



***Подготовка граждан, желающих принять на  
воспитание в свою семью ребенка с  
ограниченными возможностями здоровья,  
оставшегося без попечения родителей***

Дополнительный блок к Программе подготовки граждан, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей.



## Содержание

<b>Глава 1. Особенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья. Часто встречающиеся нарушения развития: генетические, врожденные, приобретенные заболевания .....</b>	<b>3</b>
<b>Глава 2. Дети, оставленные родителями в связи с выявлением заболеваний и синдромов. Особенности содержания детей в организациях для детей с ОВЗ. Влияние пребывания ребенка в учреждении на его поведение, умственное и физическое развитие .....</b>	<b>6</b>
<b>Глава 3. Важные характеристики принимающей семьи как семейной системы, необходимые для успешного воспитания, развития и реабилитации детей с ОВЗ. Требуемые ресурсы семьи.....</b>	<b>7</b>
<b>4. Образование и обучение. Виды специального (коррекционного) обучения. Школа, взаимодействие родителей, администрации и педагогами образовательного учреждения.....</b>	<b>11</b>
<b><i>Приложение 1</i> Разновидности нарушения развития у детей с ОВЗ.....</b>	<b>20</b>
<b><i>Приложение 2</i> Памятка для родителей по воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья .....</b>	<b>22</b>
<b><i>Приложение 3</i> Рекомендации для родителей. Этапы построения домашней программы специального обучения и стимулирования детей с особыми потребностями.....</b>	<b>23</b>
<b><i>Приложение 4</i> Модели семейного воспитания родителей, принявших на воспитание в семью детей с ОВЗ.....</b>	<b>24</b>
<b><i>Литература</i> .....</b>	<b>25</b>

## **1. Особенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья. Часто встречающиеся нарушения развития: генетические, врожденные, приобретенные заболевания**

**Дети — сироты с ОВЗ**, инвалидностью имеют особые потребности в семейном жизнеустройстве. Они относятся к категории «особых» детей, имеющих различные по степени сложности и характеру отклонения в психическом или физическом развитии - нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, процессов коммуникации, расстройства моторно - двигательной сферы. Ограничение психофизических возможностей не является чисто количественным фактором. Это системное изменение всей личности в целом (Иванова В.С., 2012). Категория детей с ОВЗ включает в себя детей с установленной инвалидностью и детей, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий.

**Ребенок — инвалид** - это ребенок, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость социальной защиты.

Выделяют внешние и внутренние **факторы**, которые влияют на появление патологии.

### **Внутренние факторы:**

- эмбриональные (до родов), обусловленные заболеванием матери, нервным напряжением, травматизмом либо наследственными факторами;
- натальные (во время родов), произошедшие в результате осложненных либо слишком стремительных родов, некавалифицированной помощи медицинских работников;
- постнатальные (послеродовые), полученные впоследствии травмы.

К **внешним** факторам относятся причины социального либо биологического типа: неблагоприятная экологическая обстановка; курение; алкогольная либо наркотическая зависимость родителей; серьезные инфекционные заболевания.

По группам функциональных нарушений у детей с ОВЗ выделяют следующие группы нарушений:

- неслышащие и слабослышащие дети;
- незрячие и слабовидящие;
- дети, имеющих тяжелые нарушения речи;

— дети с патологией опорно-двигательного аппарата и детским церебральным параличом (ДЦП)

— дети с задержкой психического развития (ЗПР и ЗППР).

— дети, имеющие интеллектуальную недостаточность (умственную отсталость) и с расстройством аутистического спектра (РАС).

Существует убеждение, что основной причиной отклонений в поведении детей-сирот и других нарушений (например, при формировании зависимостей) лежит **наследственность**. Наследственных болезней не так много и, как правило, в их основе лежат мутации: хромосомные, генные и митохондриальные. Некоторые наследственные заболевания являются врождёнными. Врождённые наследственные болезни следует отличать от пороков развития, вызванных, например, инфекцией (сифилис или токсоплазмоз) или воздействием иных повреждающих факторов на плод во время беременности.

**Наследственные болезни** – возникновение нарушений в хромосомном наборе (хромосомные болезни) или в каком-либо гене (генные болезни). Это могут быть болезни нервной системы, психические, эндокринные, костные, кожные, болезни крови и т.д. Наследственность играет свою роль в происхождении глухоты, слепоты, умственной отсталости. При многих генных болезнях одновременно страдает несколько органов, а при хромосомных такое происходит в большинстве случаев.

Хромосомные заболевания возникают независимо от образа жизни родителей, ни от их болезней, ни от социального статуса.

Носителем наследственной информации является вещество - дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК). Наследственная (генетическая) информация находится в ДНК в закодированном виде. ДНК-это вещество, которое хранит тайну о нашем организме. Можно представить, что ДНК – это длинный состав, в котором много вагонов. В молекулах ДНК вагоны идут в разной последовательности – это и есть шифр, генетический код.

Участки ДНК, отвечающие за образование того или иного белка, называются гены. От свойств белка зависят те или иные признаки клеток, органов, систем органов, в работе которых участвует данный белок. Итак, мы получаем следующую цепочку: ген-белок-признак.

Следовательно, что-то не так с вагоном (дефектный, не тот, который должен быть), то и ген изменен, и белок будет другой и признак изменен. Поэтому, при изменении набора генов в клетках появляются какие-то «аномальные» признаки и свойства у клеток, органов, систем органов и организма в целом. В этом и заключается суть генных болезней.

В организме человека около 35 тыс. генов. Совокупность всех человеческих генов называется геном человека. Набор тех или иных вариантов генов у каждого конкретного человека – генотип. Например, гены, отвечающие за пигмент, находящийся в радужке глаз, есть у всех людей, а виды этих генов могут отличаться, поэтому у нас цвет глаз разный.

Каждый ген имеет определенную программу своей работы. Несмотря на то, что в каждой клетке присутствуют все гены, они по-разному действуют в клетках разных органов, в разное время «включаются» и «выключаются»: некоторые активны лишь во внутриутробном периоде, другие начинают работу во время полового созревания, третьи активнее в период старения и т.д.

Большая часть ДНК находится в ядре клетки. ДНК в ядре клетки находится не в свободном виде, а связана с белками и называется хроматин. Когда клетка готовится к делению, хроматин укорачивается, уплотняется, спирализуется и называется теперь хромосомы. Набор хромосом клеток конкретного вида называется кариотип. Кариотип человека 46 хромосом или 23 пары, так как половина нам досталась от мамы, половина от папы. 44 хромосомы неполовые и 2 половые хромосомы, участвующие в определении пола. У мужчин это ХУ хромосомы, у женщин ХХ. Если у человека хромосом больше или меньше, чем 46 или хромосомы изменены, то возникают аномалии развития, которые называются хромосомные болезни. Итак, мы получили ещё одну связь: ДНК-гены-хромосомы.

**Хромосомных болезней** известно около двух десятков. Наиболее часто встречающиеся - это Синдром Дауна, Синдром Клайнфелтера, Синдром Мартина-Белла, Синдром Шерешевского-Тернера. Обратите внимание, что хромосомные болезни, даже самые распространенные - это редкое явление.

Заблуждения о наследственных заболеваниях

1. Наследственных заболеваний много, и их число сильно увеличивается год от года;
2. Все наследственные болезни неизлечимы;
3. Наследственные и врожденные болезни - одно и то же;
4. Наследственные болезни всегда семейные;
5. Существует плохая наследственность в целом.

Механизмы многих заболеваний становятся понятны именно с развитием генетики, что совсем не означает увеличение числа наследственных заболеваний.

Наследственные болезни неодинаковы по тяжести и течению: как известно, среди них много тяжелых, плохо поддающихся лечению заболеваний, но бытующее мнение, что все наследственные болезни неизлечимы, — заблуждение.

Нередко путают наследственные и врожденные болезни. Это не одно и то же. Далеко не все наследственные болезни — врожденные, и, наоборот, не все врожденные — наследственные; в качестве примера можно привести врожденные инфекции. Наследственные болезни начинаются в разном возрасте: большинство с рождения или в детстве, многие — в юности, а некоторые — во взрослом и даже пожилом возрасте. Это в основном зависит от «программы» работы каждого гена, о чем мы уже говорили. Впрочем, иногда отсроченное начало — кажущееся, просто некоторые признаки до поры до времени незаметны: например, умственная отсталость может

проявиться, когда ребенку пора заговорить и даже позже, а нарушения полового развития — в юности.

Порой считают, что наследственная болезнь — всегда семейная, то есть должна быть и у родственников больного. Очень часто наследственной болезнью страдает лишь один член семьи, а многие наследственные болезни вообще не бывают семейными.

Абсолютно неверно бытующее порой представление о «вообще плохой наследственности». Наличие какой-либо одной наследственной болезни не повышает риска других, другое дело, что по мере течения болезни могут появляться какие-то новые ее симптомы.

Для оценки влияния наследственности и среды на психологические свойства человека ученые сравнивают людей, имеющих различную степень генетической общности (монозиготных и дизиготных близнецов, родных и сводных братьев и сестер, детей и их биологических и приемных родителей). Всех родителей волнует наследование умственных способностей, черт характера, склонностей. Согласно современным научным исследованиям, генетические факторы играют значительную роль в формировании психологических свойств личности человека.

Вклад генетических различий в разнообразие людей по психологическим свойствам отражает показатель, называемый "коэффициент наследуемости". Высокие значения коэффициента наследуемости означают, что даже при одинаковом воспитании дети будут отличаться друг от друга в силу своих наследственных особенностей.

## **2. Дети, оставленные родителями в связи с выявлением заболеваний и синдромов. Особенности содержания детей в организациях для детей с ОВЗ. Влияние пребывания ребенка в учреждении на его поведение, умственное и физическое развитие**

Отказ от ребенка — это не всегда добровольное решение матери, часто вынужденный выбор женщины, на который она идет из-за комплекса причин — экономических, социальных и психологических.

Для психики матери рождение ребенка-инвалида сравнимо со смертью ребенка. Это связано с разрушением ожидания женщины, касающегося ее будущей жизни, отсутствием знаний об особенностях развития детей с нарушениями и неосведомленностью о льготах и возможностях социального сопровождения. На данном этапе важно получить поддержку от ближайшего окружения и специалистов учреждений.

В течение 6 месяцев женщина, отказавшаяся от ребенка в роддоме, может изменить свое решение и забрать ребенка. Если она этого не сделала, то ребенка могут отдать в другую семью на воспитание или усыновление. Любой из членов семьи биологической матери может оформить опеку над отказным новорожденным ребенком.

Дети-сироты с ОВЗ уже к моменту поступления в интернатное учреждение имеют различные отклонения от нормы в своем психическом и физическом развитии, это обусловлено как биологическими факторами (повреждение генетического аппарата, родовые травмы, асфиксии, бытовые травмы и болезни), так и социальными (плохое питание, неустроенность быта) и педагогическими (серьезные недостатки, ошибки, просчеты воспитания в семье, дошкольных учреждениях).

В результате, попав в интернатное учреждение, дети начинают испытывать серьезные трудности в адаптации к его условиям. Низкая адаптация обуславливает негативные поведенческие реакции, приводит к дезадаптации. Она может проявляться в формировании патологических черт характера; устойчивых стереотипов отклоняющегося и асоциального поведения; в деформации системы отношений данного несовершеннолетнего с окружающими его людьми.

Воспитание ребенка раннего возраста в детском учреждении приводит к тяжелым последствиям. Отсутствие материнской любви и тепла приводит к социально-психологической депривации, что проявляется в сужении круга неформального общения, узости интересов, замкнутости, неумении построить правильные отношения с другими людьми, агрессивности, а подчас ведет к психическим нарушениям. Самая трудно поддающаяся коррекции черта личности таких детей – нарушение доверия к окружающему миру.

Низкий уровень социальной компетентности в большей степени свойственен воспитанникам с ОВЗ, который впоследствии нарушает процесс адаптации их в обществе, снижает уровень возможности усвоения принятой системы ценностей, норм, знаний и представлений.

Поэтому, выпускники школ-интернатов зачастую попадают в весьма трудные жизненные обстоятельства. Перед ними возникают множество жизненных вопросов – бытовых, экономических, образовательно-профессиональных и социальных.

В образовательных организациях не удастся обеспечить полноценное психическое развитие детей-сирот данной категории, так как:

- 1) дети приходят в образовательные организации с нарушением развития;
- 2) отсутствуют эффективные технологии воспитания детей-сирот;
- 3) не имеется достаточного числа специально подготовленных специалистов для работы с сиротами (воспитателей, психологов, социальных работников).

Чтобы ребёнок комфортно себя чувствовал в эмоциональном плане, необходимы социальные условия, которые определяют его быт, его физическое здоровье, характер его общения с окружающими людьми, его личные успехи.

Когда ребенок воспитывается в семье, он гармонично адаптируется в обществе, учится соизмерять свои потребности с возможностями,



обслуживать себя, заботиться о близких. В школе-интернате у детей ограничены контакты с внешним миром.

### **3. Важные характеристики принимающей семьи как семейной системы, необходимые для успешного воспитания, развития и реабилитации детей с ОВЗ. Требуемые ресурсы семьи**

Лучшим местом для ребенка с ОВЗ (инвалидностью) является семья, поэтому государство должно найти формы и механизмы стимулирования активности семей (биологических, замещающих) и способствовать тому, чтобы эти дети воспитывались в семьях.

Замещающая семья для ребенка с ОВЗ должна стать реабилитационной средой, обеспечивающей условия его оптимального развития.

Важнейшей задачей семейного жизнеустройства детей-сирот с ментальной инвалидностью является развитие у них дееспособности, возможности с различной степенью самостоятельности заботиться о себе после выхода из замещающей семьи.

Эффективное семейное устройство детей-сирот с ОВЗ, инвалидностью оказывает позитивное влияние на их развитие, так как:

- инициирует «скачок» в развитии ребенка;
- удовлетворяет потребности детей в стимулирующей развитие обстановке на сенсорном, когнитивном, эмоциональном, социальном уровнях;
- формирует адекватное отношение к своему состоянию;
- дает возможность для жизненного выбора, расширяет границы его жизнедеятельности, самостоятельности, ориентирует на развитие и социализацию;
- формирует адекватные представления о себе как о личности, ориентированной на развитие и социальные достижения;
- формирует идентификацию и идентичность.

Осознанное отношение родителей к болезни предполагает понимание необходимости лечения и всесторонней реабилитации ребенка. Оно также во многом зависит от умело выстроенного, высокопрофессионального общения специалистов с ними. У родителей, имеющих недостаточные знания, может возникнуть психологический феномен сопротивления болезни, который выражается либо в полном отказе от обращения за медицинской помощью, либо во внезапном прекращении начатого лечения.

Понятие «Внутренняя картина болезни» было введено А. Лурией в 1977 году. Оно является наиболее общим и интегративным определением возникающего у ребенка-инвалида и его родителей (законных представителей) целостного образа заболевания.

Выделяются следующие нарушения родительской внутренней картины болезни и инвалидности ребенка (Иванова В.С., 2012г.):

- семья тяготеет к заболеванием ребенка;

- преувеличение тяжести заболевания;
- недооценка заболевания;
- восприятие ребенка как здорового;
- формальное.

Для замещающих родителей свойственны:

- ✓ недооценка заболевания (1-е место в структуре нарушений),
- ✓ восприятие ребенка как здорового (2-е место в структуре нарушений),
- ✓ формальное (3-е место в структуре нарушений).

По данным исследования Ивановой В.С. (2012г.), восприятие ребенка с ОВЗ как здорового является «патогенным», т. к. ребенок не может соответствовать общепринятым стандартам. Это не позволяет учитывать его «собственные интересы и склонности, обрекая на установление сниженного уровня притязаний и ожиданий, на неуспех, потерю самоуважения и «путаницу» в самоопределении».

### **Нарушения воспитательной позиции родителя в отношении ребенка с ОВЗ**

**Нарушения воспитания приемного ребенка** по типу чрезмерной опеки, игнорирование его возможностей и потребностей в активной самостоятельной деятельности нередко способствует еще большей инвалидизации ребенка. Родительские установки замещающих матерей противоречивы. С одной стороны, мать может излишне опекать ребенка, проявлять о нем чрезмерную заботу, стремиться обеспечить ему безопасность, с другой - испытывать раздражение по поводу ребенка, его внешнего вида или поведения. В отличие от кровных замещающие родители, воспитывающие детей-сирот с ОВЗ, придают большее значение нарушениям поведения ребенка.

**Противоречивость ожиданий родителя от ребенка.** С одной стороны, замещающие родители ждут от него взросления и самостоятельности, с другой, способствуют его зависимости и инфантилизации. Неадекватность ожиданий от ребенка может выступать фактором, способствующим эмоциональным нарушениям или препятствующим их коррекции у детей.

**Изменения аспектов семейной системы.** Нарушения структуры семейной системы: низкая сплоченность, хаотичность или чрезмерная жесткость внешних и внутренних границ семейной системы; хаотичность или жесткость иерархии;

**Динамические характеристики семейной системы:** трудности в приспособлении к текущим требованиям жизни и развития семьи, недостаточный обмен информацией в семье, неадекватность выражения чувств, недостаточная взаимная забота, трудности в удовлетворении эмоциональных потребностей членов семьи, проблемы в организации

автономной жизни, уровень конфликтности в семье, инверсия воспитательных ролей родителей.

**Нарушения межличностных отношений** у приемных детей с ОВЗ, инвалидностью могут проявляться в нарушениях во взаимодействии с членами семьи, трудностях в социальной адаптации и контроле своего поведения, а также в высоком уровне конфликтности и неумении сотрудничать. Семейную ситуацию они зачастую воспринимают как конфликтную, а отношения в семье как напряженные, недостаточно сплоченные и теплые. Подопечные склонны конкурировать с кровными детьми замещающих родителей.

Семьи при приеме детей-сирот с ОВЗ, инвалидностью переживают «особые критические состояния», обусловленные:

- эмоциональным привыканием членов семьи к особенностям внешнего вида, поведения ребенка с ОВЗ, инвалидностью;
- включением ребенка в систему образования (образовательное пространство), обеспечением его доступа в образовательную организацию, интеграцией в образовательный процесс; переживанием реакций сверстников на нарушения развития ребенка;
- возникновением проблем, связанных с нарушением взаимоотношений со сверстниками (возможной изоляцией);
- планированием общей занятости ребенка в подростковом возрасте;
- окончанием периода опеки, когда нужно решать проблему его «выпуска» из замещающей семьи, принимать решение о дальнейшем месте проживания повзрослевшего ребенка, когда семья переживает дефицит возможностей для его социализации.

Дети переживают кризисные состояния, обусловленные неадекватными стратегиями совладания с болезнью (инвалидностью), которые формируются к подростковому возрасту, и характеризуются:

- уходом в фантазии - эффект отрицания болезни, когда подросток выстраивает фантазийный мир, в котором дефект отсутствует. В результате он оказывается закрыт для общения. При попытке эти психологические барьеры разрушить или смягчить возникает реакция агрессии в отношении специалиста или матери, которые делают попытки проникнуть в этот фантазийный мир;
- самоизоляцией, ипохондрической фиксацией и депрессией у подростков вследствие ограничений, связанных с состоянием организма и фрустрацией в общении. Как реакция на эту депривацию в системе общения могут возникнуть выраженные, нередко тяжелые эмоциональные переживания у подростка: вторичная аутизация как реакция на особую, трудную для него ситуацию («Я изолирован, но и сам так хочу - проявляется негативизм к другим людям»), повышение уровня агрессивности, а также аутоагрессии, которая может закончиться попытками суицида или завершённым суицидом. Подростки с ОВЗ, инвалидностью нередко переживают чувство «остановленности жизни, ее прерванности».

Данные факторы снижают ресурсность семьи в воспитании ребенка-сироты с ОВЗ, инвалидностью.

Ресурсная семья для воспитания ребенка-сироты с ОВЗ, инвалидностью характеризуется:

1. Наличием в семье кровного, приемного ребенка с ОВЗ, ребенка-инвалида с аналогичным заболеванием;
2. Наличием в детском опыте матери отношений с сиблингом с ОВЗ, инвалидностью;
3. Стабильностью семейных отношений, согласованностью воспитательных воздействий у родителей;
4. Стабильностью, хорошо продуманной организацией жизни и быта;
5. Высоким уровнем самоорганизации родителей;
6. Наличием хорошо организованной социально – поддерживающей сети.

Мишенями сопровождения семей с детьми-сиротами с ОВЗ, инвалидностью становятся препятствия на пути эффективной интеграции ребенка (детей) в семью. К ним относятся следующие факторы (выделено на основании результатов исследования).

- Трудности формирования, нарушения детско-родительских отношений:
  - недостаточность взаимопонимания, взаимоприятия, сотрудничества, дистанцированность в общении с детьми;
  - недостаток родительского авторитета и эмоциональной близости с приемным ребенком, трудности в отношениях приемных детей с другими членами семьи;
  - недостаток согласия в супружеской подсистеме; непоследовательность в воспитании: выражение недовольства детьми сменяется потворствованием в удовлетворении их потребностей;
  - конфликты с детьми на основании несогласованности оценок опекунов и детей к предъявляемым требованиям (опекуны оценивают свои требования как низкие, дети как чрезмерно высокие); Неадекватное отношение у замещающих родителей к ограничениям возможности здоровья, болезни, инвалидности ребенка:
  - Недооценивание родителями серьезности состояния здоровья ребенка с ОВЗ, инвалидностью, недостаточное понимание необходимости оказания специализированной помощи, неадекватное восприятие внутренней картины болезни и инвалидности ребенка.

#### **4. Образование и обучение. Виды специального (коррекционного обучения). Школа, взаимодействие родителей, администрации и педагогов образовательного учреждения**

Дошкольное и школьное образование – это фундаментальный этап в развитии психики, личностных качеств и социальной природы человека.

Дети, имеющие ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), с трудом осваивают стандартную школьную программу – они отстают от сверстников, им нужно больше времени на выполнение внеклассных заданий и на запоминание пройденного учебного материала.

Ограниченные возможности здоровья детей дошкольного возраста – не редкость, и, если дошкольник имеет тяжелый диагноз, родители обязаны в кратчайшие сроки подобрать для него подходящее учебное заведение.

Существуют **детские сады компенсирующей направленности**, где дети проходят адаптацию к обществу и подготовку к обучению в школе. Направить дошкольника с ограниченными возможностями здоровья в муниципальный детский сад, даже в группы кратковременного содержания, можно только с разрешения медицинской комиссии (окружной ПМПК).

Детский сад компенсирующего (коррекционного) вида— это образовательное учреждение для детей дошкольного возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), в котором созданы условия для всестороннего развития, лечения и коррекции таких детей. Отличительной особенностью компенсирующих садов является то, что помимо воспитателей с детьми работают педагоги-дефектологи, медицинские работники соответствующего профиля, детские психологи. Количество детей в группах таких садов, как правило, не превышает 10-16 человек, что позволяет уделить внимание каждому ребенку в необходимом объеме. Поскольку количество мест в группах компенсирующего вида ограничено, это привело к тому, что дети вынуждены стоять в очереди для получения места достаточно длительное время, а в логопедических садах и группах иногда наблюдается переполнение. Регулярность занятий в специальных группах, объединяющих детей с равным уровнем развития и схожими отклонениями, позволяет целенаправленно и углубленно проводить коррекцию дефектов, дисциплинирует детей, дает позитивные результаты в подготовке к обучению в школе.

Практически во всех коррекционных садах проводятся занятия с родителями, помогающие им лучше понять проблемы своего ребёнка с ОВЗ и создать дома благоприятные условия. Приём детей в коррекционные сады осуществляется только по направлению, выданному на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

Виды коррекционных детских садов Виды коррекционных детских садов раньше определялись категориями воспитанников (неслышащие и слабослышащие дети, незрячие и слабовидящие, дети, имеющих тяжелые нарушения речи и т.д.). Сейчас все чаще встречаются сады комбинированного вида, где в здании одного детского сада могут быть общеобразовательные группы и группы компенсирующей направленности.

В компенсирующие детские сады для глухих и слабослышащих детей прием осуществляется по направлениям ПМПК с 1,6 до 7 лет в младшие, средние, старшие и подготовительные группы со щадящим режимом или круглосуточного пребывания. Основные коррекционные занятия проводятся

дефектологом-сурдопедагогом (развитие речи, слуховое восприятие, обучение звукопроизношению, помощь в использовании слуховых аппаратов), логопедом, психологом. Воспитатели и другие специалисты проводят занятия по музыке, физическому, художественно-эстетическому воспитанию, ознакомлению с окружающим миром. Дети находятся под постоянным наблюдением врачей соответствующего профиля.

Компенсирующие сады для детей с нарушением зрения оснащены специальным оборудованием и пособиями для незрячих и слабовидящих детей (шрифт Брайля, оптические, технические средства, аудиобиблиотеки, рельефный наглядный материал). Поскольку нарушение зрения влияет и на развитие устной и письменной речи, создающее трудности в общении и в дальнейшем получении общего образования, кроме воспитателей с детьми работают дефектологи-тифлопедагоги, врачи (офтальмолог, психоневролог и педиатр), логопеды, музыкальный работник и другие специалисты. Щадящий режим даёт возможность для восстановления зрения.

Детские сады для детей с нарушениями речи, логопедические сады. Основным инструментом общения людей является речь, а количество детей, имеющих речевые проблемы, с каждым годом растёт, поэтому практически в каждом дошкольном учреждении работает логопед. Но есть также логопедические группы в садах комбинированного вида, логопункты в компенсирующих садах и логопедические сады.

Логопедическая группа в садах комбинированного вида (старшая и подготовительная) предназначена для обучения детей с незначительными, поддающимися коррекции, нарушениями речи. Посещение такой группы может быть рекомендовано ПМПК с 4 лет (иногда – с 3 лет). В этом возрасте дети начинают осознавать свою речь, а специалисты диагностируют нарушения. Специальное оснащение группы, особый режим дня, небольшое количество детей, интенсивная индивидуальная работа и коррекционная направленность занятий в течение всего дня — условия, которые при регулярном посещении сада обеспечивают устранение речевых дефектов и квалифицированную подготовку к школе. Направления в логопедические группы детских садов выдаются детям с сохранным интеллектом и слухом по рекомендации ПМПК. Если ребенок не говорит в возрасте 3-4 лет, кроме задержки речевого развития имеется и задержка психического развития, эмоционально-волевой сферы. Для комплексного решения проблемы они могут быть направлены в компенсирующий детский сад (7 вид), в группу для детей с ЗПР и ЗППР. В логопедический сад попадают дети с тяжелыми нарушениями речевой функции (например, с алалией). Основное время обучения в строгом распорядке дня отводится на коррекцию речевых нарушений, формирование правильного звукопроизношения, артикуляционной гимнастике, развитию фонематического слуха. Также обязательно проводится логопедический массаж. По адаптированным образовательным программам с детьми работают дефектологи, логопеды, психологи, используя эффективные формы работы: фронтальную,

способствующую формированию навыков слушания, узнавания и исправления речевых ошибок; занятия в микрогруппах, объединяющие малышей с похожими дефектами, индивидуальную — основную в коррекции речевых нарушений для каждого ребенка. Воспитатели проводят занятия по основным предметам. Большое внимание уделяется музыкальным занятиям, развитию чувства ритма.

В коррекционных детских садах для детей с нарушениями других функций (проблемы слуха и зрения), имеющих ещё и вторичные речевые расстройства, открывают логопункт, функционирующий с учетом основной коррекционной программы. Детские сады для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ДЦП имеют хорошую материально-техническую базу: специальные спортивные площадки, бассейн, тренажерные и спортивные залы, компьютерные классы, кабинеты специалистов для проведения коррекционных занятий и лечебных процедур (физиотерапия, ЛФК, массаж, водо- и грязелечение), оснащены медоборудованием, колясками, приспособлениями для передвижения, обеспечены специальными игрушками, дидактическими пособиями. Коррекционные занятия проводят педагоги-дефектологи, логопеды, инструкторы ЛФК, наблюдают врачи: ортопеды, психиатры, неврологи.

Причиной для направления в сады для детей с задержкой психического развития (ЗПР) является нарушение темпа развития, при котором отдельные психические функции (память, мышление, моторика, речь, внимание, эмоционально-волевая сфера) не соответствуют принятым возрастным нормам. Дети с ЗПР обучаемы и при правильно организованной коррекционной работе в дошкольном и младшем школьном возрасте успешно преодолевают отставания. С помощью педагогов-дефектологов, детских психологов, неврологов, психиатров и других специалистов они приобретают знания, умения и навыки, догоняя в развитии своих сверстников. При успешной коррекции ежегодно, по заключению ПМПК, дети могут быть переведены в детский сад другого вида.

Для детей с нарушениями аутистического спектра во многих городах России создаются бюджетные центры аутизма, специалисты которых оказывают помощь детям с нарушениями психики. В центрах помимо школ есть дошкольные отделения, осуществляющие подготовку особенных детей к обучению в школе. Принцип преемственности и непрерывного образования дает возможность выпускникам такого детского сада безболезненно продолжить обучение в начальной школе в привычной среде.

В коррекционные сады VIII вида для детей с диагнозом «Умственная отсталость» принимают детей 4-8 лет с неосложнённой формой интеллектуальной недостаточности. Основная деятельность специалистов направлена на развитие нарушенных функций с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка и подготовку к обучению в специальной коррекционной школе. Детей с тяжёлой формой умственной отсталости и нарушениями психики направляют в учреждения социального обеспечения и

здравоохранения. Родители детей, имеющих явно выраженные и тяжелые нарушения, однозначно выбирают коррекционный сад. В тех семьях, где растёт малыш с незначительными, на взгляд родителей, проблемами, и возникает дилемма, в какой же сад отдавать ребенка, в общий или в коррекционный. Например, часть родителей считает, что в логопедическом саду их ребенок, имеющий незначительные дефекты речи, станет разговаривать еще хуже, общаясь с детьми, у которых отклонения очевидны и более сложные. Логопеды отвечают на это, что имеющиеся навыки речи ребёнка не потеряет, а регулярные занятия со специалистами любому пойдут на пользу.

Многочисленная группа родителей боится отдавать ребенка в коррекционный сад, несмотря на показания, так как это может закрыть двери для их ребенка в престижную школу или лицей. Это действительно так, но относится только к детям с серьёзными нарушениями, плохо поддающимися коррекции. Напомним, что цель пребывания ребенка в специализированном детском саду – получить квалифицированную помощь в коррекции дефектов развития речи и максимально эффективно подготовить его к школе. Стыдясь диагноза, который может стать препятствием к получению наилучшего образования их ребенком, и удовлетворяя свои амбиции, некоторые родители устраивают детей в обычный сад. Тем самым они часто обрекают малышей на одиночество среди здоровых сверстников и отсутствие необходимой помощи специалистов. Среди родителей бытует мнение, что резкая смена детского сада или группы способствует возникновению стресса у детей, поэтому не хотят переводить своего ребенка из обычного сада в коррекционный. Но если ребёнок поменял коллектив для того, чтобы устранить проблемы развития, то он вместе с необходимой помощью специалистов получил ещё и первые навыки стрессоустойчивости. После детского сада будет школа и взрослая жизнь, а от стрессовых ситуаций оградить невозможно. Избежать сильного стресса малышу может помочь соблюдение правил адаптационного периода.

Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья возможно в специализированных учреждениях, **интегрированно или инклюзивно**.

**Интегрированный** образовательный процесс подразумевает собой обучение группы детей, имеющих сложные проблемы со здоровьем, в отдельном классе общеобразовательной школы. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья позволяет использовать современные технологии, необходимые для коррекции и быстрого приспособления детей к активной школьной жизни. Регулярная совместная деятельность со здоровыми ребятами дает возможность ученикам с проблемами со здоровьем приобретать важные социальные и коммуникативные навыки.

**Инклюзия или включенное образование** – это новая методика образования, базирующаяся на индивидуальном отношении учителя к каждому из учеников, независимо от их возможностей и потребностей.



Благодаря инклюзивному образованию в обществе будет отсутствовать разделение на здоровых и больных людей, так как с детства и здоровые дети, и дети с ОВЗ обучаются вместе. Инклюзивное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с разрешения родителей (опекунов), руководства школы и при положительном решении медкомиссии (ПМПК).

### **Инклюзивное образование в России**

Конституция РФ, Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» и ФГОС законодательно обеспечивают право любого человека на образование, независимо от его физических, психических и интеллектуальных особенностей и возможностей. Инклюзивное образование обозначено в государственном стандарте как передовая система совместного обучения детей с ОВЗ и здоровых детей. Инклюзия может оказать помощь особенному ребенку, сделать добрее и отзывчивее нормотипичных детей, но для этого необходимы определенные условия: нарушения в развитии ребенка с ОВЗ не должны быть тяжелыми (легкая форма может успешно нивелироваться при взаимодействии со здоровыми детьми, но при нарушении интеллекта, слуха, зрения посещение таких групп не принесёт малышу ожидаемых результатов, да и ПМПК рекомендует детское учреждение, соответствующее дефекту развития; занятия по индивидуальной образовательной программе дадут положительный результат только при условии компетенции воспитателей в области инклюзивных технологий и соответствия стандарту педагога.

Таким образом, инклюзия, являясь ведущей тенденцией развития системы образования, не должна подменять собой систему специального обучения в целом. Совместное обучение не противопоставляется специальному образованию, а выступает как одна из его форм. Инклюзивное образование сближает образовательные системы – общую и специальную, делая границу между ними проницаемой. Особый ребенок должен иметь возможность реализовать свое право на образование в любом типе образовательного учреждения и получить при этом необходимую специализированную помощь и поддержку.

### **Где учатся дети с ОВЗ и дети-инвалиды**

Образование детей с ОВЗ, в т. ч. детей-инвалидов, организуют:

– в отдельных ОО – бывших специальных коррекционных школах с 1-го по 8-й вид, которые обучают по адаптированным основным образовательным программам;

– ОО, имеющих в своей структуре отдельные классы для детей с ОВЗ, в которых педагогический коллектив реализует адаптированные основные образовательные программы;

- дошкольных ОО – в группах компенсирующей или комбинированной направленности, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным образовательным программам;
- школах и детских садах, где ребенок с ОВЗ обучается совместно с обучающимися без ограничений возможности здоровья по индивидуальной адаптированной образовательной программе (далее – АОП);
- медицинских организациях или на дому – для детей, нуждающихся в длительном лечении, по индивидуальным учебным планам.

С 1 сентября 2016 г. школы внедряют федеральный государственный образовательный стандарт (далее – ФГОС) начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ определяет адаптированная основная образовательная программа (далее – АООП) начального общего образования для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами (тяжелыми и множественными нарушениями развития) педагогический коллектив разрабатывает в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Школа разрабатывает АООП самостоятельно. При разработке АООП педагогический коллектив учитывает требования к специальным условиям обучения детей с ОВЗ.

Для таких детей, контакт которых с окружающим миром сужен, неизмеримо возрастает роль семьи. Семье принадлежат значительные возможности в решении определённых вопросов: воспитания детей, включение их в социальные и трудовые сферы, становление детей с ОВЗ как активных членов общества.

Школа создает специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ:

- учителя используют специальные образовательные программы и методы обучения и воспитания, учебники, учебные пособия и дидактические материалы, специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования;
- педагоги проводят групповые и индивидуальные коррекционные занятия;
- администрация предоставляет услуги ассистента (помощника), который оказывает техническую помощь, обеспечивает доступ в здания ОО и др.

Вариант включения ребенка с ОВЗ в образовательную деятельность зависит от рекомендаций ПМПК, в которых представлена оценка возможностей и потребностей ребенка с ОВЗ.

Специалисты ПМПК обследуют ребенка в возрасте от 0 до 18 лет и выдают родителю (законному представителю) заключение. Этот документ содержит описание состояния высших психических функций ребенка – речи, мышления, восприятия, воображения, памяти. Заключение включает рекомендации, определяющие образовательную программу, форму обучения и направления работы специалистов сопровождения. Родители ребенка добровольно решают, предоставлять или нет заключение ПМПК в образовательные организации.

Некоторые дети могут иметь справку об инвалидности и заключение ПМПК – глухие, слепые, дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития и т. д. Статус инвалида гражданам РФ присваивает Бюро медико-социальной экспертизы (п. 1 Правил признания лица инвалидом, утв. постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95).

Получение справки об инвалидности и индивидуальной программы реабилитации или абилитации не всегда требует изменений условий и программы образования ребенка.

Заключение ПМПК носит для родителей рекомендательный характер. Заключение ПМПК содержит выводы о наличии, либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом или психическом развитии, отклонений в поведении. Такие сведения являются персональными данными детей (ч. 1 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»). Никто не имеет права передавать третьим лицам информацию из заключения ПМПК без письменного согласия родителей ребенка (п. 8 Положения о ПМПК). Если родители предоставили в ОО заключение ПМПК о наличии отклонений в развитии и необходимости специальных условий для образования, школа обязана такие условия создать.

Заключение ПМПК действительно для представления в образовательную организацию в течение календарного года с даты его получения. Если родители не передали заключение в течение одного года, придется получать заключение заново. Минимальный срок, на который ПМПК может дать рекомендации по созданию специальных образовательных условий, определяют члены ПМПК. Срок варьируется от 3–6 месяцев до 1 года. Максимальный срок, на который даются рекомендации по созданию специальных условий получения образования детьми с ОВЗ, – длительность освоения уровня образования.

При переходе с уровня на уровень фиксируются образовательные результаты и возникают новые требования к условиям реализации программы. Если ребенок с ОВЗ переходит на следующий уровень общего образования и претендует на создание специальных образовательных условий, необходимо повторное посещение ПМПК (для уточнения или

новых рекомендаций согласно уровню образования).

### **Дистанционное обучение детей с ОВЗ**

Некоторые учащиеся не могут посещать занятия в классе. Это дети с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ): нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха и речи, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ограничивающими двигательную активность.

Проблемы обучающихся с ОВЗ также связаны с неумением устанавливать коммуникативные отношения, боязнью незнакомых людей, неуверенностью в себе, повышенной тревожностью. Дистанционные технологии обеспечивают опыт социальной коммуникации. Они дают возможность виртуального общения, знакомства и обмена мнениями в компьютерной сети, развития интеллектуального, творческого потенциала. Помогают определиться с будущей профессией и продолжить образование в дистанционной форме в ОО среднего профессионального и высшего образования.

Дистанционное обучение детей-инвалидов – не просто одна из тенденций современного информационного общества, иногда это единственная возможность адаптироваться в социуме.

Существующие трудности при организации обучения детей с ОВЗ:

- дети с особыми образовательными потребностями часто признаются необучаемыми;
- большинство учителей и директоров массовых школ недостаточно знают о проблемах инвалидности и не готовы к включению детей-инвалидов в процесс обучения в классах;
- родители детей-инвалидов не знают, как отстаивать права детей на образование и испытывают страх перед системой образования и социальной поддержки;
- архитектурная недоступность школ, учреждений.

Организация образования заключается не только в создании технических условий для беспрепятственного доступа детей с ОВЗ в общеобразовательные учреждения, но и в понимании нормально развивающимися детьми и их родителями важности участия детей с ОВЗ в общеобразовательном учебном процессе. Успешность реализации процесса обучения во многом зависит от культуры отношения субъектов образовательного процесса к детям с ОВЗ, от готовности педагогов и родителей к совместному взаимодействию. Для эффективного учебно-воспитательного процесса в школе необходимо организовать качественное психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ, а также создать особый морально-психологический климат в педагогическом и ученическом коллективах. В школе очень важно то, что и дети, и родители, и специалисты школы - это прежде всего партнеры.

Необходимость осуществления совместной работы родителей с педагогами в данном случае неопровержима.

## Разновидности нарушения развития у детей с ОВЗ

**Дети с ограниченными возможностями здоровья** – это дети, имеющие различные отклонения психического и (или) физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь.

**Дети с ОВЗ, имеющие возможность обучаться в общеобразовательной школе:**

- Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата
- Тугоухие (слабослышащие) дети
- Слабовидящие дети
- Дети с интеллектуальными нарушениями (ЗПР)
- Дети, имеющие искаженное психическое развитие (синдром РДА или синдром Каннера)
- Дети с соматическими заболеваниями

**Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата**

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций). При этом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с большим опозданием идет формирование функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

**Тугоухие (слабослышащие) дети**

Это дети с частичной недостаточностью слуха, приводящей к нарушению речевого развития. Недостатки слуха приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух в искаженном виде.

**Слабовидящие дети**

Слабовидящие дети имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями и предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Хотя зрение и остается у них главным анализатором, оно не является полноценным.

**Дети с интеллектуальными нарушениями (ЗПР)**

Имеют темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы, которые потенциально можно преодолеть с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

**Дети, имеющие искаженное психическое развитие (синдром РДА или синдром Каннера)**

Характерна стереотипность, стремление к постоянству. Болезненная реакция на внешние раздражители. Эмоциональная холодность и безразличие. Тревога, страхи. Однообразный, односторонний характер деятельности. Нарушения ориентировки в пространстве и времени. Речь отличается механичностью, штампами, присутствует отсроченное повторение. Трудности обобщения.

### **Дети с соматическими заболеваниями**

Дети, не имеющие видимых дефектов, имеющие сохранный интеллект и с первого взгляда ничем не отличающихся от остальных. У них слабо развита познавательная сфера, недоразвитие личности, интеллектуальная пассивность, ограниченный объем принятой информации, низкая способность к обобщениям.

### **Общие проблемы для детей с ОВЗ:**

- Ограниченные представления об окружающем мире
- Повышенная впечатлительность (тревожность), болезненное реагирование на тон голоса.
- Повышенная утомляемость. Они быстро становятся вялыми или раздражительными, плаксивыми, с трудом сосредотачиваются на задании. При неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство
- У многих детей отмечается повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству. При обучении такого ребенка следует разговаривать с ним спокойным тоном, проявлять доброжелательность и терпение.

## Памятка для родителей

### по воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья

1. Никогда не жалеете ребёнка из-за того, что он не такой, как все.
2. Дарите ребёнку свою любовь и внимание, но не забывайте, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются.
3. Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя "жертвой", отказываясь от своей личной жизни.
4. Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Решайте все дела вместе с ним.
5. Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений.
6. Следите за своей внешностью и поведением. Ребёнок должен гордиться вами.
7. Не бойтесь отказать ребёнку в чём-либо, если считаете его требования чрезмерными.
8. Чаще разговаривайте с ребёнком. Помните, что ни телевизор, ни радио не заменят вас.
9. Не ограничивайте ребёнка в общении со сверстниками.
10. Не отказывайтесь от встречи с друзьями, приглашайте их в гости.
11. Чаще прибегайте к советам педагогов и психологов.
12. Больше читайте, и не только специальную литературу, но и художественную.
13. Общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой.
14. Не изводите себя упрёками. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты.
15. Помните, что когда-нибудь ребёнок повзрослеет и ему придётся жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите о ней.



**Рекомендации для родителей**

**Этапы построения домашней программы специального обучения и стимулирования детей с особыми потребностями.**

1. Внимательно понаблюдайте за ребенком, чтобы оценить, что может и чего не может он в каждой области развития.
2. Отметьте, какие вещи ребенок только начинает делать или пока делает с трудом.
3. Решите, какому, навыку его нужно научить или какое действие нужно поощрять, чтобы использовать те навыки, которые у него уже имеются (пусть об этом будут знать все члены вашей семьи).
4. Разделите каждый новый навык на маленькие ступени - на такие действия, которые ребенок может освоить за несколько дней, и только освоения данного навыка переходите к следующей ступени.
5. Не ожидайте слишком многого сразу.

**Модели семейного воспитания для родителей, принявших на воспитание в семью детей с ОВЗ**

1. **Гиперопека:** сверхзаботливое отношение, неадекватные представления о возможностях ребенка, сильная регламентация образа жизни семьи. Детей отличает психологическая незрелость, инфантилизм, отсутствие навыка ставить цели и их достигать, манипуляционное поведение.

2. **Гипопротекция (холодное общение):** сниженные эмоциональные контакты родителей с ребенком, вплоть до его эмоционального отвержения в целях компенсации собственного психологического дискомфорта. Дети отличаются робостью, боязливостью, самоотвержением, отсутствием интересов.

3. **Репрессивное поведение:** родительский авторитаризм, пессимистический взгляд на будущее ребенка, ограничение его прав, жесткие предписания и наказания за их невыполнение. У ребенка развивается комплекс неполноценности, страхи, чувство вины.

4. **Сотрудничество:** конструктивные, гибкие отношениями родителей и ребенка, их постоянная совместная деятельность, вера родителей в успех ребенка и его сильные стороны. Дети с ограниченными возможностями здоровья в таких семьях обладают самостоятельностью с учетом специфики болезни, познавательной и творческой активностью, самопринятием.

## Список литературы

1. Лютова К.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: Речь, 2005. – 190с.
2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220с.
3. МайраПитерси, Робин Трилор. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Перевод с английского. Книга 2 . - Москва: Ассоциация Даун Синдром, 2001, - 128 с.
4. Ньюмон С. «Игры и занятия с особым ребенком» руководство для родителей. - Москва: «Теревинф» ,2011 г. 218 -228с.
5. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. – М.: Генезис, 2006.
6. Петров А.И., Серова Г.А., Шевякова М.В., Безрукова О.П, Аскарова Е.М. « Опыт организации работы с детьми-инвалидами в рамках проекта « За твоими окнами целый мир» при поддержке общероссийской грантовой программы « Новый день».- Тамбов: ТОИПКРО, 2007,-118с.
7. СтребелеваЕ.А., Екжанова Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста. - Москва: «КАРО», 2008.- 336 с.
8. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: Методическое пособие. – М.: АРКТИ, 2005. – 336с.