

ПРИНЯТА:
на заседании педагогического совета
МБДОУ Детский сад № 4 «Снегурочка»
Протокол № 1 от «31» августа 2018 г.

УТВЕРЖДЕНА:
заведующий МБДОУ
МБДОУ Детский сад № 4 «Снегурочка»
Приказ № - о от «31» августа 2018 г.

**АДАПТИРОВАННАЯ
ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С УСЛУГОЙ ПО
ГИБКОМУ РЕЖИМУ ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ (ЛЕКОТЕКА)
муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения
«Детский сад № 4 «Снегурочка»**

г. Салехард - 2018 год

Оглавление

Введение	
I. Целевой раздел	
1. Пояснительная записка	5
1.1. Цели и задачи реализации Программы	5
1.1.2. Принципы и подходы к формированию Программы	5
1.1.3. Особенности осуществления образовательного процесса	6
1.1.4. Характеристики особенностей развития детей	7
1.1.5. Планируемые результаты освоения Программы	21
II. Содержательный раздел	
2. Описание образовательной деятельности в соответствии с направлениями развития	23
2.1.1. «Познавательное развитие»	23
2.1.2. «Речевое развитие»	24
2.1.3. «Развитие мелкой и общей моторики»	24
2.1.4. «Социально-коммуникативное развитие»	24
2.1.5. «Творческое развитие»	25
2.2. Особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями воспитанников	26
III. Организационный раздел	
3.1. Организация режима пребывания детей в ДОУ	27
3.2. Планирование образовательной деятельности	27
3.3. Кадровые условия ДОУ	28
3.4. Материально-техническое обеспечение Программы	31
3.5. Финансовые условия реализации Программы	31
3.6. Перечень нормативных и нормативно-методических документов	36
3.7. Перечень литературных источников	37
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с «Конвенцией о правах ребенка» и «Всемирной декларацией об обеспечении выживания, защиты и развития детей» каждому ребенку гарантировано право на развитие, воспитание и образование в соответствии с его индивидуальными возможностями, с пунктом 1 статьи 79 273-ФЗ «Закона об образовании в Российской Федерации», содержание образования и условия организации обучения и воспитания, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Адаптированная основная общеобразовательная программа дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья с услугой по гибкому режиму пребывания детей (лекотека) МБДОУ Детский сад № 4 «Снегурочка» (далее по тексту – Программа) разработан в соответствии с действующим Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования (далее ФГОС ДО) к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 года № 1155 «Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования»), с учетом программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта под редакцией Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание».

Нормативно-правовая база Программы:

- Конвенции о правах инвалидов,
- ФЗ от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»;
- ФЗ от 3 мая 2012 г. №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 августа 2013 г. № 1014 г. Москва «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».

Численный состав группы лекотека – 7 детей.

Возраст воспитанников – от 2 месяцев до 7 лет.

Программа включает три основных раздела: целевой, содержательный и организационный, в каждом из которых отражается обязательная часть и часть, формируемая участниками образовательных отношений.

Программа реализуется на государственном языке Российской Федерации и рассчитана на один учебный год: 2018-2019 учебный год.

Список используемых сокращений

ДОО - дошкольная образовательная организация.

ДОУ - дошкольное образовательное учреждение.

ООП - основная образовательная программа.

УМК - учебно-методический комплекс.

ФГОС - федеральный государственный образовательный стандарт.

ФГОС ДО - федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (Приказ № 1155 от 17 октября 2013 года).

ИОМ – индивидуальный образовательный маршрут.

ИПР – индивидуальная программа реабилитации.

Составители программы

Руководители авторского коллектива

Идрисова Ирина Римовна – заведующий

Руснак Екатерина Геннадьевна – заместитель заведующего по ВМР

Авторский коллектив

Кизыма Галина Васильевна - воспитатель, высшая квалификационная категория

Очурова Делгир Александровна – учитель-логопед

I. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ

Пояснительная записка

1.1.1. Цели и задачи реализации Программы

Цели Программы - оказание комплексной психолого-педагогической помощи и поддержки детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам и их родителям (законным представителям), содействие решению психологических проблем, препятствующих поступлению детей в дошкольные образовательные учреждения, адаптации в семье и других социальных группах.

Задачи Программы:

- Предоставление родителям информации по вопросам развития и воспитания ребенка, о результатах клинично - психолого-педагогического обследования, особенностях выявленного расстройства и ресурсах малыша.
- Вовлечение родителей в процессы обследования, стимуляции развития детей, психопрофилактики и психокоррекции.
- Обучение родителей и воспитателей, специалистов образовательных учреждений, педагогов по пользованию средствами лекотеки и методам игрового взаимодействия с детьми, имеющими нарушения развития.
- Подбор адекватных средств общения с ребенком.
- Помощь в личностно-социальном развитии малыша.
- Подбор оптимальных способов обучения ребенка.
- Проведение индивидуальных развивающих и психокоррекционных занятий по индивидуальному плану.
- Формирование предпосылок для обучения ребенка в дошкольных образовательных учреждениях.
- Нормализация родительско-детских отношений.
- Помощь семье в адаптации к инвалидности ребенка.
- Помощь родителям в преодолении психологических проблем.

1.1.2. Принципы и подходы к формированию Программы

Принципы Программы

Программа разработана на основе Конституции Российской Федерации и законодательства Российской Федерации и с учетом Конвенции ООН о правах ребенка, в основе которых заложены следующие основные принципы:

- 1) поддержка разнообразия детства; сохранение уникальности и самоценности детства как важного этапа в общем развитии человека, самоценность детства – понимание (рассмотрение) детства как периода жизни значимого самого по себе, без всяких условий;
- 2) личностно-развивающий и гуманистический характер взаимодействия взрослых (родителей) (законных представителей), педагогических и иных работников учреждения и детей;
- 3) уважение личности ребенка;
- 4) реализация Программы в формах, специфических для детей данной возрастной группы, прежде всего в форме игры, познавательной и исследовательской деятельности, в форме творческой активности, обеспечивающей художественно-эстетическое развитие ребенка.

В Программе учитываются индивидуальные потребности ребенка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья.

При составлении Программы учтены основополагающие принципы воздействия на ребёнка:

1. Принцип гуманизма основан на вере в потенциальные возможности ребёнка, признание человека высшей жизненной ценностью. Все направления коррекционно-педагогической помощи с опорой на этот принцип способствуют максимально безболезненному вхождению развивающегося ребёнка в социальную жизнь (определение резервов, положительных свойств, на которые можно опираться).

2. Принцип коррекционно-педагогической помощи ориентирован на социализацию, социальное формирование личности и её саморазвитие в процессе взаимодействия личности и общества. Принцип включает в себя формирование жизненных навыков, которые могут проявиться в достижении умения реализовать определённые функции и действия под влиянием специальных воздействий.

3. Принцип целостности предполагает единство диагностики и коррекции. На основе диагностики составляется заключение об уровне развития ребёнка, определяются задачи целенаправленного воздействия на него; реализация плана коррекционных мероприятий требует систематического контроля динамических изменений в развитии ребёнка, его поведения, деятельности.

4. Принцип комплексного воздействия включает взаимодействие специалистов разного профиля, создание единой объединённой системы научно-практических служб - педагогической, психологической, медицинской. Этот принцип обеспечивает принятие в отношении каждого ребёнка объективных решений, основанных на данных диагностики и учитывающих её результаты всеми участниками процесса сопровождения.

Принципы Программы:

- не директивность в игровом взаимодействии с ребёнком;
- уважительное отношение к игре ребёнка и к самому ребёнку;
- активация игровой деятельности;
- соответствие игр и игрушек уровню развития и особенностям ребёнка;
- организация оптимальной игровой среды;
- междисциплинарный подход.

1.1.3. Особенности осуществления образовательного процесса

При поступлении ребёнка-инвалида в МБДОУ в рамках психолого-медико-педагогического консилиума на ребенка-инвалида составляется индивидуальный образовательный маршрут (далее - ИОМ). При составлении ИОМ учитываются медицинский диагноз, по которому дана инвалидность и определяются пути компенсации и коррекционной работы. Работа по реабилитации осуществляется в три этапа.

На первом этапе реализации ИОМ планируются следующие мероприятия:

- знакомство с ребенком-инвалидом и его семьёй и проведение первичного приема ребенка-инвалида для диагностики и разработки рекомендаций;
- создание развивающей предметно - пространственной среды;
- определение основных мероприятий по адаптации ребенка-инвалида в МБДОУ.

На втором этапе:

- проводится комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка-инвалида специалистами МБДОУ;
- педагогами и специалистами МБДОУ разрабатываются ИОМ на основе ИПР для конкретного ребенка-инвалида.
- оформляется согласие родителей (законных представителей) ребенка-инвалида на реализацию ОМР.
- с ребенком-инвалидом проводится психолого-педагогическая реабилитация по ИОМ;
- при необходимости проводится корректировка ИОМ.

На третьем этапе:

- проводится итоговая психолого-педагогическая диагностика;

- на ПМПк проводится анализ и оценка работы с ребенком-инвалидом по ИОМ.
- ПМПк готовит заключение о выполнении ИОМ ребенка-инвалида.
- проводятся итоговая встреча с родителями (законными представителями) для определения дальнейших форм работы с ребенком-инвалидом;
- педагоги дают рекомендации, советы, консультации, памятки.

Реализация программы зависит от совокупности материальных, методических и психологических условий. В материальном плане деятельность лекотеки должна обеспечиваться наличием удобных помещений для проведения индивидуальных и групповых форм работы (игровой зал и игровая/консультативная комната), а также для хранения игровых средств (подсобное помещение). Для выполнения методических условий специалисты должны пройти курсы повышения квалификации по методам и организации работы с детьми инвалидами. Основным психологическим условием является личная заинтересованность и активное участие родителей в реализации программы. Пребывание ребенка в лекотеке в удобное для него и его родителей время. Занятия с детьми проходят в индивидуальной и групповых формах и в присутствии родителей. При наличии у ребенка выраженного нарушения развития, не позволяющего регулярно посещать лекотеку, предусмотрены выезды специалиста на дом при условии обеспечения родителями транспортных расходов.

1.1.4. Характеристики особенностей развития детей

Интеллектуальная недостаточность – умственная отсталость - это не просто «малое количество ума», это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Это такая атипия развития, при которой страдают не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие. Такой диффузный характер патологического развития умственно отсталых детей вытекает из особенностей их высшей нервной деятельности. По степени выраженности недостаточности интеллектуальных способностей в МКБ-10 выделяется:

Глубокая умственная отсталость. У таких людей, значительно ограничены познавательные способности: они практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, не отличают съедобного от не съедобного. Они не имеют представлений о пространственных отношениях, редко формируют представления о горячем, остром и др. Большинство из них не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания. Речь у таких людей или совсем не сформирована или состоит из нескольких простейших слов. Значительно недоразвиты моторные функции, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других - склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями. Это самая сложная степень интеллектуальной недостаточности. Такие люди полностью изолированы от окружающего мира.

Тяжелая умственная отсталость. У таких людей, познавательная деятельность ограничена возможностью формировать только простейшие представления, абстрактное мышление, обобщения таким людям недоступны. Больные овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания, их обучение невозможно.

Словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях, выражены дефекты артикуляции. Часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки. Больные нуждаются в постоянном контроле и обслуживании.

Умеренная умственная отсталость. Эти люди способны образовывать большее число и более сложные представления, чем больные тяжелой умственной отсталостью. Больные

овладевают навыками самообслуживания, могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий. Их словарный запас богаче, они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу.

Такие люди, не могут жить самостоятельно, нуждаются в постоянном руководстве и контроле. Некоторые из них могут выполнять простейшую работу в специально созданных условиях, например, в лечебно-трудовых мастерских.

Легкая степень умственной отсталости. Познавательные расстройства у этих людей заключаются в затруднении формирования сложных понятий и обобщений, невозможности или затруднении абстрактного мышления. Мышление у них преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь.

Дети способны к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками. Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях умственной отсталости, темпу психического развития у больных с легкой степенью во многих случаях возможна удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. Как говорил Э. Крепелин: «Их умения больше их знания». Часто эти больные обнаруживают хорошую практическую осведомленность. Многие люди с легкой умственной отсталостью заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство.

Известно, что при умственном недоразвитии оказывается дефектной уже первая ступень познания - восприятие. Часто восприятие умственно отсталых страдает из-за снижения у них слуха, зрения, недоразвития речи, но и в тех случаях, когда анализаторы сохранены, восприятие этих детей отличается рядом особенностей, на это указывают исследования многих психологов, таких как К. А. Вересотская, В. Г. Петрова, Ж. И. Шиф. Отмечается также узость объема восприятия. Умственно отсталые выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Кроме того, характерным является нарушение избирательности восприятия.

В исследованиях И.Л. Баскаковой, сказано, что у умственно отсталых детей более, чем у их нормальных сверстников, выражены недостатки внимания: малая устойчивость, трудности распределения внимания, замедленная переключаемость. При олигофрении сильно страдает произвольное внимание, однако преимущественно недоразвита именно его произвольная сторона. Это связано с тем, что умственно отсталые дети при возникновении трудностей не пытаются их преодолевать. Они, как правило, в этом случае бросают работу.

Все отмеченные особенности психической деятельности умственно отсталых детей носят стойкий характер, поскольку являются результатом органических поражений на разных этапах развития (генетические, внутриутробные, во время родов, постнатальные).

Хотя умственная отсталость рассматривается как явление необратимое, это не означает, что оно не поддается коррекции. В. И. Лубовский, М. С. Певзнер и др. отмечают положительную динамику в развитии умственно отсталых детей при правильно организованном врачебно-педагогическом воздействии в условиях специальных (коррекционных) учреждений.

Синдром Дауна - врожденное нарушение развития, проявляющееся умственной отсталостью, нарушением роста костей и другими физическими аномалиями. Это одна из наиболее распространенных форм умственной отсталости; ею страдает примерно 10% больных, поступающих в психиатрические лечебницы. Для больных с синдромом Дауна характерно сохранение физических черт, свойственных ранней стадии развития плода, в том числе узких раскосых глаз, придающих больным внешнее сходство с людьми монголоидной расы, что дало основание Л. Дауну называть в 1866 данное заболевание «монголизмом» и предложить ошибочную теорию расовой регрессии, или эволюционного отката. На самом деле синдром Дауна не связан с расовыми особенностями и встречается у представителей всех рас.

Помимо уже упоминавшихся особенностей строения глаз у больных с синдромом Дауна выявляются и другие характерные признаки: маленькая округлая голова, гладкая влажная отечная кожа, сухие истонченные волосы, маленькие округлые уши, маленький нос, толстые губы, поперечные бороздки на языке, который зачастую высунут наружу, т. к. не помещается в полости рта. Пальцы короткие и толстые, мизинец сравнительно мал и обычно загнут вовнутрь. Расстояние между первым и вторым пальцами на кистях и стопах увеличены. Конечности короткие, рост, как правило, значительно ниже нормы.

Интеллект больных обычно снижен до уровня умеренной умственной отсталости. Коэффициент интеллектуального развития колеблется между 20 и 49, хотя в отдельных случаях может быть выше или ниже этих пределов. Даже у взрослых больных умственное развитие не превышает уровень нормального семилетнего ребенка. В руководствах традиционно описываются такие черты больных с синдромом Дауна, как покорность, позволяющая им хорошо приспосабливаться к больничной жизни, ласковость, сочетающиеся с упрямством, отсутствием гибкости, склонность к подражательству, а также чувство ритма и любовь к танцам.

Наличие этой дополнительной хромосомы обуславливает появление ряда физиологических особенностей, вследствие которых ребенок будет медленнее, чем его ровесники развиваться и проходить общие для всех этапы развития. Раньше считалось, что все люди с синдромом Дауна имеют тяжелую степень умственной отсталости и не поддаются обучению. Современные исследования показывают, что практически все люди с синдромом отстают в интеллектуальном развитии, но внутри этой группы их интеллектуальный уровень сильно различается от незначительного отставания до средней и тяжелой степени отставания. Все-таки большинство детей с Синдром Дауна могут научиться ходить, говорить, читать, писать, вообще, делать большую часть того, что умеют делать другие дети, нужно лишь обеспечивать им адекватную среду жизни и соответствующие программы обучения.

Структура психического недоразвития детей с синдромом Дауна своеобразна: речь появляется поздно и на протяжении всей жизни остаётся недоразвитой, понимание речи недостаточное, словарный запас бедный, часто встречается звукопроизношения в виде дизартрии или дислании. Но, несмотря на тяжесть интеллектуального дефекта, эмоциональная сфера остаётся практически сохранённой. «Даунисты» могут быть ласковыми, послушными, доброжелательными. Они могут любить, смущаться, обижаться, хотя иногда бывают раздражительными, злобными и упрямыми. Большинство из них любопытны и обладают хорошей подражательной способностью, что способствует привитию навыков самообслуживания и трудовых процессов. Уровень навыков и умений, которого могут достичь дети с синдромом Дауна весьма различен. Это обусловлено генетическими и средовыми факторами.

В медицинской литературе синдром Дауна рассматривается как дифференцированная форма олигофрении и, следовательно, также подразделяется на степени умственной отсталости.

1. Глубокая степень умственной отсталости.
2. Тяжёлая степень умственной отсталости.
3. Средняя или умеренная степень умственной отсталости.
4. Слабая или лёгкая степень умственной отсталости.

Для решения вопроса о степени интеллектуального развития ребёнка с синдромом Дауна и разработки плана коррекционных мероприятий необходимо помнить об особенностях психического развития этих детей, постоянно соотнося их с возрастными нормативами.

Зрительное восприятие является основой осознания мира и, следовательно, способности реагировать на него. Дети с синдромом Дауна фиксируют своё внимание на единичных особенностях зрительного образа, предпочитают простые стимулы и избегают сложных изобразительных конфигураций. Такое предпочтение сохраняется на протяжении всей жизни. Ошибки в воспроизведении зрительно воспринятых форм связаны у них с особенностями внимания, а не с точностью восприятия.

Дети не видят детали, не умеют их искать и находить. Не могут внимательно рассмотреть часть мира, отвлекаются на более яркие образы. Однако, в результате многочисленных экспериментов было выяснено, что лучше оперируют материалами, воспринимаемыми зрительно, чем на слух.

Трудности в освоении речи у детей с синдромом Дауна связаны с частыми инфекционными заболеваниями среднего уха, снижением остроты слуха, пониженным мышечным тонусом, маленькой полостью рта, задержкой в интеллектуальном развитии.

Кроме того, у детей с синдромом Дауна маленькие и узкие ушные каналы. Всё это отрицательно влияет на слуховое восприятие и умение слушать, то есть слышать последовательные согласованные звуки окружающей среды, концентрировать на них внимание и узнавать их.

При развитии речи существенное значение имеют тактильные ощущения как внутри ротовой полости, так и внутри рта. Они нередко испытывают трудности в распознавании свои ощущений: плохо представляют себе, где находится язык и куда его следует поместить для того, чтобы произнести тот или иной звук.

Дети с синдромом Дауна не умеют и не могут интегрировать свои ощущения - одновременно концентрировать внимание, слушать, смотреть и реагировать и, следовательно, не имеют возможности в отдельно взятый момент времени обработать сигналы более чем от одного раздражителя. У некоторых детей с синдромом Дауна овладение речью настолько замедленно, что возможность их обучения посредством общения с другими людьми крайне затруднена. Из-за трудностей выражения своих мыслей и желаний эти дети часто переживают и чувствуют себя несчастными. Умение говорить развивается, как правило, позже умения воспринимать речь. Детям с синдромом Дауна свойственны трудности в освоении грамматического строя речи, а также семантики, то есть значений слов. Они долго не дифференцируют звуки окружающей речи, плохо усваивают новые слова и словосочетания.

Дети с синдромом Дауна часто говорят быстро или отдельными последовательностями слов, без пауз между ними, так, что слова набегают друг на друга.

Кроме того, в возрасте 11-13 лет у этих детей возникает заикание.

Медленный темп усвоения речи окружающих, слабое развитие фонематического слуха.

Замедленный темп артикулирования.

Дизартрия. Дети, которым присуща дизартрия, испытывают трудности со всеми движениями рта и лица. Им сложно не только произносить звуки, но и жевать, глотать, управлять голосом, обеспечивать нужные резонансные характеристики и плавность речи.

Словарный запас очень мал. Пассивный словарь превышает активный.

Таким образом, глубокие ограничения возможностей, естественно, сопровождаются значительным снижением качества жизни. Тяжёлое заболевание ребёнка отражается также на общении со сверстниками, обучении, трудовой деятельности, способности к самообслуживанию. Ребёнок, к сожалению, исключается из общественной жизни. Всё вышеперечисленное определяет значимость проблемы социальной адаптации и коррекции соответствующих контингентов детей.

Люди с синдромом Дауна могут гораздо лучше развить свои способности, если они живут дома, в атмосфере любви, если в детстве они занимаются по программам ранней помощи, если они получают специальное образование, надлежащее медицинское обслуживание и ощущают позитивное отношение к себе общества. Коррекционное обучение детей с синдромом Дауна может привести к значительным сдвигам в развитии ребёнка, что должно повлиять на качество его жизни и его дальнейшую судьбу.

Ранний детский аутизм в сочетании с ЗПРР – термин «аутизм» (от греческого autos - сам) означает оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений. Изначально аутизм рассматривался как особенность мышления шизофренических пациентов, характерной чертой которых является бегство от реальности и уход в себя.

Ранний детский аутизм (РДА) - это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами, при которой, прежде всего, нарушено формирование эмоционального контакта ребенка с окружающим миром. Основным признаком аутизма является неконтактность ребенка, которая проявляется уже на первом году жизни: нарушены все формы довербального общения, не формируется зрительный контакт, ребенок не смотрит в глаза взрослого, не протягивает ручки, чтобы взяли на руки, как это делает здоровый малыш.

Эта болезнь поражает не только психические функции (речь, интеллект, мышление), но и патологически отражается на восприятии ребенком целостной картины мира. Итак, основная проблема аутизма заключается в непонимании больным общего смысла событий, происходящих вокруг. Больные не имеют собственного мнения.

Уже в первый год жизни проявляются начальные симптомы аутизма - ребенок не реагирует на удаление и приближение матери, не улыбается, не проявляет видимого интереса к игрушкам. В возрасте 2-3 лет родители отмечают необычность детской речи: эхолалию, перестановку местоимений, наличие штампов и начинают бить тревогу.

В дальнейшем основными критериями болезни являются:

- отсутствие у ребенка стремления к контактам с окружающими
- отгороженность от внешнего мира
- слабость эмоциональных реакций
- недостаточная способность дифференцировать людей, животных, неодушевленные предметы
- недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители
- фобии (в частности, неophobia - боязнь всего нового)
- однообразное поведение, наличие постоянных стереотипных регрессивных движений (постукивание, трясение руками, бег по кругу, разрывание предметов). [6].

Следует отметить, что одним из самых существенных симптомов является не протест этих детей против перемены обстановки, а изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловнорефлекторных реакций - ориентировочных, пищевых, самозащиты и др. Отсутствие этих реакций, всегда, как известно, очень четко направленных, делает поведение детей аморфными, хаотичными, дезорганизованными, а их самих - практически беззащитными и беспомощными. Естественно, что такая изначальная, часто врожденная недостаточность безусловнорефлекторного фонда, важнейших стволовых аппаратов не может не отразиться отрицательно на формировании корковой деятельности. Кора головного мозга у этих детей неплохо, но пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в их поле зрения, но утрачивает способность активного, избирательного отношения к явлениям окружающей среды. Отсюда грубые нарушения внимания, склонность "невидящим" взглядом скользить без интереса по окружающим лицам и предметам, бесцельные движения, длительная неспособность овладеть навыками самообслуживания и главное - длительная задержка формирования самосознания, комплекса "Я", что сказывается в склонности говорить о себе в третьем лице, в подражательности речи и действий и др. Важно еще раз подчеркнуть, что при настойчивой стимуляции удастся заставить этих детей "собраться", "мобилизоваться" и дать более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции.

В силу специфики данного нарушения развития необходимы особые принципы обучения навыкам самообслуживания и бытового поведения аутичного ребенка, учитывающие его общие и индивидуальные особенности. Коррекционная работа направлена, главным образом, на развитие эмоционального контакта и взаимодействие ребенка со взрослым и со средой, аффективное развитие, формирование внутренних адаптивных механизмов поведения, а это, в свою очередь повышает общую социальную адаптацию аутичного ребенка, что является самым

главным и очень важным в работе дефектологов, психологов и других специалистов детских учреждений, сталкивающихся с такими детьми, а также их родителей.

РАЗНОВИДНОСТИ РДА:

1. ТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ.

1.1. Аутистические расстройства.

1.2. Инфантильный аутизм.

1.3. Инфантильный психоз.

1.4. Синдром аутизма Каннера.

2. АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ.

2.1. Атипичные детские психозы,

2.2. УМО с аутистическими чертами.

3. Синдром Ретта.

Игровая деятельность существенно определяет психическое развитие ребенка на всем протяжении его детства, особенно в дошкольном возрасте, когда на первый план выступает сюжетно - ролевая игра. Дети с чертами аутизма ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и др. Интерес и склонность к воспроизведению такого рода взаимоотношений у них отсутствует.

Нарушения в способности к общению у детей встречаются довольно часто. Их причины многообразны. Неблагоприятные условия воспитания и окружения, психические травмы, связанные с испугом, внезапным отрывом ребенка от семьи в связи с его помещением в больницу и тому подобные ситуации могут приводить к невротически обусловленным затруднениям в общении. Одной из форм таких нарушений является мутизм - отказ ребенка от общения, - который может быть общим или избирательным, когда ребенок не контактирует с отдельными лицами, например, с учителем, с кем-либо из близких и т.п.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

При аутизме наиболее отчетливо проявляются явления асинхронии формирования функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного. Ранее развитие формально-логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностям для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок.

Среди характерных признаков раннего детского аутизма большое место занимают нарушения речи: резкое ограничение речевого контакта, вплоть до полного мутизма, недоразвитие лексико-грамматической стороны речи, долгое отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей (мама, папа).

В отличие от ОНР и алалии, при аутизме на самых ранних этапах речь может развиваться нормально, и ребенок по темпу ее развития иногда даже обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно в возрасте до 30 месяцев, речь утрачивается: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне. При раннем детском аутизме часто отмечается запаздывание или отсутствие фазы гуления. Его неинтонированность. Запаздывание или отсутствие фазы лепета, необращенность ребенка к взрослому и слабое развитие функции подражания.

У таких детей существует запаздывание или опережение появления первых слов, необращенность слов к человеку, необычность, малоупотребимость. Динамика накопления словаря: "плавающие" слова, регресс речи на уровне отдельных слов. Также, наблюдается и запаздывание или опережение появления фраз. Их необращенность к человеку. Преобладают комментирующие, аффективные фразы, фразы-автокоманды, фразы-эхолалии, эхолалии-цитаты, эхолалии обобщенные формулы.

У аутичных детей - слабость или отсутствие реакции на речь взрослого. Отсутствует фиксация взгляда на говорящем. Существует диссоциация между отсутствием реакции на слово и гиперсензитивностью к невербальным звукам, между "непониманием" простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку.

Выявляется лучшая реакция на тихую, шепотную речь.

Наблюдается склонность к вербализации: игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами, в речи присутствуют неологизмы, монологи и аутодиалоги, слова-отрицания страхи аффективно насыщенных метафор склонность к декламации, рифмованию, акцентуации ритма.

При хорошей фразовой речи у детей наблюдается отсутствие речи о себе в первом лице, а также неправильное употребление других различных местоимений.

В отдельных случаях у аутичных детей наблюдается регресс фразовой речи вычурность интонаций, повышение высоты голоса к концу фразы невнятность, свернутость речи, произношение лишь отдельных слогов.

Аутичные дети редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной обстановки, они почти никогда не используют личное местоимение "я" и утвердительное слово "да".

Раннее развитие аутичного ребенка в целом укладывается в примерные сроки нормы вместе с тем существует два варианта общего своеобразного фона, на котором происходит развитие. В первом случае у такого ребенка с самого начала могут проявляться признаки слабости психического тонуса, вялости, малой активности в контактах со средой, не выраженность проявлений даже витальных потребностей (ребенок может не просить есть, терпеть мокрые пеленки). При этом он может есть с удовольствием, любить комфорт, но не настолько, чтобы активно требовать его, отстаивать удобную для себя форму контакта инициативу во всем он предоставляет матери.

И позже такой ребенок не стремится активно исследовать среду. Часто родители описывают таких детей как очень спокойных, "идеальных", удобных. Они могут оставаться одни, не требуя постоянного внимания.

В других случаях дети, напротив, уже в самом раннем возрасте отличаются особой возбудимостью, двигательным беспокойством, трудностями засыпания, особой избирательностью в еде. К ним трудно приспособиться, у них могут вырабатываться особые привычки укладывания спать, кормления, процедур ухода. Свое недовольство они могут выражать так резко, что становятся диктаторами в разработке первых аффективных стереотипов контакта с миром, единолично определяя, что и как надо делать.

Такого ребенка трудно удержать на руках или в коляске. Возбуждение обычно возрастает к году. Когда такой ребенок начинает самостоятельно передвигаться, он становится абсолютно неуправляемым: бежит без оглядки, ведет себя абсолютно без "чувства края". Активность такого ребенка, однако, носит полевой характер и никак не связана с направленным обследованием среды.

Вместе с тем и родители пассивных, подчиняемых, и родители возбужденных, трудно организуемых детей часто отмечали тревожность, пугливость, легкое возникновение у детей состояния сенсорного дискомфорта. Многие родители сообщают, что их дети были особенно чувствительны к громким звукам, не переносили бытовых шумов обычной интенсивности, наблюдалась нелюбовь к тактильному контакту, характерная брезгливость при кормлении в ряде случаев отмечалось неприятие ярких игрушек. Неприятные впечатления во многих случаях надолго фиксировались в аффективной памяти ребенка.

Необычная реакция на сенсорные впечатления проявлялась и в другом. При стремлении ограничить сенсорный контакт с миром, при недостаточной направленности на обследование окружающего отмечалась захваченность, очарованность ребенка определенными стереотипными впечатлениями - зрительными, тактильными, слуховыми, вестибулярными, проприоцептивными. Получив эти впечатления однажды, ребенок вновь и вновь стремился к их

воспроизведению. Лишь после длительного периода увлечения одним впечатлением его сменяло пристрастие к другому.

Характерна трудность отвлечения ребенка от подобных впечатлений, так, девятимесячный ребенок до полного изнеможения растягивает эспандер, другой ребенок засыпает над конструктором.

Захваченность ритмическими повторяющимися впечатлениями вообще характерна для раннего возраста. До года закономерно доминирование в поведении “циркулирующих реакций”, когда ребенок повторяет одни и те же действия ради воспроизведения эффекта - стучит игрушкой, прыгает, закрывает и открывает дверь. Ребенок с нормальным развитием с удовольствием включает взрослого в свою активность

В случае раннего детского аутизма близкому практически не удастся включиться в действия, поглощающие ребенка. Особые сенсорные увлечения начинают отгораживать его от взаимодействия с близкими, а значит от развития и усложнения взаимодействия с окружающим миром.

В связи с проблемой аутизма актуальны вопросы диагностики данного нарушения, симптоматика которого имеет сходство с другими нарушениями нервно-психического развития. Детям с ранним детским аутизмом в первые 2-3 года жизни возможна постановка ошибочного диагноза, поэтому необходима четкая дифференциация РДА и других заболеваний, имеющих аналогичные внешние проявления.

Ранний детский аутизм следует дифференцировать от особой формы умственной отсталости - синдрома “счастливой куклы”. Характерным признаком данного заболевания является сочетание интеллектуальной недостаточности с выраженным недоразвитием речи, частыми приступами смеха и характерной подпрыгивающей походкой, напоминающей движения механической куклы. Часто эти признаки сочетаются с судорожными припадками, импульсивно-агрессивными формами поведения, характерными внешними особенностями (микроцефалия, плоский затылок, редкие зубы, слюнотечение) и неврологическими нарушениями (изменение мышечного тонуса по типу гипотонии и усиление сухожильных рефлексов, проявление мозжечковой атаксии). В отличие от детей с ранним детским аутизмом, эти дети вступают в контакт со взрослыми.

Постановка диагноза детского аутизма (синонимы: РДА, синдром Каннера) основывается на наличии трех основных качественных нарушений: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации, а также наличие стереотипных форм поведения. Они являются общими чертами индивидуального развития и проявляются во всех ситуациях, хотя могут варьировать по степени выраженности. Независимо от наличия или отсутствия умственной отсталости, эпилептических приступов, врожденной краснухи, туберозного склероза, церебрального липидоза, фрагильной Х-хромосомы, которые нередко сопровождают детский аутизм, расстройство определяется только по наличию особенностей поведения, не соответствующих умственному развитию.

Обычно эти особенности проявляются уже на первом году жизни, а к третьему году становятся очевидными.

И все же ранний детский аутизм - заболевание достаточно распространенное. Между тем, это нарушение психического развития недостаточно известно специалистам и семьям, в которых есть дети, больные с аутизмом. Многие учетные придерживаются мнения, что ранний детский аутизм - это отдельное заболевание, имеющее более благоприятный прогноз при лечении и последующей адаптации больных этим расстройством.

Одной из важных проблем при работе с такими детьми является дифференциальная диагностика случаев раннего детского аутизма. Постановка диагноза “ранний детский аутизм” - процедура длительная и ответственная. Она опирается, как правило, на долгое знакомство с ребенком, страдающим аутизмом, и опять-таки на наличие уже известных симптомов в его поведении: избегают общения даже с близкими людьми, у них отсутствует интерес к окружающему миру, явно выражены страхи, особенности поведения характерны повышенные

затруднения в формировании социально-бытовых навыков при сохранном, а часто даже при опережающем биологический возраст интеллекте однообразное (стереотипное), часто ритуальное поведение, которое проявляется в однообразном повторении одних и тех же простых движений или более сложных ритуальных действий чрезмерная психомоторная возбудимость, двигательная расторможенность, которая нередко сочетается с импульсивностью и агрессивным поведением. Такую ситуацию в патопсихологической диагностике нельзя принять за нормальную, учитывая, что постановка диагноза на ранних сроках развития заболевания в четверти случаев позволяет вылечить это расстройство.

Остро сегодня стоит проблема разработки значимых диагностических процедур, которые бы позволили четко различить ранний детский аутизм от олигофрении и шизофрении, причем сделать это как можно раньше - до 4-5 лет.

Необходимо провести анализ расстройств умственных способностей детей больных аутизмом, и детей, страдающих схожими расстройствами - олигофренией и шизофренией. Именно с этими заболеваниями часто путают на практике ранний детский аутизм: в первом случае - по причине сниженного интеллекта, во втором - из-за замкнутости и социальной дезадаптации больного ребенка. Ученые предполагают наличие значимых различий в структуре интеллекта детей, больных аутизмом, и детей, больных олигофренией и шизофренией. Одной из сопутствующих задач при диагностике - это систематизация наиболее значимых симптоматических проявлений олигофрении, шизофрении и раннего детского аутизма и получение на этой базе возможности более точной и быстрой диагностики раннего детского аутизма.

Детский аутизм является одним из наиболее серьезных нарушений в развитии ребёнка. Его основные симптомы - это отрешённость и погружение в себя.

Диагноз РДА ставится при значительных нарушениях в развитии речи и эмоционально-волевой сферы ребёнка, больших затруднениях в общении с окружающими, плохой связи с внешним миром.

Интеллект ребёнка может быть при этом и нормальным.

К большому сожалению, исходя из практики работы детских психологов, диагноз РДА в последнее время перестал быть редким.

Особое значение при диагностировании РДА имеет информация об особенностях поведения ребёнка, полученная от его родителей.

Необходимо обратить особое внимание на поведение ребёнка с тем, чтобы исключить следующие признаки раннего детского аутизма:

- Насколько обычен режим дня ребёнка и соответствует ли возрасту малыша?
- Продолжителен ли ночной сон?
- Соответствуют ли возрасту рацион, приемы кормления или приобретённые навыки самостоятельного питания?
- Продолжительный и часто беспричинный плач.
- Страхи и беспричинные приступы тревоги.
- Полное отсутствие навыков речи или медленное их развитие.
- Если ребёнок использует разговорную речь, то при этом он упоминает о себе во втором или третьем лице (ты, он), но не в первом (я).
- Остановки в развитии или потеря приобретённых навыков (регрессия).
- Странности в поведении, неадекватные реакции.
- Ребёнок избегает взглядов других людей, настойчиво не смотрит в глаза.
- Отсутствие взаимности в общении с другими людьми и интереса к общению, особенно со сверстниками.
- Отсутствие реакции на просьбы взрослых, как будто ребёнок не слышит.
- Частые состояния отрешённости от внешнего мира, пустой взгляд в пространство.
- Навязчивое предпочтение различных предметов без использования их по назначению.

- Навязчивый интерес к определённым областям знаний, очень специфические знания.
- Избегание физических контактов. Например, грудные дети не любят быть на руках.
- Ребёнок не реагирует на боль или, наоборот, сверхчувствителен к боли.
- Часто подвергает себя опасности, не оценивая степени этой опасности.
- Очень чувствителен к различным звукам. Закрывает уши руками.
- Совершает необычные повторяющиеся движения (крутится как волчок, ходит на "цыпочках", машет руками).
- Примитивный характер игры. Стремление к упорядочению предметов.
- Эмоциональные реакции не пропорциональны ситуации или совсем ей не соответствуют.
- Ребёнок не понимает эмоциональные состояния других людей.
- Очень резкие смены настроения.
- Очень резкая реакция на изменение окружающей обстановки.
- Ребёнок не реагирует, когда называют его имя, особенно, если оно перечисляется наряду с несколькими другими именами.
- Хорошая автоматическая память позволяет ребёнку воспроизводить стихи и песни. При этом может иметь место полное непонимание смысла произносимого.
- Необычный тембр голоса или монотонная речь.
- Плохо усваивает навыки общения. Например: не машет ручкой при расставании с близкими.
- При обследовании новых предметов пытается проверить их на вкус и на запах.

В случае возникновения у родителей каких-либо сомнений в отношении поведения ребёнка по каким-то из перечисленных параметров, рекомендуется обратиться за консультацией к врачу - специалисту.

ДЦП в сочетании с ЗПРР - это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП развивается в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития или неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией мышечного тонуса, парезами. К двигательным расстройствам в большей части случаев присоединяются нарушения зрения и слуха (20-25%), речи и др. У некоторых детей могут наблюдаться сопутствующие синдромы: судорожный, мозжечковый, гипертонический, гиперкинетический и иные. Такая сложная клиническая картина и вынужденная обездвиженность создает дефицитарный характер психического развития ребенка с ДЦП, что весьма отрицательно сказывается на его познавательной деятельности в целом. Наиболее распространенной формой нарушения психического развития при данном заболевании является задержка психического развития (50% всей популяции детей с ДЦП) и примерно 20-25% имеют умственную отсталость различной степени выраженности.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности.

Тяжелая. Дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Они не могут себя обслуживать.

Средняя. Дети овладевают ходьбой, но передвигаются с помощью ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.п.) Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.

Легкая. Дети ходят самостоятельно. Они могут себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

При легкой и средней степени поражения (а таких детей более 70% среди всех, страдающих ДЦП) дети могут посещать коррекционно-образовательные детские учреждения. Наиболее тяжелые больные воспитываются и обучаются в специальных учреждениях интернатского типа для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Выделяют пять основных форм детского церебрального паралича:

- двойная гемиплегия,
- спастическая диплегия,
- гемипаретическая форма,
- гиперкинетическая форма,
- атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия — наиболее распространенная форма ДЦП, характеризуется тетрапарезом, при этом руки поражены в меньшей степени, чем ноги. Дети, страдающие спастической диплегией, под влиянием специального обучения могут овладевать навыками самообслуживания, письма и рядом трудовых навыков.

При спастической диплегии возможно преодоление психических и речевых расстройств при условии систематической, направленной коррекционной работы. Двойная гемиплегия — возникает при наиболее тяжелых поражениях незрелого мозга. Это тоже тетрапарез. Однако обе пары конечностей поражаются в одинаковой степени. Больные — практически обездвиженные, безречевые и имеют глубокую степень интеллектуального недоразвития. Их состояние усугубляется наличием сопутствующих синдромов, что приводит к невозможности их воспитания и обучения. При условии отсутствия глубокого интеллектуального недоразвития у этих больных двойная гемиплегия может трансформироваться в спастическую диплегию.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется наличием насильственных движений. Гиперкинезы встречаются в сочетании и с параличами, и с парезами или без них. Широко распространены речевые нарушения (90%), чаще — в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект ребенка при этом часто остается удовлетворительным. Обучению ребенка мешают тяжелые речевые нарушения и тяжелые расстройства произвольных движений. Однако дети с этой формой ДЦП проявляют стремление к общению и обучению. Эта форма вполне благоприятна в отношении обучения и социальной адаптации.

Атонически-астатическая форма ДЦП отличается низким тонусом мышц, в отличие от других форм с высоким тонусом. Для этой формы характерно наличие парезов, атаксии и тремора. У 60% — 75% детей наблюдаются речевые расстройства в форме мозжечковой дизартрии. Довольно часто при этой форме наблюдается недоразвитие психики.

Гемипаретическая форма. При этой форме двигательные расстройства выражены в меньшей степени, чем при других формах ДЦП. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда — укорочение длины паретичной конечности. При этом тяжелее поражаются руки — правая или левая. Эта категория больных ДЦП, как правило, лучше, чем при других формах, общается, социально ориентируется и приучается к труду, но нуждается в коррекции нарушений таких корковых функций, как счет, письмо, пространственное восприятие.

Одной из особенностей, характеризующих детский церебральный паралич, является нарушение моторики рук. При некоторых формах заболевания в течение многих лет сохраняются тонические рефлексы периода новорожденности, которые препятствуют развитию двигательной сферы (Семенова К.А., Махмудова Н.М., 1979).

Однако познавательная деятельность детей с ДЦП нарушается и в связи с особенностями их психического развития. Многие авторы (М.Б. Эйдинова, К.А. Семенова, Р.Я. Абрамович-Лехтман, Е.И. Кириченко, И.Ю. Левченко) относят нарушения психического развития у детей с ДЦП к аномальному психическому развитию и утверждают, что эти нарушения в значительной степени зависят от локализации и времени поражения головного мозга. Согласно теориям, связанным с именами Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.И. Леонтьева,

И.М. Сеченова, П.К. Анохина, А.Г. Лурия, А.В. Запорожца и других авторов, на основе движения, определенных видов практической деятельности формируются процессы восприятия, которые имеют активный характер и являются познавательными. Постепенно с их развитием появляются психологические предпосылки для освоения более сложных видов практической деятельности, что, в свою очередь, способствует развитию более высокой ступени восприятия.

Отечественная психология рассматривает восприятие как своеобразное «ориентировочно-исследовательское действие» (Венгер А.А., Запорожец В.А.).

У ребенка с ДЦП в силу двигательной недостаточности формирование всех видов восприятия может быть нарушено на самых ранних этапах его развития. Причиной являются такие факторы, как нарушение моторного аппарата глаз, недоразвитие статокинетических рефлексов, способствующее ограничению полей зрения у таких детей. Известно, что развитие полей зрения тесно связано с формированием произвольного внимания и всех видов восприятия, в том числе и пространственного.

У детей с ДЦП при недостаточности предметных действий недостаточно развито предметное восприятие, а предметные действия невозможны без развития и совершенствования общей моторики. В результате предметной деятельности происходит развитие осязания. Кроме того, двигательная недостаточность препятствует не только нормальному зрительному и кинестетическому восприятию и их развитию, но и мешает формированию интерсенсорных условных связей, особенно зрительно-моторных.

Известно, что движение, а также практическая деятельность имеет огромное значение в развитии ряда высших корковых функций, особенно пространственных. Этим объясняются часто наблюдаемые пространственные нарушения у детей с церебральными параличами. Многие дети с церебральными параличами испытывают затруднения в восприятии формы, в соотношении в пространстве объемных и плоских величин (А.Л. Добронравова, 1967). Часто ребенок с церебральным параличом не ориентируется в частях собственного тела; развитие схемы тела тесно связано с формированием пространственного восприятия. У больных нарушения пространственного восприятия могут проявляться в сочетании. У них трудно формируются понятия «лево», «право», проявляются элементы пальцевой агнозии, трудности в усвоении письма, чтения, счета. Наряду со зрительным и кинестетическим восприятием в развитии пространственного представления имеет значение деятельность слухового анализатора.

У ребенка с церебральным параличом в силу недостаточности слухового восприятия, недоразвития общей моторики может иметь место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора, что тоже затрудняет развитие пространственного представления.

Все сказанное выше указывает на специфические условия интеллектуального развития детей, страдающих церебральным параличом. Больной ребенок часто не способен различить, обозначить и дифференцировать свои пальцы, не замечая при этом своей несостоятельности. Пальцевая агнозия иногда сочетается с невозможностью обозначения элементов лица. Эти больные не могут нарисовать человека, особенно его лицо и руки. Большие трудности они испытывают при овладении письмом, особенностью этого письма может быть его зеркальность.

Кроме того, у тех, же больных может отмечаться синдром конструктивной апраксии. В речи могут выявляться нарушения по типу моторной алалии, легкие анамнестические нарушения и недоразвитие семантической стороны речи.

Известно, что более выраженными и стойкими перечисленные выше нарушения бывают при определенных формах ДЦП, а именно: правостороннем гемипарезе, спастической диплегии при минимальном поражении рук (синдром Литтля). По мере проведения лечебно-педагогических мероприятий эти процессы могут быть обратимыми. Итак, патология двигательной функциональной системы у детей, страдающих церебральными

параличами, является одним из важных факторов, замедляющих и искажающих психическое развитие. Патология зрительного и слухового восприятия в результате поражения рецепторных систем также может привести к недоразвитию познавательной деятельности, речи и интеллекта в целом. Кроме того, частые явления при этом заболевании — недостатки в развитии речи, что нарушает коммуникативность, обобщающие и регулирующие функции речи. Условия воспитания больного ребенка играют важнейшую роль в патогенезе психических нарушений, а именно — недостаточность коммуникативных связей с окружающим, иногда невозможность игры и систематического обучения. Реакция на свое инвалидизирующее хроническое заболевание, неправильное поведение родителей, чрезмерно опекающих или, наоборот чересчур требовательных к своему больному ребенку, могут развить в одних случаях пассивность, неумение преодолеть трудности, в других — реакцию протеста, негативизм, упрямство.

Нарушение зрения в сочетании в сочетании с ЗПРР - к детям с нарушением зрения относятся:

- слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором острота зрения равна 0,04 и ниже на лучше видящем глазу;
- слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;
- дети с пониженным зрением – дети, страдающие значительным снижением остроты зрения (от 0,05 до 0,8 на лучше видящем глазу с оптической коррекцией).

При всех глазных патологиях чаще всего поражается центральное зрение – острота зрения, в результате чего затрудняется процесс рассматривания мелких предметов, нарушается восприятие формы и величины предметов, расстояние восприятия.

Различают врожденные и приобретенные формы глазной патологии.

Врожденные: вызванные различными вирусными и инфекционными заболеваниями (грипп, токсоплазмоз и др.), нарушениями обмена веществ матери во время беременности; наследственная передача некоторых дефектов зрения (уменьшение размеров глаз, катаракта и др.); иногда обусловленные врожденными доброкачественными мозговыми опухолями (такие нарушения проявляются не сразу

Приобретенные: внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы во время родов и в раннем возрасте ребенка; в связи с повышением внутриглазного давления; на фоне общего соматического ослабления здоровья ребенка; недоношенные детей с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки), при которой часто наступает тотальная слепота.

Все чаще в последнее время множественные дефекты у новорожденного объясняют глубокой недоношенностью, которая наступила в результате преждевременных родов по неясной для врачей причине. Одной из распространенных причин снижения зрения являются аномалии рефракции: дальнозоркость, близорукость, астигматизм, косоглазие.

Косоглазие и возникающая на его фоне амблиопия, являются часто встречающимися заболеваниями. Своевременное выявление и лечение косоглазия позволяет сохранить, восстановить и улучшить зрение у детей еще в период раннего и дошкольного возраста.

Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, появляются навязчивые стереотипные движения: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта ребенка, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью.

Таким образом, понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществлять психолого-педагогическую коррекционную работу. Но при этом необходимо знать и систему лечения зрения детей, с тем, чтобы способствовать активизации и упражнению нарушенных функций зрения. Зрительный дефект обуславливает ход психического развития ребенка при отсутствии специального обучения и воспитания, то есть коррекционных методов и средств помощи. Без

этого дефект у ребенка может привести к целому ряду вторичных отклонений, сдерживающих процесс социальной адаптации и интеграции детей с нарушением зрения.

Дети с нарушением слуха

Дети с нарушением слуха являются особой группой социума, поскольку у них нет возможности полноценного общения с окружающей средой. Ведь слух является средством восприятия мира, который наполняют разные звуки: смех и голоса людей, шорох листвы и пение птиц. Полная или частичная потеря слуха у ребенка — единственный физический дефект, который приводит к снижению интеллекта и задержке умственного развития маленького человека.

Согласно статистике, 15 из 1000 новорожденных имеют проблемы со слухом. Сейчас в мире более 500 миллионов людей, которые страдают частичной или полной потерей слуха. Глухота порождает расстройства речи. Слабослышащие дети плохо воспринимают как собственные слова, так и разговоры других людей. Из-за этого им сложно научиться говорить.

Причины глухоты у детей

Нарушение слуха у детей — это полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать звуки. Причин такого явления несколько:

1. Наследственность (врожденное нарушение, которое передается детям от их глухих родственников).
2. Отклонения, связанные с беременностью и родами (инфекционное заболевание будущей мамы, родовые травмы, прием беременной женщиной запрещенных медицинских препаратов, появление на свет недоношенного ребенка).
3. Детские инфекционные заболевания (менингит, скарлатина, энцефалит, осложнение гриппа, паротит, свинка).
4. Черепно-мозговые травмы в раннем возрасте.
5. Хроническое воспаление уха.
6. Неправильное медикаментозное лечение.

Как определить нарушение у ребенка

Родители могут самостоятельно с помощью несложных приемов проверить слух ребенка на первом году его жизни. Для этого нужно повнимательнее присмотреться к младенцу и выяснить, выполняет ли он следующие действия:

1. Малыш реагирует криком или широко открытыми глазами на громкие звуки.
2. Ребенок обращает внимание на голос мамы.
3. В возрасте 4 месяцев поворачивает голову на голоса людей и звуки, издаваемые игрушками.
4. В возрасте 1,5-4 месяцев начинает произносить разные звуки, которые в следующие месяцы жизни переходят в более или менее понятную речь.

Кроме того, диагностировать слуховые нарушения у младенца с первых месяцев жизни помогут специалисты. В некоторых странах Европы для этого используют универсальный скрининг — современную технологию, которая помогает безболезненно проверить слух у новорожденного путем исследования работы улитки внутреннего уха. Кроме того, всегда можно обратиться за помощью к детскому врачу.

Классификация детей с нарушением слуха

Р.М. Боскис выделяет две группы ребят с нарушениями слуха: глухие и слабослышащие. К первой группе относят детей, которые не могут естественно воспринимать речь и самостоятельно ей овладеть.

Глухих малышей и подростков делят еще на два типа: рано оглохших и поздно оглохших.

К первому виду относят тех, кто потерял слух в раннем возрасте, до того, как начал говорить. В большинстве случаев такие дети воспринимают только очень громкие и резкие звуки.

Поздно оглохшими являются те, кто потерял слух вследствие травмы или болезни уже после того, как немного овладел речью. В таком случае родители могут сохранить речевые навыки своего ребенка, занимаясь с ним закреплением выученных слов и обучая чтению по губам.

Слабослышащие (или тугоухие) — это ребята с частичной потерей возможности слышать. У них наблюдают затрудненное речевое развитие, но в то же время самостоятельное освоение речевого запаса слов.

Б.С. Преображенский исследовал детей с проблемами слуха и выделил 4 группы слабослышащих:

1. Легкая тугоухость (ребенок различает разговорную речь на расстоянии 6-8 м).
2. Умеренная степень тугоухости (может хорошо слышать на расстоянии 4-6 м).
3. Значительная степень тугоухости (воспринимает слова и целые предложения на расстоянии 2-4 м).
4. Тяжелая степень тугоухости (разговорная речь улавливается на расстоянии до 2 м).

Французский врач Института глухонемых в Париже Итар сделал такую классификацию слабослышащих:

1. Малыши, которые слышат громкую речь возле самого уха.
2. Ребята, различающие гласные и согласные буквы.
3. Дети, которые воспринимают только некоторые гласные и согласные.
4. Не различающие слов, но слышащие разные звуки (звонок в двери, гром и т.д.).
5. Полностью глухие.

Западные ученые различают 3 степени тугоухости — легкую, среднюю и тяжелую — и 3 группы глухоты: полную, почти полную, частичную.

Речь слабослышащих детей

Обучение речи ребенка сильно зависит от степени снижения слуха. Чем меньше малыш слышит, тем хуже он говорит. В особо тяжелых случаях, когда ребенок почти ничего не слышит, он может быть глухонемым. Не слышащие дети нуждаются в специальном обучении сурдопедагога.

Врачи утверждают, что дети, которые потеряли слух в возрасте до 2 лет, когда речь еще была несформированной, без ранней помощи не могут общаться с людьми всю оставшуюся жизнь.

Если же малыш перестал слышать в 3-3,5 года, его речь еще можно сохранить с помощью специального обучения.

В 4-5 лет слабослышащий ребенок также забывает все выученные слова и фразы, если с ним сразу же не начнет заниматься специалист.

Потеря слуха в 6-7 лет может сильно испортить речь маленького человека без немедленной помощи специалиста.

Для того, чтобы ребенок не смог нормально овладеть своей речью, достаточно даже частичной глухоты. Частичная потеря слуха в возрасте до 3 лет способствует значительной задержке и недоразвитию речи, а после 3 лет может полностью сохраниться благодаря обучению специалиста. Речевое развитие маленького ребенка полностью зависит от взрослых. При своевременном обнаружении потери слуха у малыша и специальной помощи слух можно сохранить.

1.1.5. Планируемые результаты освоения программы

Для успешности воспитания и обучения детей-инвалидов необходима правильная оценка их возможностей и выявление особых образовательных потребностей. В связи с этим особая роль отводится психолого-педагогической диагностике, позволяющей:

- выявить индивидуальные психолого-педагогические особенности ребенка инвалида;
- обеспечить индивидуальным сопровождением каждого ребенка с инвалида;
- спланировать коррекционные мероприятия, разработать программы коррекционной работы;
- оценить динамику развития и эффективность коррекционной работы;

- определить условия воспитания и обучения ребенка;
- консультировать родителей ребенка.

Все полученные данные заносятся в карту психолого-педагогического сопровождения ребенка, фиксируются психические, неврологические, хронические соматические заболевания. Данная информация обязательна для изучения педагогами и воспитателями, работающими с ребенком, с целью создания необходимых условий для его развития в дошкольном учреждении.

Психолого-педагогическое обследование является одним из компонентов комплексного подхода в изучении развития детей инвалидов. Его результаты рассматриваются в совокупности с другими данными о ребенке.

Психодиагностическое обследование ребенка с проблемами в развитии является системным и включает в себя изучение всех сторон психики (познавательная деятельность, речь, эмоционально-волевая сфера, личностное развитие). В качестве источников диагностического инструментария используются научно-практические разработки С. Д. Забрамной, Е. А. Стребелевой, М. М. Семаго. По результатам проведенных обследований проводится качественный анализ, который предполагает оценку особенностей процесса выполнения ребенком заданий и допускаемых ошибок на основе системы качественных показателей.

Качественные показатели, характеризующие эмоциональную сферу и поведение ребенка:

- особенности контакта ребенка;
- эмоциональная реакция на ситуацию обследования;
- реакция на одобрение;
- реакция на неудачи;
- эмоциональное состояние во время выполнения заданий;
- эмоциональная подвижность;
- особенности общения;
- реакция на результат.

Качественные показатели, характеризующие деятельность ребенка:

- наличие и стойкость интереса к заданию;
- понимание инструкции;
- самостоятельность выполнения задания;
- характер деятельности (целенаправленность и активность);
- темп и динамика деятельности, особенности регуляции деятельности;
- работоспособность;
- организация помощи.

Качественные показатели, характеризующие особенности познавательной сферы и моторной функции ребенка:

- особенности внимания, восприятия, памяти, мышления, речи;
- особенности моторной функции.

В комплексной оценке психического развития и потенциальных возможностей детей с комплексными нарушениями для определения содержания дальнейшего обучения проводится педагогическое обследование. Оно предусматривает: получение сведений о ребенке, раскрывающих знания, умения, навыки, которыми он должен обладать на определенном возрастном этапе, установление основных проблем в обучении, темпа усвоения материала, выявление особенностей образовательной деятельности дошкольников инвалидов. При этом используются такие методы, как непосредственная беседа с ребенком и родителями, анализ работ дошкольника (рисунков, поделок и др.), педагогическое наблюдение. Особое место отводится наблюдению за познавательной активностью ребенка, в процессе которого

отмечается мотивационный аспект деятельности, свидетельствующий о личностной зрелости дошкольника.

В связи с тем, что дети и семьи, получающие помощь по данной программе имеют разные по природе, сочетанию или тяжести нарушения и проблемы и различный возраст, то постановка целей отражена в индивидуальном образовательном маршруте, а значит и результаты сугубо индивидуальны для каждого ребенка. Позитивным результатом следует считать достижение краткосрочных целей, которые признаны специалистами реальными для данного ребенка и семьи на данном этапе. Оптимальный срок для контроля достижения краткосрочных целей – 4 месяца.

Результаты оценки индивидуального развития воспитанника МБДОУ предоставляется специалистам МБДОУ, методисту, заместителю заведующего по ВМР.

Участие ребенка в педагогической диагностике (мониторинге) допускается только с согласия его родителей (законных представителей). Результаты педагогической диагностики могут использоваться для проведения квалифицированной коррекции развития детей.

II. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Образовательная деятельность в соответствии с направлениями развития детей

Коррекция отклонений в развитии ребенка реализуется командой специалистов: учителем-логопедом, педагогом-психологом, дефектологом на основании углубленной диагностики особенностей развития ребенка. Работа по коррекции и развитию ребенка планируется коллегиально, её результаты регулярно обсуждаются специалистами. Также работу осуществляют воспитатель. В программу занятий воспитанника вносятся коррективы – добавление или исключение определенного вида занятий, изменение содержания проводимых занятий в зависимости от состояния ребенка на данный момент. В зависимости от объема и направлений психолого-педагогической помощи, необходимой ребенку, коррекционная и развивающая работа организовывается в рамках следующих направлений:

- познавательное развитие;
- речевое развитие;
- развитие мелкой и общей моторики;
- социально-коммуникативное;
- Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности

1.1. «Познавательное развитие»

Направлено на обучение ребенка ориентированию и действиям в окружающем его пространстве и пониманию происходящего. Сначала ребенок учится выполнять определенные действия по образцу. Затем он постепенно начинает понимать инструкцию и действовать по ней, а потом и самостоятельно планировать свои действия, перенося полученные навыки в повседневную жизнь. Игры и упражнения подбирают так, чтобы они были направлены на развитие предметно-действенного мышления, а в дальнейшем – наглядно-образного и словесно-логического, развивающие ситуации должны быть тесно связаны с практическим опытом ребенка. Данное направление включает следующие разделы:

- Сенсорное развитие (все виды восприятия: продолжать развивать ориентировки на величину, форму, цвет, целостное восприятие предметов, тактильно-двигательное восприятие, слуховое).
- Развитие психических функций:
 - слуховое внимание;
 - зрительное внимание;
 - память;
 - мышление;

- воображение.
- Ознакомление с окружающим миром.
- Ознакомление с художественной литературой.
- Развитие пространственных, временных и элементарных математических представлений.
- Обучение игре.

1.2. «Речевое развитие»

Направлено на формирование предпосылок речевой деятельности, правильного произношения, слоговой структуры слова, развитие фонематического слуха, звукобуквенного анализа и синтеза, лексико-грамматического строя, связной речи, подготовки к обучению грамоте. Особое внимание уделяется формированию переноса навыков, сформированных при индивидуальных занятиях со специалистом, в повседневную жизнь ребенка и в его общение с другими детьми. Для этого планируются различные виды совместной детско-взрослой и детской деятельности, в которой дети учатся задавать вопросы, откликаться на просьбы, сотрудничать друг с другом. Данное направление включает следующие разделы:

- Развитие понимания обращенной речи.
- Формирование активной речи
- Развитие и обогащение словаря.
- Формирование и совершенствование грамматического строя речи:
 - развитие фонетико-фонематической системы языка, навыков звукового анализа;
 - коррекция произносительной стороны речи;
 - работа над слоговой структурой слова;
 - совершенствование фонематического восприятия, развитие навыков звукового анализа и синтеза.
- Обучение элементам грамоты.
- Развитие связной речи и речевого общения.

1.3. «Развитие мелкой и общей моторики»

Направлено на формирование движений. Специальные упражнения направлены на развитие у ребенка умения ходить и бегать, спускаться и подниматься по лестнице, играть с мячом. Для развития мелкой моторики используют игры на формирование хватания (целенаправленное, с учетом формы и размера предметов) кулаком, щепотью, двумя пальцами; соотносящих движений (совмещение двух предметов или частей одного); подражания движениям рук (навыки ручной деятельности); развитие кистей и пальцев рук (разнообразные движения, более тонкие и дифференцированные). Данное направление включает следующие разделы:

- Развитие двигательных навыков.
- Развитие мелкой моторики.
- Формирование схемы тела.
- Развитие крупной моторики и пространственной ориентации.
- Развитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации.
- Развитие интереса к подвижным играм.

1.4. «Социально-коммуникативное развитие»

Направлено на формирование способностей положительно реагировать на других детей и адекватного поведения в ситуациях группового занятия, расширение круга предметно – игровых действий. Немаловажную роль играет развитие сотрудничества «особого» ребенка со взрослыми и с детьми. В рамках данного направления большое внимание отводится установлению эмоционального контакта с ребенком, преодолению негативизма, сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов. Преодоление отрицательных аффективных форм поведения (влечений, агрессии) достигается путем организации целенаправленного поведения. Этому способствует четкий распорядок дня и формирование стереотипного поведения в определенных ситуациях. Постепенно у ребенка происходит развитие

коммуникативной и планирующей функции речи. Данное направление включает в себя следующие разделы:

- Развитие коммуникативных навыков:
 - вербальных;
 - невербальных;
 - альтернативных средств общения.
- Личностно-социальное развитие:
 - формирование самосознания;
 - формирование навыков самообслуживания;
 - формирование социального взаимодействия ребенка.
- Развитие речевой коммуникации.
- Эмоциональное развитие:
 - осознание собственных чувств и эмоций ребенком;
 - развитие навыков саморегуляции;
 - коррекция аффективных нарушений.
- Формирование умения следовать правилам.

1.5. «Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности»

Направлено на привлечение детей к участию в инсценировках, праздниках, утренниках, акциях, конкурсах, формирование положительного отношения к продуктивной деятельности и ее результату. Данное направление включает следующие разделы:

- Формирование положительного отношения к продуктивной деятельности и ее результату.
- Обучение действовать по подражанию.
- Ознакомление детей со свойствами материалов (соленого теста, пластилина, глины, красок, бумаги, картона, клея) и оборудования для изобразительной деятельности.
- Побуждение детей участвовать в создании совместных поделок.
- Развитие фантазии и креативности.

Подробно содержание образовательной деятельности по каждому направлению развития ребенка представлено в рабочих программах педагогов (воспитателей, учителей-логопедов, педагогов-психологов) с учетом возрастных, индивидуальных и специфических особенностей детей.

Описание способов реализации Программы

Способы взаимодействия специалистов

В работу с ребенком и семьей в рамках программы могут быть вовлечены от одного до нескольких специалистов, которые договариваются между собой о сферах ответственности. В каждом случае определяется ведущий специалист, т.е. тот который отвечает за составление индивидуального образовательного маршрута с ребенком и семьей, привлекает по необходимости других специалистов, сотрудничает с ними, реализует все основные компоненты сезонной работы. Профессиональное взаимодействие специалистов поддерживается на еженедельных консилиумах, на которые выносятся наиболее сложные вопросы ведения конкретных семей, разборы диагностических и рабочих сеансов, планирование и подготовка тренингов для родителей и групповых форм работы с семьями, обсуждение приема и отчисления семей, определение форм работы и состава специалистов, участвующих в ведении семьи.

Методы и техники работы в рамках программы

При обследовании ребенка и семьи специалисты используют сбор анамнеза, анкетирование, активное слушание, непосредственное наблюдение за ребенком в игре, опросники, родительские сочинения.

В лекотеке представлены следующие формы работы:

1. Консультация специалистов: педагога-психолога, учителя-логопеда.

Основная задача: профилактика возникновения более серьёзных проблем в развитии.

Специалисты должны дать родителям информацию по каждому вопросу, познакомить их с разными способами решения имеющейся проблемы, чтобы в будущем они могли заниматься с ребёнком в домашних условиях самостоятельно.

2. Диагностический игровой сеанс включает диагностику уровня развития ребёнка, которая осуществляется в игровой форме и предполагает междисциплинарную оценку специалистов.

3. Игровой сеанс — это использование игровой терапии (от греч. «служитель») в определённый промежуток времени (от 30 минут до 1 часа) без перерыва, это игровой процесс, который можно наблюдать и которому необходимо способствовать, но его невозможно использовать, это процесс ожидания результатов ребёнка.

4. Индивидуальные занятия. Продолжительность индивидуальных занятий составляет от 15 минут до 30 минут в зависимости от возраста и сложности нарушений развития детей.

2.2. Особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями воспитанников

Ведущие цели взаимодействия ДООУ с семьёй — создание в детском саду необходимых условий для развития ответственных и взаимозависимых отношений с семьями воспитанников, обеспечивающих целостное развитие личности дошкольника, повышение компетентности родителей в области воспитания. Работа с родителями регулируется Уставом и Договором о взаимоотношении между МБДОУ и родителями (законными представителями) ребенка. При подписании договора администрация знакомит каждого родителя с нормативными документами МДОУ.

Для решения задач по педагогическому просвещению родителей организуются собрания, индивидуальные консультации, беседы, представляются практические рекомендации. Для изучения родительского запроса проводится анкетирование или опрос. По результатам анализа анкет планируется дальнейшая работа с родителями.

Основные формы взаимодействия с семьёй:

- *знакомство с семьёй*: встречи-знакомства, анкетирование;
- *информирование родителей о ходе образовательного процесса*: индивидуальные и групповые консультации, родительские собрания, оформление информационных стендов, организация выставок детского творчества, приглашение родителей на детские мероприятия, распространение памяток;
- *образование родителей*: семинары-практикумы, мастер-классы, создание библиотеки (медиаотеки);
- *совместная деятельность*: привлечение родителей к организации утренников, конкурсов, спортивных мероприятий, выездных маршрутов (в музей, библиотеку и пр.), экскурсий;
- *наглядные формы информирования*: стенды для информации, журналы, памятки, буклеты, тематические выставки детских и совместных с родителями работ, презентации работы ДООУ посредством слайд-шоу, видеопросмотров;
- *формы обратной связи*, такие как анкетирование, интервьюирование, индивидуальные беседы, экспресс-опрос родителей.

Партнерские отношения с родителями подкрепляются техниками конструктивного диалога, консультированием родителей специалистом.

В работе с детьми используются техники развития общения, игровая терапия, различные варианты арт-терапии (театральная, изобразительная, фольклорная), техники развития ориентировки, большой, тонкой и оральной моторики, техники развития инициативы ребенка.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

3.1. Организация режима пребывания детей в ДОУ

Режим дня в лекотеке устанавливается с учетом Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 № 26 об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»

Количество занятий в неделю

Обычная интенсивность занятий по программе лекотека составляет:

- для ребенка - от 1 до 5-х раз в неделю,
- для родителей - от 1 до 2-х раз в месяц - в зависимости от состояния ребенка, возможностей родителей, занятости специалистов Лекотеки.

Тематическое планирование занятий

Исходя из индивидуальных особенностей детей с различными вариантами нарушения развития и специфики проблем родителей разработать универсальный тематический план занятий по программе лекотека не представляется возможным.

Структура занятий

Все занятия имеют гибкую структуру, разработанную с учетом возрастных особенностей детей и степени выраженности дефекта. Занятия строятся на основе принципов интегрирования (включение элементов музыкотерапии, развития мелкой и общей моторики, танцевально-двигательной терапии, социально-коммуникативного и творческого развития), системности и преемственности. Выбор тематики занятий определяется характером нарушения развития и подбором наиболее адекватной тактики коррекционно-развивающей работы. Формы работы определяются целями занятий, для которых характерно сочетание как традиционных приемов и методов, так и инновационных (рисуночные тесты, рисование под музыку, игры с песком и др.) - индивидуальные занятия.

3.2. Планирование образовательной деятельности

Организованная образовательная деятельность	
Базовый вид деятельности	Лекотека
Познавательное развитие	2 раза в неделю
Речевое развитие	2 раза в неделю
Развитие мелкой и общей моторики	2 раза в неделю
Социально-коммуникативное развитие	2 раза в неделю
Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности	2 раза в неделю
Итого	10 занятий

	в неделю в интеграции	
Самостоятельная деятельность детей		
Игра	2 раза в неделю	2 раза в неделю
Совместная деятельность детей, педагога и родителя	2 раза в неделю	2 раза в неделю

3.3. Кадровые условия реализации программы

Требования к кадровым условиям реализации программы ДООУ включают:

- укомплектованность ДООУ руководящими, педагогическими и иными работниками;
- уровень квалификации руководящих, педагогических и иных работников ДООУ;
- непрерывность профессионального развития и повышения уровня профессиональной компетентности педагогических работников ДООУ.

Дошкольная образовательная организация, реализующая Программу, должна быть укомплектована квалифицированными руководящими, педагогическими, административно-хозяйственными работниками и учебно-вспомогательным персоналом.

Для осуществления управления образовательной деятельностью, методического обеспечения, реализации Программы, ведения финансово-хозяйственной, медицинской деятельности, необходимой охраны жизни и здоровья, организация для воспитания воспитанников привлекается соответствующий квалифицированный персонал (заключаются договоры с организациями, предоставляющими соответствующие услуги).

Реализация Программы должна обеспечиваться педагогическими работниками, квалификационные характеристики которых установлены в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования»), утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г., № 761н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 октября 2010 г., регистрационный № 18638), с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» от 17 октября 2013 г., № 1155 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 ноября 2013 г., регистрационный № 30384).

Право на занятие педагогической деятельностью имеют лица, имеющие среднее профессиональное или высшее образование и отвечающие квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или) профессиональным стандартам. (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», глава 5, статья 46).

Педагогический работник - физическое лицо, которое состоит в трудовых, служебных отношениях с организацией, осуществляющей образовательную деятельность, и выполняет обязанности по обучению, воспитанию обучающихся и (или) организации образовательной деятельности (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 2, п. 21.).

Уровень квалификации руководящих и педагогических работников ДОО, реализующей Программу, для каждой занимаемой должности должен соответствовать квалификационным характеристикам по соответствующей должности, а для педагогических работников государственного или муниципального образовательного учреждения - также квалификационной категории.

В Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования»)

определены должности руководителя (заведующего), заместителя руководителя образовательного учреждения, а также перечень должностей педагогических работников и квалификационные требования к ним.

Требования к квалификации управленческих и педагогических кадров

Управленческие кадры: высшее профессиональное образование по направлениям подготовки «Государственное и муниципальное управление», «Менеджмент», «Управление персоналом» и стаж работы на педагогических должностях не менее 5 лет или высшее профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование в области государственного и муниципального управления или менеджмента и экономики и стаж работы на педагогических или руководящих должностях не менее 5 лет.

Учитель-логопед: высшее профессиональное образование в области логопедии без предъявления требований к стажу работы.

Педагог-психолог: высшее или среднее профессиональное образование по направлению подготовки «Педагогика и психология» без предъявления требований к стажу работы либо высшее или среднее профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование по направлению подготовки «Педагогика и психология» без предъявления требований к стажу работы.

Воспитатель: высшее или среднее профессиональное образование по направлению подготовки «Образование и педагогика» без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное образование или среднее и дополнительное профессиональное образование по направлению подготовки «Образование и педагогика» без предъявления требований к стажу работы.

Профессиональные обязанности педагогов дошкольного образования

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», глава 5, статья 48, педагогические работники ДОО обязаны:

- осуществлять свою деятельность на высоком профессиональном уровне, обеспечивать в полном объеме реализацию Программы;
- соблюдать правовые, нравственные и этические нормы, следовать требованиям профессиональной этики;
- уважать честь и достоинство воспитанников и других участников образовательных отношений;
- развивать у воспитанников познавательную активность, самостоятельность, инициативу, творческие способности;
- формировать гражданскую позицию, способность к труду и жизни в условиях современного мира, формировать культуру здорового и безопасного образа жизни;
- применять педагогически обоснованные и обеспечивающие высокое качество образования формы, методы обучения и воспитания;
- учитывать особенности психофизического развития детей и состояние их здоровья, взаимодействовать при необходимости с медицинскими организациями.

В соответствии с ФГОС ДО, деятельность педагогических работников в ДОО (группе) должна исключать перегрузки, влияющие на надлежащее исполнение ими их профессиональных обязанностей, тем самым, снижающие необходимое индивидуальное внимание к воспитанникам и способные негативно отразиться на благополучии и развитии детей.

Необходимым условием качественной реализации Программы является ее непрерывное сопровождение педагогическими и учебно-вспомогательными работниками в течение всего времени ее реализации в ДОО или в группе.

Профессиональное развитие педагогических работников

Педагогические работники ДОО обязаны:

- систематически повышать свой профессиональный уровень;
- проходить аттестацию на соответствие занимаемой должности в порядке, установленном законодательством об образовании (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации, глава 5, статья 49).

Непрерывность профессионального развития педагогических работников должна обеспечиваться в процессе освоения ими дополнительных профессиональных образовательных программ в установленном объеме, не реже чем каждые 5 лет в образовательных учреждениях, имеющих лицензию на правоведеление данного вида образовательной деятельности.

У педагогов должны быть сформированы профессиональные компетенции, необходимые для успешной реализации пяти основных образовательных областей (социально-коммуникативное, познавательное, речевое, художественно-эстетическое, физическое развитие), определяющих содержание дошкольного образования в соответствии со Стандартом.

Современный педагог должен уметь обеспечивать развитие личности, мотивации и способностей детей в различных видах деятельности в их тесной взаимосвязи.

В настоящее время актуализировалась проблема профессиональной готовности участников образовательного процесса к эффективному решению учебно-познавательных и профессиональных задач с применением информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), а также наличие служб поддержки применения ИКТ в дошкольной образовательной организации. Успешное функционирование информационной образовательной среды обеспечивается не только наличием электронных образовательных ресурсов, но и профессиональной компетентностью работников, их использующих.

В системе дошкольного образования должны быть созданы условия для взаимодействия ДОО, обеспечивающие возможность восполнения недостающих кадровых ресурсов, распространения инновационного опыта других образовательных организаций, проведения комплексных мониторинговых исследований результатов образовательного процесса и эффективности инноваций.

Аттестация педагогов дошкольных организаций

Аттестация педагогов ДОО проводится в целях подтверждения соответствия педагогических работников занимаемым ими должностям и по желанию педагогических работников в целях установления квалификационной категории.

Проведение аттестации педагогических работников на соответствие занимаемым ими должностям осуществляется один раз в 5 лет на основе оценки их профессиональной деятельности аттестационными комиссиями, самостоятельно формируемыми организациями, осуществляющими образовательную деятельность.

Проведение аттестации в целях установления квалификационной категории педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность и находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, осуществляется аттестационными комиссиями, формируемыми федеральными органами исполнительной власти, в ведении которых эти организации находятся, а в отношении педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность и находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, педагогических работников муниципальных и частных организаций, осуществляющих образовательную деятельность, проведение данной аттестации осуществляется аттестационными комиссиями, формируемыми уполномоченными органами государственной власти субъектов Российской Федерации (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», глава 5, статья 49).

3.4. Материально-техническое обеспечение Программы

Деятельность лекотеки связана с использованием вспомогательных средств, обеспечивающих полноценное вовлечение ребенка с особыми нуждами и окружающих его людей в игровую активность для обучения и развития общения в игре. Эти средства должны покрывать все основные потребности ребенка с особыми нуждами, связанные с организацией его игровой деятельности. Материальная база лекотеки должна включать как минимум следующие разделы:

- оборудование для развития общей подвижности;
- игрушки для развития ручных навыков;
- игрушки для развития тактильного восприятия;
- игрушки и средства для развития зрительного восприятия;
- игрушки для развития слухового восприятия;
- игрушки для развития мышления;
- игрушки для развития речи и языка,
- игрушки для поддержки социально-эмоционального развития;
- игрушки для игры с водой;
- игрушки для игры с сыпучими материалами;
- материалы для изобразительного творчества;
- музыкальные игрушки;
- книги для детей;
- видеотека;
- книги для родителей;
- средства для развития невербальной коммуникации;
- выставка самодельных игрушек.

3.5. Финансовые условия реализации Программы

Финансовое обеспечение реализации Программы опирается на исполнение расходных обязательств, обеспечивающих государственные гарантии прав на получение общедоступного и бесплатного дошкольного общего образования. Объем действующих расходных обязательств отражается в муниципальном задании МБДОУ, реализующей программу дошкольного образования.

Государственное задание устанавливает показатели, характеризующие качество и объем муниципальной услуги по предоставлению общедоступного бесплатного дошкольного образования, а также по уходу и присмотру за детьми в МБДОУ, а также порядок ее оказания. Программа служит основой для определения показателей качества соответствующей муниципальной услуги.

Финансовое обеспечение реализации Программы осуществляется на основании муниципального задания и исходя из установленных расходных обязательств, обеспечиваемых предоставляемой субсидией.

Обеспечение государственных гарантий реализации прав на получение общедоступного и бесплатного дошкольного общего образования в МБДОУ, осуществляется в соответствии с нормативами, определяемыми органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Норматив затрат на реализацию образовательной программы дошкольного общего образования – гарантированный минимально допустимый объем финансовых средств в год в расчете на одного воспитанника по программе дошкольного образования, необходимый для реализации Программы, включая:

расходы на оплату труда работников;

расходы на приобретение учебных и методических пособий, средств обучения, игр, игрушек;

прочие расходы (за исключением расходов на содержание зданий и оплату коммунальных услуг, осуществляемых из местных бюджетов, а также расходов по уходу и присмотру за детьми, осуществляемых из местных бюджетов или за счет родительской платы, установленной учредителем организации, реализующей образовательную программу дошкольного образования).

В соответствии со ст.99 Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" нормативные затраты на оказание государственной или муниципальной услуги в сфере образования определяются по каждому виду и направленности образовательных программ, с учетом форм обучения, типа образовательной организации, сетевой формы реализации образовательных программ, образовательных технологий, специальных условий получения образования воспитанниками с ограниченными возможностями здоровья, обеспечения дополнительного профессионального образования педагогическим работникам, обеспечения безопасных условий обучения и воспитания, охраны здоровья воспитанников, а также с учетом иных предусмотренных законодательством особенностей организации и осуществления образовательной деятельности (для различных категорий воспитанников), за исключением образовательной деятельности, осуществляемой в соответствии с образовательными стандартами, в расчете на одного воспитанника, если иное не установлено законодательством.

Органы местного самоуправления вправе осуществлять за счет средств местных бюджетов финансовое обеспечение предоставления дошкольного образования муниципальными образовательными организациями в части расходов на оплату труда работников, реализующих Программу, расходов на приобретение учебных пособий, средств обучения, игр, игрушек сверх норматива финансового обеспечения, определенного субъектом Российской Федерации.

Реализация подхода нормативного финансирования в расчете на одного воспитанника осуществляется на трех следующих уровнях:

- межбюджетные отношения (бюджет субъекта Российской Федерации – местный бюджет);
- внутрибюджетные отношения (местный бюджет – образовательная организация);
- образовательная организация, реализующая программы дошкольного общего образования.

Нормативные затраты на оказание муниципальных услуг включают в себя затраты на оплату труда педагогических работников с учетом обеспечения уровня средней заработной платы педагогических работников за выполняемую ими педагогическую работу и иные виды работ по реализации программы дошкольного общего образования, определяемого в соответствии с Указами Президента Российской Федерации, нормативно-правовыми актами Правительства Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления. Расходы на оплату труда педагогических работников образовательных организаций, включаемые органами государственной власти субъектов Российской Федерации в нормативы финансового обеспечения, не могут быть ниже уровня, определенного нормативно-правовыми документами регулирующими уровень оплаты труда в отрасли образования субъекта Российской Федерации.

Формирование фонда оплаты труда образовательной организации осуществляется в пределах объема средств образовательной организации на текущий финансовый год, установленного в соответствии с нормативами финансового обеспечения, определенными органами государственной власти субъекта Российской Федерации, количеством воспитанников, соответствующими поправочными коэффициентами (при их наличии) и

локальным нормативным актом образовательной организации, устанавливающим положение об оплате труда работников образовательной организации.

Образовательная организация самостоятельно определяет:

- соотношение базовой и стимулирующей части фонда оплаты труда;
- соотношение фонда оплаты труда руководящего, педагогического, инженерно-технического, административно-хозяйственного, производственного, учебно-вспомогательного и иного персонала;
- соотношение общей и специальной частей внутри базовой части фонда оплаты труда;
- порядок распределения стимулирующей части фонда оплаты труда в соответствии с региональными и муниципальными нормативными правовыми актами.

В распределении стимулирующей части фонда оплаты труда учитывается мнение коллегиальных органов управления образовательной организации (например, Общественного совета образовательной организации), выборного органа первичной профсоюзной организации.

Для обеспечения требований ФГОС ДО на основе проведенного анализа материально-технических условий реализации образовательной программы дошкольного образования образовательная организация:

- 1) проводит экономический расчет стоимости обеспечения требований ФГОС ДО;
- 2) устанавливает предмет закупок, количество и примерную стоимость пополняемого оборудования, а также работ для обеспечения требований к условиям реализации образовательной программы дошкольного образования;
- 3) определяет величину затрат на обеспечение требований к условиям реализации образовательной программы дошкольного общего образования;
- 4) соотносит необходимые затраты с региональным (муниципальным) графиком внедрения ФГОС ДО и определяет распределение по годам освоения средств на обеспечение требований к условиям реализации образовательной программы дошкольного общего образования;
- 5) разрабатывает финансовый механизм взаимодействия между образовательной организацией и организациями выступающими социальными партнерами, в реализации основной образовательной программы дошкольного образования и отражает его в своих локальных нормативных актах.

Примерный расчет нормативных затрат оказания государственных услуг по реализации образовательной программы дошкольного общего образования определяет нормативные затраты субъекта Российской Федерации (муниципального образования) связанных с оказанием государственными (муниципальными) организациями, осуществляющими образовательную деятельность, государственных услуг по реализации образовательных программ в соответствии с законом «Об образовании в Российской Федерации» (п. 10, ст. 2).

Финансовое обеспечение оказания государственных услуг осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных организации на очередной финансовый год.

Определение нормативных затрат на оказание государственной услуги

Нормативные затраты на оказание i -той государственной услуги на соответствующий финансовый год определяются по формуле:

$$P_{гг}^i = N_{огр}^i \times k_i, \text{ где:}$$

$P_{гг}^i$ – нормативные затраты на оказание i -той государственной услуги на соответствующий финансовый год;

$N_{огр}^i$ – нормативные затраты на оказание единицы i -той государственной услуги образовательной организации на соответствующий финансовый год;

k_i – объем i -той государственной услуги в соответствии с государственным (муниципальным) заданием.

Нормативные затраты на оказание единицы i -той государственной (муниципальной) услуги образовательной организации на соответствующий финансовый год определяются по формуле:

$$N_{\text{оир}}^i = N_{\text{г}} + N_{\text{он}}, \text{ где}$$

$N_{\text{оир}}^i$ – нормативные затраты на оказание единицы i -той государственной (муниципальной) услуги образовательной организации на соответствующий финансовый год;

$N_{\text{г}}$ – нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной (муниципальной) услуги;

$N_{\text{он}}$ – нормативные затраты на общехозяйственные нужды.

Нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной (муниципальной) услуги на соответствующий финансовый год определяется по формуле:

$$N_{\text{г}} = N_{\text{омг}} + N_{\text{ур}}, \text{ где}$$

$N_{\text{г}}$ – нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной (муниципальной) услуги на соответствующий финансовый год;

$N_{\text{омг}}$ – нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании государственной (муниципальной) услуги;

$N_{\text{ур}}$ – нормативные затраты на расходные материалы в соответствии со стандартами качества оказания услуги.

При расчете нормативных затрат на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда учитываются затраты на оплату труда только тех работников, которые принимают непосредственное участие в оказании соответствующей государственной услуги (вспомогательный, технический, административно-управленческий и т. п. персонал не учитывается).

Нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда рассчитываются как произведение средней стоимости единицы времени персонала на количество единиц времени, необходимых для оказания единицы государственной услуги, с учетом стимулирующих выплат за результативность труда. Стоимость единицы времени персонала рассчитывается исходя из действующей системы оплаты труда, с учетом доплат и надбавок, установленных действующим законодательством, районного коэффициента и процентной надбавки к заработной плате за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленных законодательством.

Нормативные затраты на расходные материалы в соответствии со стандартами качества оказания услуги рассчитываются как произведение стоимости учебно-методических материалов на их количество, необходимое для оказания единицы государственной услуги (выполнения работ) и определяется по видам организаций в соответствии с нормативным актом субъекта Российской Федерации или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в реализации программы дошкольного образования:

реализация образовательной программы дошкольного образования может определяться по формуле:

$$N_{\text{омг}} = W_{\text{ер}} \times 12 \times K^1 \times K^2 \times K^3 \times K^4, \text{ где:}$$

$N_{\text{омг}}$ – нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги по предоставлению дошкольного общего образования;

$W_{\text{ер}}$ – среднемесячная заработная плата в общем образовании соответствующего региона в предшествующем году, руб. /мес.;

12 – количество месяцев в году;

K^1 – коэффициент, учитывающий специфику образовательной программы или категорию воспитанников (при их наличии);

K^2 – коэффициент страховых взносов на выплаты по оплате труда. Значение коэффициента – 1,302;

K^3 – коэффициент, учитывающий применение районных коэффициентов и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера, приравненных к ним местностях (при наличии данных коэффициентов);

K^4 – коэффициент, учитывающий необходимость решения задачи по обеспечению соотношения между уровнем заработной платы педагогических работников дошкольного образования и работников общего образования.

К нормативным затратам на общехозяйственные нужды относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к нормативным затратам, непосредственно связанным с оказанием i -той государственной (муниципальной) услуги и к нормативным затратам на содержание имущества. Нормативные затраты на общехозяйственные нужды определяются по формуле:

$$N_{\text{он}} = N_{\text{отпп}} + N_{\text{ком}} + N_{\text{ни}} + N_{\text{ди}} + N_{\text{св}} + N_{\text{тр}} + N_{\text{пр}}, \text{ где}$$

$N_{\text{отпп}}$ – нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании государственной услуги (вспомогательного, технического, административно-управленческого и прочего персонала, не принимающего непосредственного участия в оказании государственной услуги);

$N_{\text{ком}}$ – нормативные затраты на коммунальные услуги (за исключением нормативных затрат, отнесенных к нормативным затратам на содержание имущества);

$N_{\text{ни}}$ – нормативные затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за организацией на праве оперативного управления или приобретенным организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания государственных услуг (далее – нормативные затраты на содержание недвижимого имущества);

$N_{\text{ди}}$ – нормативные затраты на содержание объектов особо ценного движимого имущества, закрепленного за организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества (далее – нормативные затраты на содержание особо ценного движимого имущества);

$N_{\text{св}}$ – нормативные затраты на приобретение услуг связи;

$N_{\text{тр}}$ – нормативные затраты на приобретение транспортных услуг;

$N_{\text{пр}}$ – прочие нормативные затраты на общехозяйственные нужды.

Нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании государственной услуги (вспомогательного, технического, административно-управленческого и прочего персонала, не принимающего непосредственного участия в оказании государственной услуги) определяются, исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем организации, с учетом действующей системы, оплаты труда, в пределах фонда оплаты труда, установленного образовательной организацией учредителем.

Нормативные затраты на коммунальные услуги определяются исходя из нормативов потребления коммунальных услуг, в расчете на оказание единицы соответствующей муниципальной услуги и включают в себя:

1) нормативные затраты на холодное водоснабжение и водоотведение, ассенизацию, канализацию, вывоз жидких бытовых отходов при отсутствии централизованной системы канализации;

2) нормативные затраты на горячее водоснабжение;

3) нормативные затраты на потребление электрической энергии;

4) нормативные затраты на потребление тепловой энергии. В случае если организациями используется котельно-печное отопление, данные нормативные затраты не включаются в состав коммунальных услуг.

Нормативные затраты на коммунальные услуги рассчитываются как произведение норматива потребления коммунальных услуг, необходимых для оказания единицы государственной (муниципальной) услуги, на тариф, установленный на соответствующий год.

Нормативные затраты на содержание недвижимого имущества включают в себя:

- нормативные затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- нормативные затраты на аренду недвижимого имущества;

- нормативные затраты на проведение текущего ремонта объектов недвижимого имущества;

- нормативные затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;

- прочие нормативные затраты на содержание недвижимого имущества.

Нормативные затраты на эксплуатацию систем охранной сигнализации и противопожарной безопасности устанавливаются таким образом, чтобы обеспечивать покрытие затрат, связанных с функционированием установленных в организации средств и систем (системы охранной сигнализации, системы пожарной сигнализации, первичных средств пожаротушения).

Нормативные затраты на содержание прилегающих территорий, включая вывоз мусора, сброс снега с крыш, в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливаются, исходя из необходимости покрытия затрат, произведенных организацией в предыдущем отчетном периоде (году).

3.6. Перечень нормативных и нормативно-методических документов

1. Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года.— ООН 1990.

2. Федеральный закон от 24 ноября 1995г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ».

3. Федеральный закон от 3 мая 2012г. №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

4. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 02.05.2015) «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации: — Режим доступа: pravo.gov.ru.

5. Федеральный закон 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1726-р о Концепции дополнительного образования детей.

7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. № 996-р о Стратегии развития воспитания до 2025 г. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://government.ru/docs/18312/>.

8. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 19 декабря 2013 г. № 68 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3147-13 «Санитарно-

эпидемиологические требования к дошкольным группам, размещенным в жилых помещениях жилищного фонда».

9. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» // Российская газета. – 2013. – 19.07(№ 157).

10. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 3 июня 2003 г. № 118 (ред. от 03.09.2010) «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03» (вместе с «СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03. 2.2.2. Гигиена труда, технологические процессы, сырье, материалы, оборудование, рабочий инструмент. 2.4. Гигиена детей и подростков. Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы», утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 30 мая 2003 г.) (Зарегистрировано в Минюсте России 10 июня 2003 г., регистрационный № 4673).

11. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (зарегистрирован Минюстом России 14 ноября 2013 г., регистрационный № 30384).

12. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373 (ред. от 29.12.2014) «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования» (зарегистрирован Минюстом России 22 декабря 2009 г., регистрационный № 15785).

13. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1897 (ред. от 29.12.2014) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования» (зарегистрирован Минюстом России 1 февраля 2011 г., регистрационный № 19644).

14. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413 (ред. от 29.12.2014) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования» (зарегистрирован Минюстом России 7 июня 2012 г., регистрационный № 24480).

15. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 761н (ред. от 31.05.2011) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» (Зарегистрирован в Минюсте России 6 октября 2010 г. № 18638)

16. Письмо Минобрнауки России «Комментарии к ФГОС ДО» от 28 февраля 2014 г. № 08-249 // Вестник образования. – 2014. – Апрель. – № 7.

17. Письмо Минобрнауки России от 31 июля 2014 г. № 08-1002 «О направлении методических рекомендаций» (Методические рекомендации по реализации полномочий субъектов Российской Федерации по финансовому обеспечению реализации прав граждан на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования).

3.7. Перечень литературных источников

1. Верещагина Н.В. «Особый ребенок» в детском саду, Спб.: Издательство-пресс, 2009.
2. Ворожцова О.А. «Музыка и игра в детской психотерапии», М.: Институт психотерапии, 2004.
3. Грабенко Т.Н., Зинкевич-Евент Т.Д. «Коррекционно-развивающие и адаптирующие игры», Спб.: Детство-пресс, 2004.
4. Екажанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание, М.: «Просвещение», 2003.
5. Ковалько В.И. Азбука физкультурных минуток для дошкольников, М.: Вако, 2006.

6. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, М.: Академия, 2001.
7. Лобода Л.В. Логоритмика для детей с синдромом Дауна, М.: Даунсайд Ап, 2008.
8. Медведева Т.П. Развитие познавательной деятельности детей с синдромом Дауна, М.: Даунсайд Ап, 2007.
9. Метиева Л.А., Удалова Э.Ф. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии, М.: Книголюб, 2008.
10. Панфилова М.А. Игротерапия общения, М.: Гном и Д, 2000.
11. Сенсорная комната – волшебный мир здоровья, под ред. В.Л. Жевнерова, Л.Б.Баряевой, Спб., Хока, 2007.
12. Сиротюк А.Л. Упражнения для психомоторного развития дошкольников, М.: Аркти, 2009.
13. Титарь А.И. Игровые развивающие занятия в сенсорной комнате, М.: Аркти, 2009.
14. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии, М.: Гном и Д, 2000
15. Татаринцева А.Ю. Куклотерапия в работе психолога и логопеда, Спб.: Речь, 2006.
16. Томашевская Л.В., Герц Е.Ю., Андрющенко Е.В. Интегрированные занятия с детьми в период адаптации к детскому саду.
17. Юрчук Е.Н. Эмоциональное развитие дошкольников, М.: Творческий центр, 2008.
18. Янушанец Н. Если ваш ребенок болен ДЦП, Спб.: Питер, 2004.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

**Тематический план
Коррекционно-развивающих занятий с детьми**

Ф.И.О./дата рождения
Сфера коррекции
Количество занятий
Режим занятий
Цель
Задачи
Используемая литература

Приложение 2

Содержание занятия

Месяц

<i>№</i>	<i>Тема занятия</i>	<i>Наименование форм работы, упражнений (без подробных описаний)</i>	<i>Кол - во занятий</i>

Приложение 3

Режим дня лекотеки

Время	Мероприятия
15.00 – 15.30	Встреча, общение с ребенком, родителями
15.30 – 17.00	Образовательная деятельность
17.00 - 17.30	Совместная деятельность взрослого и ребенка
17.30 – 18.00	Общение с ребенком, рефлексия деятельности, беседа с родителями

Приложение 4

Список детей лекотеки

№	Ф.И. ребенка	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Ф.И.О. родителей
1				мама – папа –

Приложение 5

Журнал учета занятий

Месяц

№	Ф.И.О.	Дата занятия/ результат занятия									
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

+ задание выполнил(а) хорошо

- задание выполнить не смог(а)

V задание выполнил(а) не точно

Анкета для родителей

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес, телефон _____

Родители:

Мать (Ф.И.О.) _____

Возраст _____

Образование _____

профессия _____

Место работы _____

Отец (Ф.И.О.) _____

Возраст _____

Образование _____

профессия _____

Место работы _____

Состав семьи _____ (чел.) Семья: полная/неполная

Другие ближайшие родственники ребенка (братья, сестры, бабушки, дедушки) _____

Психологический климат в семье:

- гармоничные взаимоотношения

- частые конфликты

- затрудняюсь ответить

- другое _____

5. Кто в семье преимущественно занимается воспитанием ребенка? _____

6. В какое время Ваш ребенок наиболее активен? (укажите время):

1-я половина дня _____ 2-я половина дня _____

7. Дневной сон ребенка (укажите время) _____

8. Какие положительные черты присущи Вашему ребенку? (подчеркните)

Добрый

любопытный

ласковый

жизнерадостный

внимательный

спокойный

послушный
покладистый
заботливый
самостоятельный
аккуратный
общительный
другое _____

9. Какие отрицательные черты присущи Вашему ребенку? (подчеркните)

бросает предметы на пол
не выполняет просьбы взрослых
часто раздражителен
бьет и кусает сверстников
командует взрослыми
кричит, топает ногами
упрямится
другое _____

10. Ребенок чаще играет:

- со взрослыми
- с детьми
- в одиночестве

11. С какими предметами и игрушками любит заниматься Ваш ребенок?

Куклы, вода
Кубики, крупа
Мячи, песок
Машинки, бумага
Резиновые игрушки, фломастеры
Меховые игрушки, мамина косметика
Игрушки на веревочке, детская и взрослая одежда
Пластмассовые банки с крышками
Коробки, хозяйственные предметы (посуда и т.д.)
Другое _____

12. Какие навыки, на Ваш взгляд, необходимо развивать у Вашего ребенка:

- общение со сверстниками
- общение со взрослыми
- навыки самообслуживания
- игровую деятельность
- развивать речь
- развивать интеллект
- развивать любознательность
- развивать творческие способности
- кроме этого _____

13. Какая помощь для Вас актуальна в данный момент?

- психолого-педагогическая помощь по вопросам воспитания и развития ребенка;
- помощь в оформлении документов, льгот и т.д.
- информационная (какая именно?) _____

- другая (укажите какая)

Благодарим за сотрудничество!

Приложение 7

Социальный паспорт семьи

Ф.И.О. (ребенка)

Наличие инвалидности (имеется или нет) _____

Адрес постоянного или временного проживания (подчеркнуть):

Город _____

улица _____

Дом _____ квартира _____ контактный телефон _____

Социально-бытовой статус:

1. Ребенок родной _____ усыновление _____ опека _____

2. Бытовые условия проживания:

отдельная квартира, арендуемая квартира, отдельный дом, недостроенное жилье (подчеркнуть)

Этаж _____ Лифт _____

3. Наличие необходимой предметной среды (степень ее приспособленности для жизнедеятельности и личного развития ребёнка)

4. Обеспечение ребенка индивидуальными средствами реабилитации (при наличии мед. показаний) _____

Социально-средовой статус:

1. Состав семьи (кол-во членов семьи проживающих на одной площади): _____

2. Социальный состав семьи: многодетная, полная, неполная (подчеркнуть)

3. Какой по счету брак для каждого из родителей _____

4. Родители:

Мать (Ф.И.О.) _____

Возраст _____

Образование _____ профессия _____

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад № 4 «Снегурочка»

Место работы _____

Отец (Ф.И.О.) _____

Возраст _____

Образование _____ профессия _____

Место работы _____

Состояние здоровья _____

6. Психологическая атмосфера в семье: спокойная, конфликтная (подчеркнуть) _____

7. В каких лечебных учреждениях наблюдается и получает медицинскую помощь
ребенок _____

Спасибо!

Приложение 8

Протокол обследования развития ребёнка

Ф. И. возраст ребёнка _____

Адрес _____

Причина обращения _____

Способность к восприятию информации _____

Ориентация в пространстве _____

Типологические особенности личности _____

Уровень развития речи _____

Моторика _____

Особенности эмоциональной сферы:

Тревожность _____

Самооценка _____

Страх (при наличии) _____

Темперамент _____

Коммуникативные навыки _____

Сила воли _____

Агрессивность _____

Особенности познавательной сферы:

Восприятие _____

Внимание _____

Память _____

Мышление _____

Особенности игровой деятельности _____

Нуждаемость в психологической
поддержке _____

Дополнительная информация (при наличии) _____

_____ / _____ /
Дата обследования подпись педагога-психолога расшифровка
подписи

Приложение 9

Протокол первичного обследования ребёнка

Ф. И.
ребёнка _____

Возраст
ребёнка _____

Адрес _____

Сведения о семье _____

Сведения о состоянии здоровья _____

Способность устанавливать контакт _____

Преобладающее настроение на начало занятия _____

На конец занятия _____

Эмоциональный контакт ребёнка с родителями _____

Дополнительная информация (при наличии) _____

_____ / _____ /

Дата обследования
подписи

подпись педагога-психолога

расшифровка

Приложение 10

Опросник для родителей

Уважаемые родители! С целью отслеживания динамики в развитии Вашего ребенка, просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Ф.И.О. родителя _____

Дата заполнения _____

1. С каким настроением Ваш ребенок идет в ЛЕКОТЕКУ?
 - с хорошим, идет с желанием;
 - не хочет идти, капризничает;
 - бывает по-разному;
 - другое _____
2. Какие изменения (как положительные, так и отрицательные) Вы наблюдаете у ребенка с начала посещения ЛЕКОТЕКИ?

3. Как изменилась игровая деятельность Вашего ребенка?
 - игры ребенка стали разнообразнее;
 - ребенок стал играть с игрушками, с которыми раньше не играл (укажите, с какими)

 - ребенок стал привлекать к совместным играм маму, папу, других родственников;
 - ребенок стал активнее использовать речь во время игры (комментировать игровые действия, вступать в диалог с партнером по игре);
 - другое _____
4. Оцените по 5-ти бальной шкале психолого-педагогическую помощь, оказываемую Вашему ребенку специалистами ЛЕКОТЕКИ

1 2 3 4 5
5. Оцените по 5-ти бальной шкале психолого-педагогическую помощь, оказываемую Вам по вопросам воспитания и развития ребенка (рекомендации, беседы, консультации, методические материалы)

1 2 3 4 5
6. Ваши замечания, предложения, пожелания по организации работы ЛЕКОТЕКИ _____

Спасибо за сотрудничество!

Приложение 11

15 правил для родителей, воспитывающих «особого» ребенка.

1. Никогда не жалейте ребенка из-за того, что он не такой, как все.
2. Дарите ребенку 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 ребенка от обязанностей и проблем. Решайте все дела вместе с ним.
5. Предоставьте ребенку самостоятельность в действиях и принятии решений.
6. Следите за своей внешностью и поведением. Ребенок должен гордиться вами.
7. Не бойтесь отказать ребенку в чем-либо, если считаете его требования чрезмерными.
8. Чаще разговаривайте с ребенком. Помните, что ни телевизор, ни радио не заменят вас.
9. Не ограничивайте ребенка 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 с такими же проблемами в развитии. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой.
14. Не изводите себя упреками. В том, что у вас «особый» ребенок, вы не виноваты.
15. Помните, что когда-нибудь ребенок повзрослеет и ему придется жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите о ней.

Приложение 12

Советы Хеймо Лангинвайния

(опубликованные в книге «Пегас», изданной Союзом инвалидов в Финляндии).

Самолечение утомления

1. Перестаньте отрицать проблему. Остановитесь. Поразмышляйте. Выслушайте свой организм, свои мысли и чувства. Вам разрешено быть усталой.
2. Не уединяйтесь, завяжите контакты с другими. Не делайте все сами.
3. Изменяйте условия или уходите.
4. Снизьте скорость и отдохните. Старайтесь найти важнейшие проблемы и решайте их.
5. Научитесь говорить нет. Говорите только за себя и откажитесь от неумеренных просьб.
6. Научитесь отдавать. Не старайтесь все делать сами. Отдайте другим часть Ваших забот.
7. Переоцените Ваше достоинство. Оберегайте силы, сосредоточиваясь только на существенном.
8. Старайтесь быть умеренным во всех областях жизни. Осознайте собственные желания, связанные с Вашей личной жизнью и работой.
9. Заботьтесь о своем физическом здоровье. Правильно питайтесь, достаточно спите, проходите регулярно медосмотры.
10. Не волнуйтесь напрасно. Напрасные переживания ничего не меняют. Научитесь терпеть неудачи. Сохраняйте Ваше чувство юмора и завяжите контакты с хорошими, интересными людьми. Будьте разумно ленивыми. Заботьтесь о своем психическом здоровье.

Информация для родителей

1. Целью деятельности лекотеки является обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей до 7 лет с нарушениями в развитии для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям).

2. В Лекотеку принимаются дети до 7 лет по заявлению родителей (законных представителей), на основании заключения окружной психолого-медико-педагогической комиссии и справки о состоянии здоровья ребенка.

3. Занятия с детьми в лекотеке проводятся специалистами в индивидуальной или групповой форме, не реже 2-х раз в неделю, в сопровождении родителей. Продолжительность занятия зависит от психофизического и психоэмоционального состояния ребенка (не более 40 мин.)

4. Родители принимают активное участие в занятиях, повышают свою психолого-педагогическую компетенцию (посещают консультации специалистов, родительские собрания, выполняют рекомендации специалистов, изучают психолого-педагогическую литературу и т.д.).

5. Для составления индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения ребенка и отслеживания динамики развития проводится психолого-педагогическое обследование ребенка.

6. С целью обследования семьи и ребенка в различных режимных ситуациях в естественной среде социальный педагог (или педагог-психолог) осуществляет выезд на дом воспитанников 2 раза в год по согласованию с родителями.

7. При посещении лекотеки ребенку и родителям обязательно иметь сменную обувь, при необходимости – комплект сменного белья, индивидуальные средства гигиены для ухода за ребенком.

8. Своевременно сообщать специалистам лекотеки о болезни ребенка или невозможности посещать занятия по уважительной причине.

Информационно-методические материалы для работы с родителями

- Рекомендуемая литература для родителей:
 - «Обычные семьи, особые дети» /Милтон Селигман, Розалин Бенджамин Дарлинг/ 2007г.
 - «Вестник по вопросам семьи и детства»/№10-11/ 2004г.
 - «Путеводитель по учреждениям социальной защиты населения»
 - «Семья и работа» (Трудовые права беременных женщин и работающих родителей) 2008г.
 - «Растем вместе с семьей» /Правительство Москвы, МГД/ 2007г.
 - «Вместе с Москвой – дружной семьей» 2008г.
 - «Семьеведение» /Н.Ф. Дивицина/ 2006г.
 - «Воспитание ребенка в неполной семье» /Я.Т. Николаева/ 2006г.

- «В стороне. (из опыта работы с аутичными детьми)» /И.Б. Карвасарская/ 2003г.
- «Дневник развития ребенка от рождения до 3-х лет» /А.М. Казьмин, Л.В. Казьмина/ 2001 г.
- «В мире детских эмоций» /Т.А. Данилина, В.Я. Зедгинидзе, Н.М. Степина/ 2004г.
- «Социальная адаптация детей раннего возраста Синдромом Дауна»
- «Психология семьи и больной ребенок» /И.В. Добряков, О.В. Заширинская/
- «150 развивающих игр для дошкольников. Играй и учись! от 3х. до 6 лет» /Пенни Уорнер/ 2007г.
- «125 развивающих игр (от 1 до 3 лет)» /Джеки Силберг/ 2008г.
- «Как развивается ваш ребенок?» /Эрнст Й. Кипхард/2006 г.
- Сайты
 - www.invalid.ru
 - www.lekoteka.ru
- Методические папки
 - Копилка игр (описание развивающих игр)
 - Играя, развиваем, обучаем, воспитываем (рекомендации для родителей)
 - Сборник коррекционно -образовательных учреждений г. Москвы

Список литературы по коррекционной работе

1. Аксенова Л. И. Социально-педагогическая помощь лицам с ограниченными возможностями // Специальная педагогика. — М., 2001.
2. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей: Учеб. пособие для студентов вузов. - М., 2006.
3. Баряева Л. Б., Гаврилушкина О. П., Зарин А. П. и др. Программа воспитания и обучения дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. - СПб., 2001.
4. Воспитание и обучение глухих детей дошкольного возраста: Программы для спец. дошк. учреждений /Л. П. Носкова, Л. А. Головчиц, Н. Д. Шматко, Т. В. Пелымская и др. - М., 1991.
5. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе. - М., 1994.
6. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития / Под ред. И. М. Бгажноковой. - М., 2007.
7. Воспитание и обучение слабослышащих детей дошкольного возраста:
8. Программы для спец. дошк. учреждений / Л. А. Головчиц, Л. П. Носкова, Н.Д. Шматко и др. -М., 1991.
9. Головчиц Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха. - М., 2001.
10. Дети с ограниченными возможностями: проблемы инновационных тенденций обучения и воспитания: Хрестоматия /Сост. Л. В. Калининкова, Н. Д. Соколова. - М., 2005.
11. Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. - М., 1989.
12. Дружинина Л. А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушениями зрения. - М., 2006.
13. Екжанова Е. А., Стребелева Е. А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста. - СПб., - 2008.

14. Екжанова Е. А., Стребелева Е. А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание: Программа дошк. образоват. учрежд. компенсирующего вида для детей с нарушениями интеллекта. - М., 2003.
15. Жигорева М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь. - М., 2008.
16. Забрамная С. Д., Исаева Т. Н. Изучаем обучая. Рекомендации по изучению детей с тяжелой умственной отсталостью. - М., 2002.
17. Забрамная С. Д. Наглядный материал для психолого-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях. - М., 1985.
18. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учебник для студ. дефектол. фак-тов педвузов и ун-тов. - 2-е изд. - М., 1995. - 112 с.
19. Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М.
Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Книга для родителей. - М., 1993.
20. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дошкольная олигофренопедагогика. - М., 1998.
21. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: Социально-эмоциональные проблемы / Л. М. Шипицына, Е. И. Казакова, А. М. Витковская и др. - СПб., 2000.
22. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания. / Под ред. Е. А. Стребелевой. - 2-е изд. - М., 2004.
23. Коррекционно-воспитательная работа в подготовительных группах специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха и интеллекта. / Под ред. Л. П. Носковой. - М., 1990.
24. Сековец С., Тонконог Л. и др. Коррекционно-развивающая среда для детей дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата. Л. - М., 2003.
25. Левченко И. Ю., Киселева Н. А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. - М., 2007.
26. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М., 2001.
27. Левченко И. Ю., Ткачева В. В., Приходько О. Г. и др. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст. - М., 2008.
28. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. - М., 2008.
29. Леонгард Э. И., Самсонова Е. Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. - М., 1991.
30. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. - СПб., 2005.
31. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. - М., 1985.
32. Плаксина Л. И., Григорян Л. А. Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушениями зрения. - М., 1998.
33. Плаксина Л. И. Коррекционно-развивающая среда в детских садах компенсирующего вида. - М., 2008.
34. Программа специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для детей с нарушениями зрения): Программа детского сада: коррекционная работа. /Под ред. Л. И. Плаксиной. - М., 2003.
35. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов / Под общ. ред. М. М. Семаго. - М., 2001.
36. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста. /Под ред. Е. А. Стребелевой. - М., 1998.

37. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной - М., 2003.
38. Степанова О.А. Программы для ДОУ компенсирующего и комбинированного видов: Справочное пособие. - М., 2008.
39. Ульяновская У. В. Дети с задержкой психического развития. - Н. Новгород, 1994.
40. Филичева Т. Б., Туманова Т. В., Чиркина Г. В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Программно-методические рекомендации. - М., 2009.
41. Филичева Т. Б., Туманова Т. В., Чиркина Г. В. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. Коррекция нарушений речи. - М., 2008.