальной работы;
- психологическое сопровождение, оптимизирующее взаимодействие ребенка с педагогами и соучениками;

-психологическое сопровождение, направленное на установление взаимодействия семьи и образовательной организации;

-обязательное постепенное расширение образовательного пространства, выходящее за пределы образовательной организации.

К специфическим особенностям обучающихся данной категории можно отнести:

-адаптация основной общеобразовательной программы основного общего образования с учетом необходимости коррекции психофизических особенностей развития обучающихся;

-обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды с учетом особенностей здоровья обучающихся (быстрой утомляемости, низкой работоспособности, пониженного общего тонуса и др.);

-комплексное сопровождение, гарантирующее получение необходимого лечения, направленного на лечение основного заболевания, проведение реабилитационных и оздоровительных мероприятий, а также специальной коррекционной помощи, направленной на компенсацию дефицитов эмоционального развития и формирование осознанной саморегуляции познавательной деятельности и поведения;

-организация процесса обучения с учетом специфики усвоения знаний, умений и навыков обучающимися («пошаговом» предъявлении материала, дозированной помощи взрослого, использовании специальных методов, приемов и средств, способствующих как общему развитию обучающегося, так и компенсации индивидуальных недостатков развития);

-профилактика и коррекция социокультурной и школьной дезадаптации;

-постоянный (пошаговый) мониторинг достижения планируемых результатов;

-постоянное стимулирование познавательной активности, побуждение интереса к себе, окружающему предметному и социальному миру;

-постоянная помощь в осмыслении и расширении контекста усваиваемых знаний, в закреплении и совершенствовании освоенных умений;

-постоянная актуализация знаний, умений и одобряемых обществом норм поведения;

-использование преимущественно позитивных средств стимуляции деятельности и поведения;

-развитие и отработка средств коммуникации, приемов конструктивного общения и взаимодействия (с членами семьи, со сверстниками, со взрослыми), формирование навыков социально одобряемого поведения;

-специальная психокоррекционная помощь, направленная на формирование способности к самостоятельной организации собственной деятельности и осознанию возникающих трудностей, формирование умения запрашивать и использовать помощь взрослого;

-обеспечение взаимодействия семьи и образовательной организации (сотрудничество с родителями, активизация ресурсов семьи для формирования социально активной позиции, нравственных и общекультурных ценностей).

Адаптация программы предполагает введение сопровождения медицинскими специалистами, введение программы коррекционной работы, ориентированной на удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся и поддержку освоения Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования, а так же к условиям реализации программы.

Обязательными условиями реализации Адаптированной основной образовательной программы основного общего образования является медицинское сопровождение обучающегося, согласованная работа учителя-предметника с медицинскими специалистами, а так же с педагогами, реализующими программу коррекционной работы (при наличии рекомендаций).