

Учащиеся с ограниченными возможностями здоровья и деструктивным поведением в общеобразовательной школе

Довольно часто приходится слышать от учителей, что некоторые дети трудно обучаемы, легковозбудимы, плаксивы или обидчивы. Недостаток у педагогов медицинских знаний и осведомленности в области основ возрастной психологии, неумение устанавливать контакт с детьми, налаживать эффективную коммуникацию в классе отрицательно сказываются на усвоении знаний школьниками, что, в свою очередь, может привести к формированию деструктивного поведения и развитию признаков школьной дезадаптации.

В процессе онтогенеза у ребенка следует учитывать не только общеизвестные возрастные кризисы и характерологические свойства личности, но и наличие сопутствующей соматической патологии.

К сожалению, в условиях массовой общеобразовательной организации имеется ряд трудностей, не позволяющих широко использовать индивидуальный подход к обучению и воспитанию ребенка, имеющего проблемы в развитии.

В настоящее время существуют определенные позитивные изменения, связанные с внедрением альтернативных форм обучения (очное, очно-заочное, заочное, семейное, самообразование и др.). При выборе альтернативной формы обучения увеличивается роль социально-психологической службы и психолого-медико-педагогического консилиума общеобразовательной школы. Именно от согласованной работы социальных педагогов, педагогов-психологов, учителей-предметников и медицинского персонала общеобразовательной организации зависит успех дальнейшего процесса социализации учащихся, имеющих ограниченные возможности здоровья и проявления деструктивного поведения.

Трудновоспитуемость существенно затрудняет овладение ребенком основной образовательной программой школы, в результате такие дети «выпадают» из процесса обучения. Подобного положения (при отсутствии грубых нарушений развития) можно избежать, оказав ребенку своевременную и адекватную его возможностям помощь. Для этого необходимо знать причины неуспеваемости, установить, какие из них действуют в конкретном случае, уметь устранять их или корригировать последствия.

К наиболее часто встречающимся психологическим проблемам у детей и подростков относятся акцентуации характера, расстройства личности (психопатии), невротические расстройства, а также психологические особенности развития детей с соматической патологией.

В этой связи для решения проблем в обучении, снижения числа обучающихся с соматической и психосоматической патологией требуется внедрять в целостный педагогический процесс общеобразовательной школы технологии инклюзии и дифференцированного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и деструктивными формами поведения, учитывать тип дизонтогенеза у конкретного ребенка.

Акцентуации характера у подростков. Акцентуация характера, по Е.А. Личко, это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психическом состоянии и поведении

человека, граничащие с нормой. Такие акцентуации, как временные состояния психики, чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте.

У подростков от типа акцентуации зависит многое – особенности транзиторных нарушений поведения («пубертатных кризов»), острых аффективных реакций и неврозов. Тип акцентуации также в значительной мере определяет отношение подростка к соматическим заболеваниям, особенно длительным. С типом акцентуации характера необходимо считаться при разработке реабилитационных программ для подростков. Тип акцентуации служит одним из главных ориентиров для медико-психологических рекомендаций, для советов в отношении будущей профессии и трудоустройства, что весьма существенно для социальной адаптации человека.

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, поэтому становится возможным наметить перспективы для психопрофилактики.

Существует две классификации типов акцентуаций – первая предложена К. Леонгардом (1968), а вторая - А.Е. Личко (1977) (таблица 1,2)¹:

Таблица 1

Акцентированные личности (по К. Леонгарду)			
Лабильный	Сверхподвижный	Эмотивный	Демонстративный
Сверхпунктуальный	Ригидно-аффективный	Неуправляемый	Интровертный
Слабовольный	Боязливый	Экстравертный	Неконцентрированный или неврастенический

Таблица 2

Акцентуации характера (по А.Е. Личко)			
Лабильный циклоид	Лабильный	Истероидный	Психастенический
Эпилептоидный	Шизоидный	Сенситивный	Конформный
Астено-невротический	Неустойчивый	Гипертимный	Циклоидный

Приведем краткую характеристику отдельных видов акцентуаций характера:

- 1) *лабильный* – неустойчивость настроения, повышенная ранимость;
- 2) *циклоидный* – склонность к резкой смене настроения в зависимости от внешней ситуации;
- 3) *астенический* – тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии;
- 4) *боязливый (сенситивный)* – робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, тенденция испытывать чувство неполноценности;
- 5) *психастенический* – высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям, тенденции к образованию ритуальных действий;

¹ Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983.

- 6) *шизоидный* – отгороженность, замкнутость, трудности в установлении контактов, эмоциональная уплощенность, недостаток интуиции в процессе общения;
- 7) *застревающий (параноидный)* – повышенная раздражительность, стойкость отрицательных аффектов, болезненная обидчивость, подозрительность, повышенное честолюбие;
- 8) *эпилептоидный* – недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность;
- 9) *демонстративный (истероидный)* – характеризуется эгоцентризмом, капризностью, интриганством, потребностью в признании, переоценке, стремлением казаться, а не быть, самовосхвалением, самооговорами, оговорами других, фантазиями, экстравагантным видом и поступками, жалостью к себе, необдуманностью поступков, отсутствием глубоких и искренних чувств;
- 10) *гипертимный* – постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности с тенденцией разбрасываться, а не доводить дело до конца, повышенная словоохотливость;
- 11) *дистимный* – преобладание пониженного настроения, чрезвычайная серьезность, ответственность, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни, склонность к депрессии, недостаточная активность;
- 12) *неустойчивый (экстравертированный)* – склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;
- 13) *конформный* – чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

Акцентуированная личность подростка в динамике. В развитии акцентуаций характера ученые выделяют две группы динамических изменений:

Первая группа - переходящие или транзиторные изменения (таблица 3):

Таблица 3

Острые аффективные реакции			
Интрапунитивные разряд аффекта путем аутоагрессии (высокий риск суицида, совершения безрассудных и немотивированных поступков)	Экстрапунитивные разряд аффекта путем агрессии на окружающих (нападение на обидчиков или «вымещение» злости на попавших под руку предметах)	Импунитивные разряд аффекта проявляется посредством бегства из аффектогенной ситуации	Демонстративные реакции разряд аффекта осуществляется путем перевода аффекта в спектакль (разыгрывание сцен суицида, истероидных реакций на ситуацию)

*Преходящие психоподобные нарушения поведения
(«пубертатные поведенческие кризы»)*

1. Деликвентное поведение – проступки и мелкие правонарушения, достигающие наказуемости в судебном порядке.
2. Токсикоманическое поведение – стремление получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманящих средств.
3. Побег из дома, бродяжничество.
4. Транзиторные сексуальные девиации (ранняя половая жизнь, подростковый гомосексуализм и др.).

Развитие на фоне акцентуаций характера разнообразных психогенных психических расстройств. При неблагоприятных психострессорных и психотравмирующих ситуациях на фоне акцентуаций характера могут возникнуть неврозы, реактивные депрессии и т.п. Происходит переход на качественно иной уровень – развитие болезни.

Вторая группа – стойкие изменения.

1. Латенизация акцентуированной черты. В процессе социализации и взросления происходит компенсация и сглаживание акцентуированной черты характера. Следует помнить, что при неблагоприятных условиях, нервно-психическом перенапряжении, в условиях стресса могут активизироваться акцентуированные черты характера.

2. Формирование психопатических черт характера. Иницирующими этиологическими факторами, которые запускают патогенетический механизм психопатических черт характера являются следующие:

а) наличие изначальной акцентуации характера;

б) длительное и интенсивное воздействие психотравмирующей ситуации и нервно-психического перенапряжения на наиболее слабое звено характера (индивидуально для каждой акцентуации характера);

в) совпадение психотравмирующей ситуации с критическим возрастом, характерным для той или иной акцентуации характера. Например, при шизоидной акцентуации – это возраст 4–8 лет, при психастении – начальная школа, при паранойяльной – за 40 лет, у большинства от 11 до 18 лет.

3. Трансформация типа акцентуации характера. В данном явлении следует учитывать то, что трансформации подвергаются только в сторону совместных типов. Явление трансформации может быть обусловлено рядом причин, которые можно разделить на два вида (таблица 4):

Таблица 4

Эндогенные причины	Экзогенные причины
присоединение соматической патологии с возрастом	нервно-психическое перенапряжение, длительная психотравматическая ситуация

Большим трансформирующим потенциалом, который влияет на дальнейшее течение акцентуации характера, оказывает неправильная модель воспитания ребенка, что становится особенно заметным в период пубертатного криза. Можно выделить следующие виды:

1. Гипопротекция, достигающая степени безнадзорности.

2. «Потворствующая» гипопротекция является результатом предоставления подростку заботиться о своем поведении самому, выгораживая его при проступках и правонарушениях.

3. Синдром гиперопеки или «тепличного воспитания».

4. Воспитание ребенка как «кумира семьи».

5. Эмоциональная холодность в отношениях с ребенком, достигающая степени отвержения.

6. Жесткое отношение к ребенку и подростку.

7. Условия повышенной моральной ответственности.

8. Воспитание в условиях культа болезней.

Симптоматология акцентуаций характера во многом сходна психопатиями, но все же существуют диагностические отличия (П.Б. Ганнушкин 1933 г.; О.В. Кербикова 1962 г.). При акцентуации характера может не быть ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальных его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Стоит отметить, что вышеуказанные симптомы бывают и при акцентуациях, и при психопатиях, но никогда не бывает совпадения по всем трем признакам психопатии сразу. Дифференцировать психопатию от акцентуации характера можно следующим образом:

1. при психопатиях декомпенсация может наступать при любых неблагоприятных условиях, психологических травмах и в самых разнообразных ситуациях, а также без видимых причин;
2. при акцентуациях декомпенсация наступает только при определенных видах психологических травм, нервно-психическом перенапряжении и адресуются только к «месту наименьшего сопротивления» для данного типа акцентуации характера, а иные трудности и проблемы не задевают этого «слабого звена»;
3. при психопатиях явления социальной дезадаптации, тотальность и относительная стабильность характера являются более стойкими и, значит, нарушают процесс жизнедеятельности человека.

Невротические расстройства у детей. От общего количества детей с нервно-психическими расстройствами больные неврозом составляют около половины. Наибольшее число больных неврозами встречается среди детей школьного возраста. Это число возрастает по мере приближения к завершению обучения. Невротических расстройств в 1,4 раза больше у мальчиков, чем у девочек.

Невроз – реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию. *Невроз* – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляющееся расстройством нервно-вегетативных функций, в связи с чем преобладает соматическая симптоматика. Психические изменения выражаются в простых эмоциональных нарушениях и в повышенной истощаемости психических функций. При неврозах патологические явления обратимы, по происхождению они связаны с конфликтной ситуацией.

Неврозы относятся к психогенным заболеваниям, причиной которых является психическая травма или психотравмирующая ситуация (таблица 5).

Под *психической травмой* чаще всего подразумевается интенсивное, но сравнительно кратковременное отрицательное внешнее воздействие, которое может

вызвать болезненные переживания, а также функциональные расстройства и расстройство деятельности внутренних органов.

Психотравмирующая ситуация - это продолжительная ситуация, при которой накапливаются многие отрицательные воздействия, каждое из которых само по себе не столь значительно, но их продолжительность и количество приводят к возникновению невроза.

Таблица 5

Неврозы детского возраста

Вид невроза	Причина возникновения	Тип акцентуации	Симптомы	Внутриличностный конфликт
Неврастения (астенический невроз)	Истощение нервной системы из-за чрезмерного, длительного психического и интеллектуального напряжения, связанного с отрицательными эмоциями	Лабильный, астенический, сенситивный	Повышенная раздражительность, возбудимость, быстрая утомляемость и истощаемость, повышенная реактивность, психомоторное беспокойство, аффективные вспышки	Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
Истерический невроз	Психическая травма, механизм «бегства в болезнь», выгода или желательность симптома	Демонстративный	Неспособность стоять при сохраненных движениях конечностей, параличи, гиперкинезы (непроизвольные движения), тремор (дрожание), припадки, приступы удушья, спазмы желудка, кишечника, мочевого пузыря, повторяющаяся рвота, обмороки, аффективные вспышки	Повышенная требовательность к окружающим и невозможность выполнить эти запросы
Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство, фобический невроз)	Эмоциональные потрясения	Астенический, психастенический (тревожно-мнительный)	Страхи устной речи, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей, острых предметов, покраснения, заражения, космических катастроф; навязчивое обкусывание ногтей, сосание пальцев, счет, различные	Противоречия между внутренними тенденциями, влечениями, желаниями и потребностями личности и долгом или нравственными принципами

Общие особенности неврозов у детей. Психика ребенка незрела и очень ранима, а отрицательных воздействий на нее происходит великое множество, начиная от мелких огорчений и обид и заканчивая тяжелыми личностными потрясениями и трагедиями. Помимо отрицательных личностных переживаний, на психику ребенка негативное воздействие оказывает непрерывный, стремительно возрастающий поток информации. Требования, предъявляемые к нему современным образованием, очень высоки, и он должен соответствовать им. Соответственно, условий для возникновения неврозов в настоящее время стало значительно больше, чем несколько лет назад.

Как правило, детские неврозы отличаются моносимптомностью, при них чаще всего поражаются ослабленные болезнями или недостаточно сформировавшиеся органы и системы. В клинической картине большое место занимают сомато-вегетативные проявления, различные формы нарушения поведения, при которых нарушается пищевое и самозащитное поведение.

В раннем детском возрасте преобладает соматовегетативная симптоматика, которая, как правило, возникает в 6-7 месяцев. Дети становятся плаксивыми, пугливыми, не отпускают от себя мать, боятся новых лиц и игрушек, страдают нарушениями сна, расстройствами функций желудочно-кишечного тракта, отличаются крайней утомляемостью и склонностью к реакциям протеста.

В период первого возрастного кризиса (в 2-4 года) уже появляются нарушения поведения, среди которых преобладают активные (вспышки возбуждения, агрессия) и пассивные (энурез, энкопрез, анорексия, запор, мутизм) реакции протеста.

Во время второго возрастного кризиса (6-8 лет) невротические расстройства становятся разнообразнее, и среди них могут быть уже системные неврозы: энурез, заикание, тики, так называемые школьные неврозы (страх посещения школы и в связи с этим рвоты, анорексия, головные боли и т.д.), трудности в поведении (непослушание, склонность к дракам).

В препубертатном возрасте реакции протеста приобретают черты сверхценных образований, например, уходы из дома.

В период полового созревания наблюдаются не соматовегетативные реакции, а ипохондрические состояния, повышенная склонность к возникновению страхов разного содержания (особенно страх физических недостатков), необоснованная смена настроения, повышенная агрессивность, чрезмерная чувствительность.

Для успешного лечения невроза нужно знать не только личность ребенка, но и систему воспитания. Достаточно часто в семьях детей с невротическими расстройствами применяется неадекватное воспитание. Под неадекватным подразумевается воспитание, не учитывающее психическое и личностное своеобразие детей, воспитание, всегда идущее по одному трафарету, шаблону. При таком воспитании дети испытывают состояние личностной депривации, понимаемой как недостаточность или неудовлетворенность в существенных для них потребностях и прежде всего:

- 1) в индивидуально-адекватной эмоциональной заботе и любви;
- 2) в самораскрытии, проявлении своего я;
- 3) в эмоциональном и двигательном самовыражении.

Важно отметить, что имеет значение не столько факт не удовлетворения потребностей, сколько отношение к этому членов семьи, часто носящее яркий,

аффективный характер. Чем больше выражена степень противоречивости, непоследовательности, неадекватности в отношении к ребенку со стороны членов семьи, тем более напряженной и неустойчивой становится его внутренняя позиция. Это является существенным фактором, приводящим к перенапряжению нервных процессов и невротическому срыву под влиянием иногда даже незначительных добавочных психотравм и соматической ослабленности. Причиной перенапряжения является мучительное противоречивое отношение ребенка к психотравмирующему для него воспитательному подходу родителей. Противоречивое отношение ребенка составляет его основное конфликтное переживание. В то же время он, как правило, не проявляет со своей стороны негативного отношения и активного протеста к личности родителей (ввиду предшествующего усвоения социализированных норм поведения и общего отношения принятия со стороны родителей), одновременно страдает и не находит выхода от несоответствующего в чем-то воспитательного подхода родителей.

В проведенных исследованиях семей отмечаются наиболее характерные черты патогенных аномалий воспитательного подхода:

1) низкая сплоченность и разногласия между членами семьи по вопросам воспитания и связанная с этим аффективная напряженность и неустойчивость в воспитании детей;

2) высокая степень противоречивости, непоследовательности, неадекватности;

3) чрезмерно выраженная степень опеки и регламентации по отношению к каким-либо определенным сферам жизнедеятельности детей;

4) повышенная стимуляция возможностей детей и связанное с этим частое применение угроз и моральных осуждений, несмотря на позитивное отношение к детям.

Поэтому при работе с детьми, имеющими невротические проявления, необходимо учитывать не только личность ребенка, но и его семейную ситуацию. Мишенью воздействия психологической коррекции, помимо внутрличностного конфликта, должны стать отношения в семье и стиль воспитания ребенка.

В литературе существуют различные точки зрения на характер и методы оказания психологической помощи семье с невротическим состоянием у детей. Семейная психотерапия рассматривается не как специальный метод лечения, а как необходимое звено в общей психотерапии. Наиболее эффективными являются специальные программы с семьей, включающие в себя не только психокоррекционные занятия с ребенком, но также педагогическое и социальное воздействие.

Использование технологий дифференциации и индивидуализации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и деструктивными формами поведения в условиях общеобразовательной школы

Современная педагогика общего образования обладает обширным арсеналом приемов и методов дифференциации и индивидуализации процесса обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и деструктивными формами поведения в самой образовательной организации без изменения условий и форм его обучения.

Применение вышеуказанных технологий позволяет, при условии их эффективного использования добиться очень хороших результатов обученности и социализированности «особых» обучающихся. В данной статье рассмотрим лишь некоторые технологии дифференциации и индивидуализации обучения.

1. Использование технологий надомного обучения.

Применяется при условии наличия медицинского заключения врачебной комиссии и наличии медицинских оснований на вышеуказанную форму обучения.

При этом общеобразовательная организация вправе, с целью социализации ребенка, находящегося на надомной форме обучения, приглашать его на внеклассные и досуговые мероприятия, привлекать его к экскурсионным поездкам в случае отсутствия противопоказаний для участия в культурно-массовых мероприятиях.

2. Применение технологий неполного перехода на надомную форму обучения.

Используются среди обучающихся, имеющих признаки минимальной мозговой дисфункции, среди часто болеющих, детей с признаками дефицита внимания и гиперактивности, признаками повышенной утомляемости на фоне соматических заболеваний и др. Реализация данного вида дифференциации образовательного маршрута для ребенка может быть выражена в форме предоставления дополнительного выходного дня в течение учебной недели или снижения учебной нагрузки на 1-2 урока в день в течение учебной недели. Применение такой технологии у детей с признаками синдрома дефицита внимания и гиперактивности, повышенной утомляемостью позволяет снизить степень выраженности утомления, проявления признаков раздражительности, агрессивности и привести к гармонизации процесса школьной адаптации, улучшить академическую успеваемость и сформировать мотивационный компонент к обучению.

3. Технология дозированных домашних заданий.

Помогает снизить внеаудиторную нагрузку на обучающихся с признаками школьной дезадаптации, ограниченными возможностями здоровья, деструктивными формами поведения, что сохраняет мотивационную основу к дальнейшему обучению, снизить степень эмоционально-волевых проявлений школьной неуспешности (высокий уровень тревожности, агрессивность, повышенный уровень психоэмоционального утомления и др.).

4. Замена системы устного опроса на письменные формы опроса, в том числе с использованием тестовых форм.

5. Использование индивидуальных карточек-заданий с опорой на минимум содержания по предметам или тестовых форм опроса.

6. Использование реферативной формы сдачи учебного материала обучающимся.

7. Применение технологии индивидуального опроса обучающихся во внеурочное время (во время перемен, после уроков).

Применяется для детей с нарушениями коммуникативных взаимоотношений (дети с детским аутизмом, логоневрозом, неврозами, задержкой психического и речевого развития, специфическими расстройствами развития школьных навыков по типу дисграфии, дискалькулии и дислексии, акцентуациями и психопатиями характера, замкнутые и гонимые обучающиеся и др.). Реализация вышеуказанной технологии позволяет индивидуализировать процесс опроса обучающегося без стимулирования процессов нарушения школьной адаптации и нарастания эмоционально-волевых нарушений.

8. Применение технологии минимизации объема домашних заданий на каникулярный и праздничный период для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и деструктивными формами поведения.

Данная технология наиболее часто применяется среди обучающихся с задержками психического и речевого развития, минимальной мозговой дисфункцией, психопатиями и акцентуациями характера, детским аутизмом, синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Минимизация объемов внеаудиторной нагрузки позволяет обучающимся восстановиться за каникулярный период, снизить степень существующих эмоционально-волевых и коммуникативных нарушений, сохранить ту или иную степень проявления мотивации к обучению.

9. Применение технологий сюжетно-ролевой игры и сказок.

Наиболее актуальным периодом использования вышеуказанной технологии является период начального этапа обучения школьника (1-2 классы). Использование сюжетно-ролевой игры и сказок позволяет первоклассникам и второклассникам сформировать мотивационный компонент к обучению.

10. Применение технологий дистанционного обучения.

11. Использование компьютерных технологий для детей с нарушениями коммуникации.

12. Создание специализированных условий для обучения.

Технологии дистанционного обучения могут применяться среди обучающихся, находящихся на длительном лечении, детей-инвалидов, имеющих трудности в передвижении (дети с ДЦП, полиомиелитом, прогрессирующей миастенией и др.). Одними из главных противопоказаний для обучения ребенка с использованием технологий дистанционного обучения является снижение интеллекта, а также выраженный дефицит зрительного анализатора.

Под специализированными условиями для обучения понимаются условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Могут применяться в общеобразовательных организациях с целью индивидуализации и дифференциации обучения ребенка с теми или иными типами дизотогенеза (дети с детским церебральным параличом, последствиям черепно-мозговых травм, полиомиелитом, миастенией, дефицитарности органов слуха и зрения и др.). К вышеназванным специализированным условиям относятся такие, как увеличенный шрифт учебников, использование звукоусиливающей аппаратуры, обустройство рабочего места учащегося – ограничители, вертикализаторы, тьютора, поддерживающие устройства, средства безбарьерной среды, расширенные дверные проемы, специально обустроенные туалеты, игровые и комнаты отдыха и многое др.

13. Использование психологических и дефектолого-логопедических технологий в обучении.

14. Применение физкультминуток с пространственно-координационными пробами, элементами зрительной гимнастики.

Использование психологических приемов активизации познавательной активности учащихся на уроке, элементов тренировки внимания и памяти, мышления, приемов логопедической и дефектологической коррекции дисграфии, дислексии и дискалькулии особенно показано среди обучающихся начальной школы с парциальным дефицитом формирования базовых высших психических функций,

синдромом дефицита внимания и гиперактивности, задержками психического и речевого развития, общим недоразвитием речи. Умелое применение подобранного набора психологических, логопедических и дефектологических упражнений позволяет скомпенсировать многочисленные проблемы у обучающихся уже за период обучения в начальной школе и не допустить формирования социально-педагогической запущенности и десоциализации у учащихся.