

для формирования единства, гармоничного сочетания рационального и эмоционального отношения учащихся к новой форме экзамена, повысить эффективность подготовки к ЕГЭ и его сдачи

**Годовникова Л.В.**, кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры коррекционной педагогики и  
психологии БелРИПКППС  
(Грант РГНФ №05-06-55613а/ц)

### **Психолого-педагогическое сопровождение как условие школьной адаптации ребенка с ограниченными возможностями**

Профессиональная переподготовка учителя помимо совершенствования знаний в конкретной научной области, обусловленной специальностью, подразумевает формирование широкого спектра общепедагогических знаний, профессионально и лично значимых умений и навыков, позволяющих эффективно осуществлять образовательный процесс в современной школе. От сегодняшних педагогов требуется умение грамотно организовать учебный процесс с различными категориями школьников с учетом их индивидуально-типологических особенностей, учебных интересов, внешкольных пристрастий, уровня психофизического развития и специфики микросоциального окружения.

Особенным контингентом общеобразовательной школы являются учащиеся с нарушениями физического и психического здоровья – в настоящее время они определяются как дети с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности. В массовых школах таких детей не много, поскольку процессы интеграции в нашей стране только начинаются, однако именно эти ученики требуют к себе особо пристального внимания. «Чем ниже уровень психического развития ребенка, тем выше должен быть уровень образования учителя», - писал в начале XX века немецкий педагог-дефектолог П. Шуман. Мнение немецкого дефектолога относится и к специалистам массовых школ, поскольку реализация инклюзивного (интегрированного) образования особых детей возможна лишь при высоком профессионализме учителя общеобразовательной школы.

В чем заключается специфика переподготовки учителя к работе с детьми, имеющими ограниченные возможности, каковы особенности его профессиональной деятельности, диктуемые спецификой воспитанников, какие лично и профессионально значимые качества должны быть сформированы у педагогов? В Концепции коррекционно-развивающего обучения четко отмечено: «...Нельзя готовить просто учителя или просто психолога. Это должны быть учитель-психолог, психолог-учитель, учитель-логопед, воспитатель детского сада - учитель. Детским садам и школам необходимы специалисты, владеющие основами знаний в области смежных наук, хорошо

ориентирующиеся в вопросах коррекционной педагогики, психологии, логопедии, социологии». Помимо конкретных знаний, учитель должен уметь работать в команде специалистов, сопровождающих особого ребенка в условиях массовой школы.

К специалистам сопровождения, в настоящий момент уже работающим во многих школах, относятся психолог, социальный педагог, учитель-логопед, медицинский работник, тренер по лечебной физической культуре. В некоторых школах предусмотрены ставки учителей-дефектологов, однако пока эти столь необходимые при инклюзивном образовании специалисты в массовой школе являются редкой «роскошью».

Учитель, в классе которого обучается особый ребенок, вынужден постоянно прибегать к помощи специалистов сопровождения по целому ряду вопросов, поэтому педагог должен быть ознакомлен с основными линиями взаимодействия и четко знать, какие проблемы с какими работниками школы или внештатными сотрудниками он обязан решать вместе.

Первая линия взаимодействия – «учитель – социальный педагог»: как подключить родителей к работе с ребенком, грамотно выстроить образовательное пространство с учетом всех психолого-педагогических рекомендаций, обеспечить включение ребенка помимо школьной ещё и во внешкольную жизнь. Эти вопросы решаемы при содействии социального педагога, причем в компетенции данного специалиста находятся также вопросы социальной помощи особому ребенку, и учителю желательно владеть информацией о нормативно-правовой защищенности нетипичного воспитанника.

Следующая линия взаимодействия – «учитель – психолог» - предусматривает адаптацию учебных планов и дозирование учебной нагрузки в соответствии с психофизическими возможностями, психологически грамотное построение урока с учетом структуры нарушения и предупреждения возможных пробелов в усвоении знаний, организацию внутриклассного взаимодействия, снятие коммуникативных барьеров, разработку и реализацию совместных развивающих программ, диагностику эффективности развивающей работы.

Линия «учитель - логопед», при возможности «учитель - дефектолог» включает построение совместной коррекционной работы, выполнение всех рекомендаций специалиста в процессе урочной и внеурочной деятельности. Направление взаимодействия «учитель – специалист ЛФК» и «учитель – медицинский работник» связано с реализацией здоровьесберегающих технологий, учетом физических и физиологических возможностей особого ученика.

Формой эффективной совместной работы может служить школьный психолого-медико-педагогический консилиум. На наш взгляд, именно учитель, подготовленный к реализации коллегиального подхода в решении проблем

особого ребенка, сможет максимально реализовать свой профессионально-педагогический потенциал в условиях интеграции.

В состав психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) школы входят: заместитель директора по учебно-воспитательной работе – он и является председателем ПМПк, школьный педагог – психолог, учитель – логопед, социальный педагог, школьный врач или фельдшер, а также классные руководители и учителя-предметники, работающие в интегрированном классе.

Таким образом, консилиум представляет собой небольшое по численности собрание людей, ответственных за успешное обучение и развитие ребенка в школе.

Информация для обсуждения готовится всеми членами консилиума и заносится в карты психолого-медико-социальной помощи.

Психолог приносит на консилиум результаты своей диагностической деятельности – наблюдений, экспертных опросов педагогов и родителей, обследования самих школьников. При этом обсуждению на консилиуме подлежат не сами первичные данные, а определенные аналитические обобщенные материалы. В этих материалах информация о ребенке или его семье облекаются в формы, не нарушающие их права на конфиденциальность, и, во-вторых, формулируются доступным и понятным педагогу и медику языком. Формой предоставления психологических данных на консилиум является приложение к протоколу психологического обследования.

В бланке приложения к протоколу данные могут быть обобщены следующим образом:

1. Дано описание психологических особенностей обучения, поведения и самочувствия школьника в период сбора информации. Описание дается в свободной форме, но с опорой на содержание психолого-педагогических особенностей школьника.

2. Названы те сферы психической жизни ребенка или подростка, в которой обнаружены определенные нарушения или отклонения от возрастной, психической или социальной нормы и описаны конкретные проявления этих нарушений. Речь идет о таких явлениях, как умственное снижение по отношению к возрастной норме, психические нарушения, проявляющиеся в личностных акцентуациях или отклонениях в поведении, асоциальных проявлениях и др. По возможности и необходимости указываются причины существующих нарушений.

3. Названы те сферы психической жизни школьника, развитие которых характеризуется выраженными индивидуальными особенностями и описаны их реальные проявления.

4. Перечислены адекватные с точки зрения психолога формы психолого-педагогической помощи.

Если заседание целиком посвящено ребенку с нарушениями развития, то психолог заполняет представление на данного ученика.

Педагогическая характеристика школьника, предоставляемая на консилиум, складывается из следующих показателей:

Качественные характеристики учебной деятельности:

- трудности и особенности, проявляющиеся при подготовке домашних заданий;
- трудности и особенности, проявляющиеся при устных и письменных ответах на уроке, особенности ответов у доски;
- трудности, возникающие при выполнении творческих заданий и рутинной трудоемкой работы;
- трудности, возникающие в процессе усвоения нового материала или повторения пройденного;
- виды заданий или учебного материала, вызывающие наибольшие трудности;
- предполагаемые причины описанных трудностей и особенностей.

Количественные показатели учебной деятельности:

- успеваемость по основным предметам;
- предполагаемые причины низкой или не ровной успеваемости.

Показатели поведения и общения в учебных ситуациях:

- описание и оценка поведения с точки зрения учебной активности и заинтересованности;
- описание и оценка поведения с точки зрения соблюдения общепринятых правил;
- индивидуальные особенности и трудности, возникающие в процессе общения с педагогами и сверстниками.

Показатели эмоционального состояния в учебных ситуациях:

- описание типичного для школьника эмоционального состояния на уроке;
- описание ситуаций, вызывающих у учащегося различные эмоциональные трудности (плач, раздражение, агрессия, испуг и др.).

Давая характеристику конкретному школьнику, классный руководитель и педагог должны останавливаться только на тех показателях, которые содержат важную для работы консилиума информацию.

Медицинский работник школы должен предоставить следующую информацию:

Физическое состояние ребенка на момент проведения консилиума:

- соответствие физического развития возрастным нормам;
- состояние органов зрения, слуха, костно-мышечной системы;
- переносимость физических нагрузок (на основании данных преподавателя физкультуры);

- характеристика заболеваемости за последний год.

Факторы риска нарушения развития:

- наличие в прошлом заболеваний и травм, которые могут сказаться на развитии ребенка;
- факторы риска по основным функциональным системам, наличие хронических заболеваний.

Социальный педагог предоставляет информацию о социально-бытовых условиях учащихся:

- социальный паспорт;
- социальные проблемы: состав семей, неблагополучные семьи, условия жизни, образовательный уровень развития, воспитательное влияние семьи.

Логопед предоставляет свою информацию.

Подготовка консилиума осуществляется каждым участником отдельно. Психолог обрабатывает данные психологической диагностики, готовит приложения по отдельным учащимся и информацию по классу в целом. В его задачи входит также определить, каких учеников необходимо обсудить отдельно, посвятив этому достаточно много времени, а какие дети, являясь психологически достаточно благополучными, не станут предметом отдельного обсуждения на консилиуме. Педагог собирает и обрабатывает информацию от педагогов-предметников, систематизирует собственные наблюдения. Школьный медик просматривает медицинские карты, при необходимости получает дополнительную информацию от родителей или из поликлиники, также готовит выписки для обсуждения на консилиуме.

Участвующий в работе консилиума завуч собирает информацию о тех учениках, в отношении которых предстоит индивидуальное обсуждение, и разрабатывает схему проведения консилиума. Полноправными участниками консилиума могут быть также социальный работник и социальный педагог. Социальный педагог может взять на себя организационные обязанности, связанные с консилиумом, а также помочь классным руководителям в реализации воспитательного направления решения консилиума. Социальный работник может профессионально осуществить те решения, которые касаются непосредственной работы с семьей.

Проходят заседания консилиума в определенный фиксированный день, раз в неделю. Ведущим консилиума является завуч или психолог. Ведущий устанавливает порядок обсуждения, следит за соблюдением регламента обсуждения.

В итоге работы ПМПк всеми специалистами заполняется коллегиальное заключение по психолого-медико-педагогическому сопровождению учащихся. Коллегиальное заключение ПМПк является комплексной характеристикой

особенностей психосоциального развития ребенка, включающей в себя следующую информацию:

- каковы причины школьных трудностей учащегося, имеется ли у ребенка отклоняющееся развитие (психический дизонтогенез), и если да, то какова типология дизонтогенеза (в терминологии В.В. Лебединского);

- каков предположительно потенциальный уровень возможностей ребенка в обучении и развитии при использовании имеющихся общеобразовательных программ или есть необходимость разработки индивидуальных программ обучения и развития;

- каковы свойственные только данному ребенку особенности социально-психологической адаптации, требующие специального, индивидуализированного коррекционного воздействия (лечения, психолого-педагогического сопровождения, мероприятий по социальной поддержке).

Далее мы приводим образец заключения психолого-медико-педагогического консилиума.

*Заключение психолого-медико-педагогического консилиума*

Ф.И.О. ученика, возраст и класс \_\_\_\_\_

Участники консилиума \_\_\_\_\_

Психолого-медико-педагогические особенности на момент обследования:

Актуальное состояние: \_\_\_\_\_

Наличие отклонений и особенностей развития: \_\_\_\_\_

*Содержание сопровождающей деятельности участников консилиума:*

Участник консилиума	Содержание и формы работы	Сроки проведения
Классный руководитель		
Педагог-психолог		
Учитель-логопед		
Социальный педагог		
Учитель физкультуры		
Врач-педиатр		

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подписи участников \_\_\_\_\_

Таким образом, организацию психолого-педагогического сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья в массовой школе мы рассматриваем в качестве необходимого условия его школьной адаптации. Ведущая роль в этом процессе принадлежит специалистам сопровождения, однако именно учитель реализует на практике основные направления сопровождения, претворяя в школьную жизнь необходимые рекомендации,

организуя особую принимающую и развивающую среду для особого ребенка. Поэтому мы считаем специальную подготовку и переподготовку учителей массовой школы к осуществлению психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья актуальным направлением деятельности кафедры коррекционной педагогики и психологии Белгородского регионального ИПКиПС.

**Дронова Т.Г.**, заместитель главного врача  
поликлиника ст. Белгород ОАО РЖД  
(Грант РГНФ №\_04-06-55016, а/ц )

### **Комплексная терапия алкогольного абстинентного синдрома методом фотогемотерапии и гидроклонолтерапии.**

Больные алкоголизмом обращаются за медицинской помощью, как правило, в состоянии алкогольного абстинентного синдрома.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) являясь признаком второй стадии алкоголизма, проявляется множественными метаболическими нарушениями на уровне тканей и органов[1]. Накопление продуктов метаболизма алкоголя – ацетальдегида, уксусной кислоты, алкогольных эфиров жирных кислот, свободных радикалов, активизирующие процессы перекисного окисления липидов, агрессивных молекул средней молекулярной массы приводит к хронической алкогольной интоксикации. Дисбаланс в обмене натрия, магния, калия способствуют нарушению дыхательной функции клеток. В результате нарушения глюконеогенеза нарушается синтез АТФ и источником энергии для клеток становятся жиры, образующие эфиры жирных кислот, при этом избыток ацетилкоэнзима-А, блокируя, бета-окисление способствует усилению синтеза холестерина. В конечном итоге эти и многие другие изменения рано или поздно приведут к необратимым изменениям в органах и системах. На этапе ААС необходимо с максимальной деликатностью для организма оказать действенную помощь, которая сама по себе не принесет организму ятрогенных осложнений.

Фармакологическая терапия при ААС, не всегда соответствует таким необходимым критериям как общедоступность, безопасность, отсутствие риска фальсификации препаратов. Кроме того, проблемой являются побочные эффекты, осложнения, противопоказания, полипрагмазия, дополнительная лекарственная интоксикационная нагрузка.

Эквивалентом медикаментозной терапии могут служить эфферентные методы детоксикации, к которым относится фотоаутогемотерапия (ФАГТ) и гидроклонолтерапия (ГКТ).

Механизм воздействия фотогемотерапии основан на том, что при облучении светом биологического объекта возникают эффекты, связанные с его