

ГКУ ЯНАО «Региональный центр оценки качества образования»



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ОСОБЫМИ ДЕТЬМИ

методические рекомендации родителям и педагогам по работе с детьми-инвалидами

**САЛЕХАРД
2013**

Составитель: **Майстрика Ж.И.**, методист ГКУ ЯНАО «Региональный центр оценки качества образования»

Рецензенты: **Чуйкова И.В.**, к.п.н., доцент кафедры социальной педагогики и социальной работы ФГБОУ ВПО «Шадринский государственный педагогический институт»

Некрасова О.А., к.п.н., доцент кафедры гуманитарного образования ГАОУ ДПО Свердловской области «Институт развития образования»

В данных рекомендациях представлены материалы для работы с детьми-инвалидами с наиболее часто встречающимися медицинскими диагнозами: нарушение опорно-двигательного аппарата, паталогия зрения, паталогия слуха, сахарный диабет, задержка психического развития, эпилепсия.

Методические рекомендации адресованы родителям детей-инвалидов и педагогам, работающим с этими детьми в системе дистанционного обучения Ямало-Ненецкого автономного округа.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	5-6
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	7-13
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА	14-19
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ	20-30
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	31-34
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	35-42
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	43-54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	56

ВВЕДЕНИЕ

Миллионы взрослых ежедневно заняты своими важными делами: карьера, работа, бизнес, служба, развлечения. И каждую минуту в мире рождаются дети. Кому-то судьба посылает «особого» ребенка. И жизнь мамы и папы в этот момент делится на «до» и «после». Маленький родившийся комочек сразу заявляет: «Я не такой, как все. Я «особый»!

И как же реагирует общество на него? В лучшем случае общество проявляет жалость и прячет глаза, а обычно «выливает» тонны негатива и нежелания принять не такого, как все, зачастую, оно давит на родителей, чтоб отказались. И отказываются, подчинившись страху, но это не осуждаемо.

А подумал ли кто о том, как будет жить эта маленькая личность, которую уже вычеркнули из всех списков, так как мир не готов ее принять в свои ряды. И где же гуманизм, модная толерантность, развитое общество, чины и саны, интеллигентность?

Предлагаю, не жить принципом «не признаю, значит не существует»? Все люди – разные. Особые дети, просто больше, чем кто-либо, нуждается в общении, внимании, заботе. И если нет возможности в полной мере вернуть их здоровье, то необходимо создать условия для их полноценной жизни и развития.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ

ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ:

- не жалеите ребенка за то, что он не такой, как все;
- дарите ребенку любовь, но не забывайте, что есть и другие члены семьи;
- не лишайте ребенка обязанностей и проблем, делайте все дела вместе с ним, активно включайте ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность, стремление к тому, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду);
- предоставляйте ребенку самостоятельность в действиях и принятии решений;
- следите за своей внешностью, ребенок должен гордиться вами;
- не бойтесь отказывать ребенку в чем-то, если считаете его требования чрезмерными;
- чаще разговаривайте с ребенком, не ограничивайте его в общении с ровесниками;
- не отказывайтесь от встречи с друзьями, приглашайте их в гости;
- общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды, передавайте свой опыт и перенимайте чужой;
- не укоряйте себя в том, что у вас больной ребенок;
- помните, что ребенок вырастет и ему придется жить самостоятельно;
- доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Развивайте у ребенка правильное отношение к своему состоянию и возможностям. Не стыдитесь своего ребенка, тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, уходить в себя и свое одиночество;
- готовьте его к будущей жизни, говорите об этом.

Главными постулатами жизни больного ребенка должны быть:

уверенность в себе и умение нравиться себе;

умение общаться с другими людьми;

навыки самообслуживания.

1. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Особенности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

Детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями.

Проблема ДЦП рассмотрена в работах: Архиповой Е.Ф. (1989), Бадалян Л.О., Журбы Л.Т., Тимониной О.В. (1989), Даниловой Л.А. (1997), Лалаевой Р.И. (1990), Мастюковой Е.М. (2005), Шипициной Л.М., Мамайчук Л.М. (2001) и др.

В настоящее время проблема ДЦП приобретает не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость, так как психомоторные нарушения, двигательная ограниченность, повышенная раздражительность мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах такие дети не могут реализовать свои способности, не имеют возможности стать полноправными членами общества.

Выделяют три группы таких детей. К первой относят детей, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника). Ко второй группе относят детей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной и периферической нервной системы), а также детей, страдающих тяжелыми формами сколиоза. Особую группу составляют дети с последствиями полиомиелита и церебральными параличами,

у которых нарушения опорно-двигательного аппарата связаны с патологией развития или повреждением моторных механизмов ЦНС.

В основе ДЦП лежит раннее (как правило, внутриутробное - до 50% случаев) повреждение или недоразвитие мозга, вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, иммунологическим характеристикам и др., иногда - возникающее в результате родовой травмы или асфиксии новорожденного, реже - как следствие энцефалита. Наследственным заболеванием ДЦП, как правило, не является. Основным симптомом ДЦП - двигательные расстройства, которые могут наблюдаться в одной конечности (монопарез или моноплегия), обеих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний парапарез или параплегия), на одной половине тела (гемипарез и гемиплегия), во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия). Частым клиническим проявлением ДЦП является слюнотечение. В целом, при ДЦП наблюдается синтез двигательных, речевых, ментальных, эмоционально-волевых дефектов. Сложность общего развития детей с церебральным параличом заключается в наличии выраженных нарушений скоординированной двигательной работы (асинергии - от греч. а - приставка со значением отрицания, sin - вместе и ergon - работа).

Психическое развитие детей с ДЦП имеет типичные особенности, которые обусловлены как органическим поражением ЦНС, так и ограниченностью самостоятельного передвижения и самообслуживания. Во-первых, оно замедленно, во-вторых, характерна непропорциональность в развитии высших психических функций, в частности мышления. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем сформированности абстрактно-логического мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обуславливает специфические трудности в усвоении ребенком, например, счетных операций. Часто имеют место нарушения умственной

работоспособности. Уровень интеллектуального развития широко варьирует - от нормального интеллекта (IQ около 110) до различных по структуре и выраженности форм олигофрении (до IQ=20). У большинства детей с ДЦП наблюдается специфическая задержка психического развития (70%). Норма наблюдается в 10% случаев, умственная отсталость - в 20%.

Такие дети ранимы, впечатлительны, имеют эмоционально-поведенческие и личностные расстройства. Отмечается сильная привязанность к родителям или людям их заменяющим.

Отклонения психического развития в большинстве случаев обусловлены недостаточностью практической деятельности (в частности, игровой) и социокультурного опыта детей с ДЦП, а также невозможностью осуществлять в большинстве случаев продуктивную коммуникацию с окружающими людьми. Более половины детей имеют дизартрические расстройства речи.

Таким образом, дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, как, и все больные дети нуждаются в особом подходе взрослых: родителей и педагогов.

Рекомендации педагогам для работы с детьми с ДЦП

Хорошо построенная и тщательно разработанная программа домашнего обучения должна помочь отстающему в развитии ребенку продвинуться гораздо дальше, чем это было бы возможно без посторонней помощи.

Все занятия с больным ребенком имеют гибкую структуру, разработанную с учетом возрастных особенностей и степени выраженности дефекта. Занятия строятся на основе принципа интегрирования чередованием упражнений по степени сложности. Структура занятий гибкая, но в своей основе она включает познавательный материал и элементы психотерапии.

В процессе занятия с больным ребенком необходимо помнить, что усвоение учебного материала должно параллельно формировать коммуникативные качества, обогащать эмоциональный опыт, активизировать мышление, проектировать общественные взаимодействия и двигательные акты, формировать личностную ориентацию.

Психологическое состояние ребенка в конкретный момент может стать причиной варьирования методов, приемов и структуры занятия.

Эффективными приемами коррекционного воздействия на эмоциональную и познавательную сферу детей с отклонениями в развитии являются:

игровые ситуации;

дидактические игры, которые связаны с поиском видовых и родовых признаков предметов;

игровые тренинги, способствующие развитию умения общаться с другими;

психогимнастика и релаксация, позволяющие снять мышечные спазмы и зажимы, особенно в области лица и кистей рук.

Развитие активного мышления идет двумя путями: от наглядно-действенного к наглядно-образному и логическому. Эти пути развития на определенном этапе сливаются воедино, и это играет особую роль в познавательной деятельности ребенка.

Важным приемом осмысления новых фактов и явлений стало обращение к зрительному образу: пантомимическое изображение предмета разговора, художественные иллюстрации, рисунок, символический знак – все то, что становится опорой для развития мышления больного ребенка. Все это обеспечивает союз разума и чувства.

Но в основу всего обучения должна быть положена та психическая функция, которая наиболее доступна и является ведущей на данном этапе физического и психического состояния больного ребенка.

Занятия с больным ребенком рекомендовано проводить в форме урока. Урок – это общение учителя с учеником. Ребенок устроен так, что он развивается в процессе этого общения. В основе этого процесса лежит эмоциональный контакт взрослого и ребенка, постепенно перерастающий в сотрудничество, которое является необходимым условием развития ребенка. Сотрудничество их заключается в том, что свой опыт взрослый стремится передать, а ребенок хочет и может его усвоить.

- Будьте терпеливы и наблюдательны. Дети не учатся непрерывно, они нуждаются в отдыхе. Внимательно наблюдайте за ребенком, старайтесь понять, как он мыслит, что он знает, как использует навыки.
- Разговаривая с ребенком, давайте ему время ответить на ваши вопросы, говорите по очереди, помните о важности повторения.
- Будьте последовательны. Двигайтесь от простого к сложному, от одного навыка к другому.
- Разнообразьте занятия, ежедневно вносите новые элементы в свой урок.
- Будьте выразительны, эмоциональны, меняйте интонации голоса, но говорите внятно, не сюсюкайте.
- Чаще хвалите и поощряйте ребенка.
- Будьте практичны, давайте больше самостоятельности ребенку в выборе методов решения и ответов – это способствует развитию самостоятельности.
- Сохраняйте уверенность в себе. Помните, что все дети откликаются на любовь, заботу и внимание.

***Рекомендации родителям детей с ДЦП
по организации подготовки домашнего задания***

- Особо важно твердо установить время начала занятий. Благодаря этому вырабатывается привычка, к назначенному часу появляется психологическая готовность и предрасположение к умственной работе, даже теряется интерес к игре, прогулке.
- Важно найти правильное положение тела, чтобы тремор был минимальным.
- Необходимо постоянное место для занятий, где все нужные предметы находятся под рукой. Так вырабатывается привычка к внутренней мобилизации с момента начала занятий и до тех пор, пока не выработалось умение управлять своим поведением, рабочее место должно быть только местом для занятий (ни игр, ни картинок, ни игрушек, ни посторонних книг, ни цветных карандашей и фломастеров, если они не нужны для текущей работы). Если нет возможности выделить постоянное место, то в определенный час должно быть, безусловно выделено, освобождено место для занятий.
- Важное правило – начинать работу немедленно, лучше с предмета, который труднее дается ребенку. Чем дольше оттягивается начало работы, над сложным, тем большее усилие потребуется, чтобы заставить себя приступить к ней. У человека, который систематически начинает работу без промедления, период «втягивания» в работу короткий, дело идет быстрее и эффективнее, а учеба становится источником не только напряженного труда, но и источником удовлетворения. Нельзя заставлять ребенка многократно переписывать домашнее задание, использовать черновик только для вычисления и рисунков.

- Необходимо наличие перерывов в работе. Важно единство школьного и домашнего учебного режима, профилактика перегрузок.
- Работа должна идти в хорошем темпе - от 1 часа в начальной школе, до 4 - 5 часов у старшекласников.
- Нельзя, чтобы у школьника не было других обязанностей, кроме учебы: человек, который в течение дня должен сделать много дел, привыкает ценить время, планировать работу.
- Приучение ребенка к правильному режиму должно сочетаться с вашей самодисциплиной, уважением к ребенку, доброжелательностью, разумной требовательностью.
- Эти дети характеризуются повышенной утомляемостью, впечатлительностью. Они чутко реагируют на любые изменения внешней среды: обстановки, погоды, а особенно — настроения и отношения близких людей. Поэтому, именно семья, родители — вот основной источник, из которого могут черпать силы и энергию для выздоровления дети ДЦП.

2. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА

Особенности детей с патологией слуха

Патология слуха - это ослабление слуха с сохранившимся восприятием речи или полная глухота. К патологиям слуха относятся различные его нарушения, которые проявляются в систематическом нарушении восприятия звуков, и кончая полной утратой аудиальной системой способности реагировать на какие бы то ни было звуки. *

У слабослышащих детей отмечается определенная специфика в развитии зрительного восприятия окружающей действительности; формируется тонкое восприятие мимики и жестов, которые сопровождают устную речь окружающих людей. Зрительное восприятие играет большую роль в развитии возможности общения с другими людьми.

У детей с патологией слуха в раннем школьном возрасте снижена память. В дальнейшем же, по мере обучения, точность узнавания и воспроизведения предметов, а также осмысленность запоминания возрастают. Может наблюдаться задержка развития словесной памяти.

Запоминание и сохранение в памяти тем надежнее, чем более выражены в материале смысл и содержание.

У слабослышащих детей недостаточно развита и отсроченная память. Но в процессе овладения приемами произвольного запоминания (классификация и систематизация материала, разбивка на части, выделение опорных пунктов и пр.), она может быть достаточно развита.

У слабослышащих детей наблюдается задержка в овладении речью. Это определяет своеобразие развития мышления. Проведение общего и

специального анализа и синтезирования словесных знаний об объектах затруднены в связи с необходимостью использования словесного материала об объектах. Эти операции протекают успешнее, когда анализ осуществляется не только в словесном плане, но и связан с практическим опытом.

Медленно развиваются и такая мыслительная операция как сравнение.

Что касается развития речи у слабослышащих детей, то в процессе обучения они сравнительно легко овладевают словарным составом языка. Однако с трудом усваивают значение обобщающих терминов, осмысливают понятия. Все это может отразиться на грамматическом строе языка. Можно отметить и специфическое восприятие слабослышащими детьми устной речи – они «читают» устную речь с губ.

Дефект слуха влечет за собой некоторые особенности и в формировании личности детей.

Касаясь характерологических особенностей, можно отметить такие качества как доброта и привязанность. А также вспыльчивость и недоверчивость. Этим детям свойственны черты инфантилизма (значительно дольше остаются детьми, не «спешат» взрослеть).

Можно отметить и высокую самооценку (т.к. она недостаточно сформирована). Но с возрастом самооценка становится адекватной (правильной и критичной).

Рекомендации педагогам для организации учебного процесса у детей с патологией слуха

– посадите в классе ребёнка так, чтобы он при ответах видел лица учащихся и лицо учителя – при объяснении учебного материала;

- если у ребёнка одно ухо слышит хуже, чем другое, его посадка должна обеспечивать восприятие речи учителя ухом с наименьшей степенью тугоухости;
- при диктантах лицо учителя (по возможности) должно находиться на одном уровне с лицом ребёнка;
- если ребёнок не услышал, диктуемое слово, можно проговорить его около ушной раковины слабослышащего;
- речь учителя должна быть эмоциональной и выразительной, но не утрированной;
- при изучении нового материала термины, понятия, смысл которых объясняет учитель, можно предъявлять ученику в виде печатных табличек или писать на доске;
- для безболезненной адаптации ребёнка в среде слышащих одноклассников проведите воспитательную беседу с ребятами, корректно объясняя особенности общения со слабослышащим ребёнком;
- в работе с родителями упор делайте на то, что без их помощи и поддержки ребёнку будет очень трудно успевать за хорошо слышащими одноклассниками;
- дома с ребёнком должны общаться так же, как в школе – голосом нормальной разговорной громкости (можно немного громче), исключить из общения все жесты и ни в коем случае не кричать;
- единый речевой режим в школе очень важен. Объясните учителям, работающим с ребёнком, особенности его характера, слуха, познакомьте их с правилами общения со слабослышащими детьми;
- если ребёнок носит индивидуальный слуховой аппарат, требуйте его постоянного ношения в школе и следите за тем, чтобы он был постоянно включён. (Отключать или снимать его можно только на перемене или на уроках ЛФК);

ПОМНИТЕ! Нельзя подходить и обращаться к слабослышающему ребёнку со спины. Это пространство вызывает у него тревогу. Лучше посадить ребёнка поближе к стене, чтобы сзади никто не мог его напугать. Особенно важно соблюдать это правило в начальный период пребывания ребёнка в школе;

если вы заметили, что ученик вашего класса часто переспрашивает вас или одноклассников, старается подойти поближе, не реагирует на шепотную речь, не всегда внимательно слушает объяснение, часто раздражается или, наоборот, замыкается в себе, – обратитесь к родителям с просьбой обследовать его слух у отоларинголога или сурдопедагога.

Рекомендации родителям для воспитания и развития детей с патологией слуха

– глухие и слабослышающие дети - это нормальные дети. Однако их дальнейшая судьба определяется, главным образом, условиями их воспитания и обучения. При оказании им квалифицированной помощи, обеспечивающей нормальный ход их развития при раннем слухопротезировании, раннем начале целенаправленного воспитания и обучения, при активном участии в этом процессе семьи дети с нарушениями слуха (не имеющие дополнительных нарушений развития) ни в чем не уступают детям с сохранным слухом, отличаясь от них лишь особенностями произношения (их речь напоминает речь иностранцев).

– дома с ребёнком должны общаться так же, как в школе – голосом нормальной разговорной громкости (можно немного громче), исключить из общения все жесты и ни в коем случае не кричать;

– прежде всего, не следует скрывать от окружающих глухоту вашего ребенка, тем более - от близких родственников. В разговорах с соседями,

друзьями (при подходящих случаях) рассказывайте, что вы начали с малышом заниматься, учить его говорить; что для этого обязательно нужен слуховой аппарат, и ходить с аппаратом малыш теперь будет постоянно;

– самые первые связи ребенка с окружающими (не считая родителей) должны устанавливаться с ближайшими родственниками. Старайтесь почаще, (насколько позволяют обстоятельства) встречаться с ними. Поддерживайте отношения со своими друзьями и знакомыми, особенно если у них есть дети, приглашайте их к себе, посещайте их. Рассказы о том, как вы воспитываете и учите своего ребенка, несомненно, будут вызывать отклики со стороны ваших родственников и знакомых, постепенно они невольно включатся в этот процесс и станут вашими помощниками;

– помогайте ребенку устанавливать контакты со слышащими детьми и с родственниками, и со знакомыми. Приглашайте их домой. Для того, чтобы дети лучше узнали вашего ребенка, в первый период (он может быть длительным) следует приглашать по одному слышащему ребенку. Вполне естественно, что, если собираются хотя бы два слышащих ребенка и один еще не говорящий глухой (слабослышащий), то слышащие «замыкаются» друг на друге, а глухой остается в стороне. Ведь (если не проводить специальной работы) слышащие не знают, чем им может быть интересен глухой (слабослышащий) ребенок, в каком деле можно с ним объединиться. Слышащим, известно другое: он не умеет разговаривать или говорит непонятно. Таким образом, ребенок с нарушенным слухом воспринимается слышащими односторонне и негативно;

– в путешествии соседи могут заводить с ребенком разговор (особенно при длительных переездах - в поездах, самолетах). Не будьте посредником между ребенком и незнакомыми людьми! Пусть ребенок

сам старается понять то, что ему говорят. Ассортимент вопросов в этих случайных встречах довольно типичный: «Тебя как звать? А лет тебе сколько? Куда ты едешь?» и пр. Эти вопросы ребенок может уже хорошо понимать у знакомых людей, но у незнакомого человека может понять не сразу или вообще не понять. Ваша помощь - точное повторение вопроса даже без комментариев - является «переводом» с незнакомой манеры речи на знакомую - вашу. Эта «помощь» окажет ребенку очень плохую услугу - он будет укрепляться в мнении, что не понимает никого, кроме вас, и что без вас он беспомощен. Научите его спокойно просить: «Повторите, пожалуйста, я не понял; Я опять не понял; напишите, пожалуйста»;

– рекомендуем в воспитании, обучении и развитии детей с патологией слуха воспользоваться программно-методическим пособием Леонгарда Э.И. Всегда вместе. Программно-методическое пособие для родителей детей с патологией слуха. Часть I. М.: ООО «Полиграф сервис», 2002.

3. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ

Особенности детей с патологией зрения

Зрение – это одно из самых сложных и удивительных свойств человеческого организма, созданного природой для восприятия окружающей среды. И хотя глаз человека занимает менее 1% от размеров организма, существует множество научных учреждений в мире, которые на протяжении десятков лет изучают особенности строения, функционирования, а так же заболевания органа зрения.

Почему такой большой интерес исследователей привлечен таким маленьким органом? Причина в том, что через зрение человеку поступает более 90% всей информации об окружаемом мире и от зрительного восприятия зависит нормальное функционирование многих систем в организме. Поэтому хорошее зрение необходимо человеку для любой его деятельности: учебы, работы, отдыха, повседневной жизни. Для каждого человека очень важно развить в детстве (ребенок рождается с остротой зрения около 0,001-0,01) и сохранять хорошее зрение на протяжении всей жизни.

Потеря или резкое ухудшение зрения в детском (особенно раннем) возрасте ведет к резкому изменению реакций ребенка. Не развивается или нарушается уже сформированная координация движений, формируется чувство страха окружающего, появляется замкнутость и навязчивые движения, такие дети могут серьезно задерживаться в развитии. Все это из-за недостатка информации об окружающем ребенка мире и дефицит ее не может быть компенсирован функционированием других органов чувств.

Почему происходит нарушение или потеря зрения в детском возрасте? Дело в том, что организм ребенка (и орган зрения в особенности) в раннем детстве подвержен действию различных вредных влияний (не считая генетических заболеваний). В наше время таких факторов великое множество, начиная с инфекций, травм и заканчивая чрезмерными нагрузками при просмотре телевизора, занятиях на компьютере, использовании игровых приставок. Знание основных принципов строения зрительной системы поможет понять, как работает орган зрения и какие его внутренние структуры могут быть поражены.

Слабовидящий или слепой, как и всякий ребенок, развивается, накапливает жизненный опыт, в соответствии со своими возможностями он приспособляется к жизни, готовится к ней. От родителей и педагогов зависит, насколько он разовьет свои возможности и насколько активно и творчески он сможет участвовать в жизни общества.

Многочисленные эксперименты опровергли утверждение о наличии функциональных отличий мозга ребенка с дефектом органов зрения от мозга, нормально видящего ребенка.

Но все же развитие слепых и слабовидящих детей несколько отличается от развития ребенка с нормальным зрением.

Часто у детей с патологией органов зрения наблюдается немного замедленное развитие, что вызвано меньшим и несколько бедным запасом представлений, недостаточной упражняемостью двигательной сферы, ограниченностью в овладении пространством, а самое главное – меньшей активностью при познании окружающего мира.

Периоды развития слепых и слабовидящих детей не совпадают с периодами развития зрячих, они более длительные по времени. Эта особенность развития детей с нарушением зрения обусловлена тем, что им приходится вырабатывать свои способы познания мира, которые часто не свойственны нормально видящим школьникам.

Зная, эти особенности детей с дефектом зрения и их причины, нужно говорить о создании благоприятных условий для их правильного развития, как в школе, так и вне школьных занятий с целью предотвращения возможных вторичных отклонений, так как известно, что при неправильной организации воспитания и обучения страдают познавательные процессы ребенка (такие, как восприятие, воображение, память, наглядно-образное мышление), наблюдаются отклонения в эмоциональном и интеллектуальном развитии, в развитии речи и моторики, что, в свою очередь, ведет к снижению эффективности учебного процесса.

Таким образом, правильное построение процесса обучения и воспитания, как в школе, так и в семье, использование рационально подобранных методов и приемов, включение ребенка в полноценное общение, совместная деятельность и взаимопомощь педагогов и родителей в данном направлении позволит избежать подобных отклонений и значительно повысить уровень усвоения учащимися школьных знаний.

Рекомендации педагогам для организации учебного процесса у детей с патологией зрения

– при планировании любого общеобразовательного занятия предусматривается включение в работу всех анализаторов: и нарушенного зрения, и слуха, и осязания и т.д. Занятие нужно строить так, чтобы работа зрительного анализатора чередовалась с работой других анализаторов.

– обязательно учитываются индивидуальные особенности и зрительные возможности каждого ребенка. При подборе демонстрационного материала к занятиям педагог ориентируется на

рекомендации тифлопедагога, который принимает участие в подготовке к занятиям:

– на занятии рассаживать детей в соответствии с окклюзией: со сходящимся косоглазием – в сторону заклеенного глаза, с расходящимся косоглазием – в сторону, противоположную заклеенному глазу.

– помещение и учебная зона должны быть достаточно освещены (допускается сочетание естественного и искусственного света), используется дополнительное освещение над доской, на столах. Детей следует сажать так, чтобы свет падал слева. Для ребенка-левши рекомендуется иметь индивидуальное освещение с правой стороны при работе на столе.

– детей с расходящимся косоглазием и низкой остротой зрения посадить ближе к демонстрируемому материалу, со сходящимся косоглазием – дальше. Дети с низкой остротой зрения могут подойти к рассматриваемой картине, предмету чтобы иметь возможность лучше рассмотреть их.

– на занятии использовать наглядный материал:

реальные предметы, окружающие ребенка в повседневной жизни;

игрушки – с четко выраженными характерными признаками предмета;

предметы должны быть удобными для зрительного и осязательного обследования;

предметы должны быть традиционной легко узнаваемой формы с четко выраженными основными деталями;

предметы должны быть ярко окрашенными, с выделенными цветом основными деталями;

изображения простые, без лишних деталей, с четким контуром, контрастные по отношению к фону, без бликов;

демонстрационный материал красного, желтого, оранжевого и зеленого цвета, плоскостной и объемный;

размер демонстрационного материала, игрушек, предметов – 15-20 см.;
размер раздаточного материала – 5 см., 3 см., 2 см. – в зависимости от остроты зрения.

– при подборе или изготовлении изобразительной наглядности следует учитывать, что способность детей различать изображения зависит от остроты центрального зрения, т.к. дети с нарушением зрения лучше воспринимают изображения в цветовом исполнении, чем черно-белые, силуэтные и контурные, поэтому педагогам рекомендуется: Четко выделять общий контур изображения.

Усиливать цветовой контраст изображения.

Выделять контуром, разными линиями, штрихами, цветом главное в изображении.

Уменьшать количество второстепенных деталей.

В многоплановых сюжетных изображениях - выделять передний, средний и задний план.

Восприятие цветных изображений стимулирует зрительную реакцию, активизирует зрительные функции, создает у детей положительный эмоциональный настрой.

– демонстрационный материал для рассматривания необходимо предъявлять неподвижно, чтобы дети могли сосредоточить взор, для детей со сходящимся косоглазием – на подставке, с расходящимся – на столе.

– для эффективного использования наглядности на занятиях необходимо соблюдение следующих условий:

1. Демонстрируемая наглядность должна быть размещена таким образом, чтобы каждый ребенок мог ее рассмотреть (т.е., в хорошо освещенном месте, на уровне глаз детей, на контрастном фоне, на достаточном для их зрительного восприятия расстоянии).

2. Для обследования (зрительного, зрительно-осязательного) наглядности детям с нарушением зрения должно предоставляться больше времени (примерно вдвое), чем нормально видящим.

3. Детям, которые в этом нуждаются, необходимо на занятии предоставить возможность приблизиться к демонстрируемой наглядности, внимательно рассмотреть ее, обследовать с помощью осязания.

4. В ряде случаев (например, при ознакомлении детей с многоплановыми сюжетными изображениями или с предметами сложной формы) наглядность следует внести в группу до начала занятия для того, чтобы дети могли предварительно рассмотреть ее. После окончания занятия эта наглядность некоторое время может оставаться в группе.

5. Использование рельефной наглядности должно сопровождаться соотнесением ее с реальными предметами.

6. При демонстрации новых, незнакомых детям игрушек, предметов педагог обращает внимание на последовательность знакомства с их характерными признаками, свойствами, качествами, формирует у детей планомерность зрительно-осязательного восприятия.

7. Педагог должен сопровождать демонстрацию наглядности четким, доступным пониманию детей данного возраста описанием.

– Обязательным условием является включение в общеобразовательные занятия зрительной гимнастики, физминуток, игровых упражнений для глаз.

Рекомендации родителям для воспитания и развития детей с патологией зрения

– одна из причин низкой эффективности учебного процесса – пассивность, отсутствие самостоятельности у ребенка с нарушением

зрения в освоении окружающего мира. Часто такая позиция ребенка является результатом неправильного отношения к ребенку в семье и в школе. Чрезмерное сочувствие, опека, создание щадящего режима, ограничение деятельности таких детей приводят их к неверию в свои силы, осознанию себя инвалидом, отсутствию интереса и активности к познанию, без чего успешное обучение невозможно. Относитесь к ребенку как к равному, поощряйте его самостоятельность, формируйте у него активную жизненную позицию, веру в себя и свои силы.

– часто у детей с нарушением зрения наблюдается низкий уровень физического развития. Следует отметить, что нарушение осанки у слепых и слабовидящих школьников составляет 59 %, тогда как у детей с нормальным зрением – 18 %. Значительно больше у первых и число простудных заболеваний. Исследования врачей и физиологов давно доказали, что общее развитие детей и подростков, правильное функционирование у них всех систем и органов происходит лишь при достаточном количестве движений. те школьники, в режиме которых большое место занимает физическое развитие, обладают более высоким умственным развитием, сопротивляемостью к утомлению и простудным заболеванием, высокой работоспособностью, что не может не сказаться на повышении эффективности учебного процесса.

– поощряйте и стимулируйте двигательную активность вашего ребенка, приучайте его к обязательному выполнению утренней гимнастики, физических упражнений. Обязательно посоветуйтесь с врачом о возможной физической нагрузке вашего ребенка, совместно определите характер и объем упражнений, исходя из особенностей патологии зрения.

– еще одной из причин снижения успешности учебного процесса является низкий уровень развития мышления у слепых и слабовидящих школьников. Исследования педагогов и психологов доказали, что

низкий уровень развития мышления таких детей чаще всего не зависит от дефекта зрения. Это – результат педагогической запущенности, неправильной организации процессов обучения и воспитания. А мышление, как один из познавательных процессов школьников, играет важнейшую роль в успешном овладении учащимися школьными знаниями.

– используйте различные упражнения для развития мышления вашего ребенка.

при работе с текстом, для облегчения его понимания, осмысления и последующего запоминания, ребенок должен освоить смысловое деление текста на части и озаглавливание частей.

после прочтения (прослушивания) текста обязательно задайте ребенку вопросы на проверку правильности его восприятия, а также вопросы, требующие проявления собственного отношения к прочитанному. Больше включайте таких вопросов: «Почему?», «Зачем?», «Как ты думаешь?». Играйте с ребенком в игру «Кто лишний?». Такая игра ведет к активному развитию мышления и логики. Например: Что лишнее или кто лишний: автобус, автомобиль, грузовик, трамвай? Почему? Чаще задавайте вашему ребенку загадки, придумывайте новые вместе с ним.

Поиграйте: «Обозначь, одним словом». Например, «Стул, стол, шкаф, кровать – это...» И наоборот, «Подбери слова к данному определению». Например, «Хвойные деревья – ...».

возьмите за правило: никогда не давать ребенку готовые знания, лучше помочь ему «открыть» их самому.

существует зависимость уровня развития мышления и речи от развития мелкой моторики рук, поэтому пусть ваш ребенок чаще лепит из глины и пластилина, вырезает из бумаги, закрашивает фигуры, делает поделки и т.д.

в познании окружающего мира человек пользуется не только своим чувственным опытом, но и словом. При нарушении зрения деятельность самого механизма речи не изменяется. Но слепота и слабовидение затрудняют подражание и наблюдение за движением речевых органов собеседника, из-за чего часто страдает произношение. Кроме того, речевое развитие ребенка характеризуется и его словарем, а у детей с дефектами зрения довольно часто нарушается отнесенность слова к определенному предмету, достаточно беден словарный запас и наблюдается отставание в понимании значений слов. Все это затрудняет овладение детьми с дефектами зрения школьными знаниями. Поэтому здесь нужна интенсивная совместная работа по развитию речи логопеда, педагогов и родителей.

– развивайте речь вашего ребенка.

вводите в словарь ребенка новые слова, выражения с пояснением их значения и (по возможности) на основе наблюдения. Уточняйте представление вашего ребенка о том или ином предмете и явлении.

поощряйте ребенка составлять рассказы, делиться своими впечатлениями, пересказывать тексты.

дефект зрения при отсутствии правильного руководства ведет к ограниченному, неполному, отрывочному восприятию, что выражается в бедности, неточности представлений о предметах и явлениях окружающей действительности. А это в значительной мере осложняет процесс обучения. Для того чтобы ребенок правильно и адекватно воспринимал окружающий мир, нужно больше использовать наглядные и технические средства. Исследования доказали положительное влияние наглядности при ее правильном использовании на речевое, интеллектуальное развитие слепых и слабовидящих детей.

используйте «золотое» правило Я.А. Коменского: «Все, что только можно, представить ребенку наглядно».

шире используйте рисунки, макеты, диафильмы, совершайте мини-экскурсии с вашим ребенком, при этом обязательно стимулируйте активность ребенка на ознакомление с предметами, восполняйте недостаток зрительной информации с помощью осязания, слуха, обоняния.

еще одной из причин низкой эффективности учебного процесса является низкий уровень развития памяти.

для слепых и слабовидящих детей память имеет особенно важное значение, так как большое количество информации им приходится хранить в памяти. Дети с нормальным зрением могут довольно легко восполнить недостающие или исчезнувшие из памяти образы и представления, что сделать детям с дефектом зрения намного сложнее.

поэтому для повышения эффективности процесса обучения необходимо интенсивно вести работу над развитием памяти.

для развития памяти вашего ребенка работе рекомендуем использовать следующее:

для облегчения запоминания материала необходима установка на запоминание, чтобы у ребенка было желание запомнить. Смысловая работа над материалом также способствует более прочному сохранению его в памяти. Например, такая работа над грамматическим правилом, как разбивка его на составные части, составление опорной схемы значительно облегчает его запоминание и воспроизведение в дальнейшем.

должна быть установка на время, в течение которого должен храниться в памяти этот материал, так как результаты исследований показали, что в зависимости от того, на какой срок ребенок ставил установку на запоминание, данный материал и хранился в его памяти.

необходимо правильно организовывать повторения. Психологами и физиологами был определен наиболее благоприятный режим

повторений: через 20 минут, затем через 3 часа, далее через 8 часов, а затем на следующий день.

у детей еще достаточно слабо развит самоконтроль, они еще не понимают, усвоили они материал или нет. Для преодоления этой особенности необходимо объяснить детям, что, «если хочешь себя проверить, – расскажи текст, правило себе, бабушке или маме, не заглядывая в книгу. В крайнем случае – загляни в книгу еще раз и затем вновь попытайся его пересказать».

нарисуйте на листе бумаги различные фигуры в произвольном порядке, дайте посмотреть вашему ребенку на них в течение 10 секунд, после чего предложите ему полностью восстановить увиденное. Такое упражнение ведет к развитию зрительной памяти.

завершая все сказанное, хочется порекомендовать: уважайте вашего ребенка, воспринимайте его как полноценную личность, проявите к нему заботу, внимание, терпение и будьте уверены – ваши усилия не пропадут даром.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Особенности детей с сахарным диабетом

Сахарный диабет — группа эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия — стойкое увеличение содержания глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением и нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

Сахарный диабет у детей, протекает намного сложнее, чем у взрослых. Эти особенности обусловлены интенсивностью тех обменных процессов, которые свойственны детству.

Потребность в гормонах, обладающих анаболическим действием, у детей очень велика. Инсулину присуще анаболическое действие, значит, и потребность детей в инсулине большая, чем у взрослых. Курс лечения больного ребенка условно делится на два периода: налаживание компенсации в стационаре и длительное сохранение компенсации в домашних условиях. В стационаре на основании тяжести состояния больного, данных гликемического и глюкозурического профиля, врач выбирает препарат инсулина и устанавливает его дозу. При назначении инсулина всегда необходим строго индивидуальный подход к ребенку, поскольку чувствительность к инсулину у детей выше, чем у взрослых. Кроме этого, у детей содержание большинства из контринсулярных гормонов (гормоны, обладающие противоположным инсулину действием) значительно выше, чем у взрослых. Особенно высоко

содержание соматотропного гормона (гормона роста) в период физиологического ускоренного роста ребенка: 3-4 года, 7-8 лет и весь пубертатный период (возмужалость, половая зрелость). В эти возрастные промежутки и развивается сахарный диабет у детей. Детскому организму свойственна повышенная лабильность нервной системы, особенно симпатической ее части, что приводит к избыточному образованию гормона адреналина, а адреналин, в свою очередь, является причиной бурного распада гликогена в печени и мышцах, что способствует повышению содержания сахара в крови. Избыток адреналина в крови, оказывает негативное воздействие на психоэмоциональное состояние ребёнка - приводит к повышенной возбудимости, эмоциональной лабильности, агрессивным и депрессивным состояниям. В пубертатном периоде, нервная система ребёнка подвержена воздействию физиологических изменений, гормональной перестройке, а гипогликемические состояния, создают дополнительную нагрузку, приводят к эмоциональному дисбалансу.

Заболевание у детей характеризуется бурным его началом. Может быть впервые распознано уже в коматозном состоянии ребёнка. Характерна высокая потребность в инсулине. В начальном периоде у ребенка отмечаются общая слабость, похудание при хорошем аппетите, раздражительность, снижение успеваемости в школе, тошнота, рвота, иногда ночное недержание мочи, что указывает на декомпенсацию сахарного диабета. Иногда, у детей наблюдается полное поражение поджелудочной железы, абсолютная инсулиновая недостаточность. Часто диагностируется тяжелая форма сахарного диабета, реже - средняя степень тяжести. При лечении ребенка следует принимать во внимание, что в стационаре диета, поведение и активность ребенка отличаются от его нормального стереотипа, и по возвращении в домашние условия нужны поправки в дозе инсулина. У подростков большое значение имеет

эмоциональный фактор, влияющий на течение заболевания. К сожалению, родители не всегда могут создать ребенку благоприятную социально-психологическую атмосферу дома. Это усиливает у больного ощущение своей неполноценности по сравнению со сверстниками. Преодолеть эти проблемы помогают разработанные программы по обучению больных и их родственников, консультирование не только врачом эндокринологом, но и психологом.

**Рекомендации педагогам и родителям для психологической помощи
детям с сахарным диабетом**

– обучение ребёнка управлению своими эмоциями. Рекомендовано при частой смене настроения, эмоциональной возбудимости, агрессивности. Самым эффективным средством обучения саморегуляции детей и подростков является метод биологической обратной связи. Ребёнок учится чувствовать своё состояние, управлять им и может наглядно видеть на мониторе, как он это делает. После первых десяти сеансов БОС, начинает формироваться условно-рефлекторная связь, позволяющая ощущать свои эмоциональные состояния и совладать с ними.

– обучение детей снижению нервного напряжения (самоуспокоению, нормализации своего психологического состояния). Необходимо детям с повышенной нервной возбудимостью, невротическими проявлениями, ночным энурезом, нарушением сна, тревожностью, страхами. Метод представлен двумя направлениями занятий с психологом - для детей дошкольного и младшего школьного возраста с применением БОС и визуальным контролем. Для детей среднего и старшего школьного возраста - обучение нервно - мышечной

релаксации по Джекобсону, с контролем мышечного расслабления методом биологической обратной связи.

– обучение волевому поведению – умению преодолевать трудности, связанные со здоровьем, школьным обучением, общением с другими людьми, определённым образом жизни; проявлять сдержанность в пищевом поведении без негативных эмоций. Рекомендовано детям школьного возраста со слабым волевым компонентом, проявляющемся в поведении, обучении, соблюдении диеты и необходимых ограничений, обусловленных состоянием здоровья. В этом направлении, психологическая работа включает «Волевой тренинг», направленный на различные области жизнедеятельности ребёнка.

5. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Особенности детей с задержкой психического развития

Задержка психического развития - отставание в развитии психической деятельности ребенка в целом, обусловленное инфекцией, интоксикацией, травмой головного мозга, перенесенной внутриутробно, при родах или в раннем детстве, нарушениями эндокринной системы или другими хроническими соматическими заболеваниями. Выдающиеся педагоги и психологи отмечают, что у детей с задержкой психического развития в большинстве случаев бывает нарушено восприятие, внимание, мышление, память, речь.

У детей с ЗПР часто бывает нарушено внимание: долго не формируется произвольное внимание.

- внимание неустойчивое, рассеянное, плохо концентрируемое и снижается при утомляемости, физических нагрузках. Даже положительные бурные эмоции (праздничные утренники, просмотр телепередач и т.д.) снижают внимание;
- малый объём внимания;
- дети с ЗПР не могут правильно распределять внимание (трудно слушать и одновременно писать);
- наблюдаются трудности в переключении внимания с одного вида деятельности на другой;
- часто обращают внимание на второстепенные детали и на них застревают.

Восприятие:

- темп восприятия замедлен, требуется больше времени для выполнения задания;
- сужен объём восприятия;
- наблюдаются трудности при восприятии сходных предметов (круг и овал);
- наблюдаются проблемы с гнозисом. Дети с трудом узнают зашумлённые и пересекающиеся изображения, с трудом собирают разрезные картинки, ошибаются в «прохождении лабиринтов»;
- нарушено восприятие цвета (особенно оттеночных цветов), величины, формы, времени, пространства;
- затруднено пространственное восприятие, так как недостаточно сформированы межанализаторные связи;
- физиологический слух сохранен, но нарушено фонематическое восприятие;
- затруднён стереогноз (узнавание на ощупь).

Память:

- недостаточная прочность запоминания. Кратковременная память преобладает над долговременной, поэтому требуется постоянное подкрепление и многократное повторение ;
- хуже развита вербальная память, лучше зрительная;
- страдает способность к логическому запоминанию. Лучше развита механическая память.

Мышление:

- недостаточная сформированность мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения и т.д.;
- особенно страдает словесно – логическое мышление. Этот вид мышления в норме формируется у детей к семи годам, а у детей с ЗПР значительно позже. Дети не понимают картинку со скрытым смыслом, загадку, поговорку, пословицу;

- не могут без помощи педагога установить причинно – следственные связи;
- не понимают скрытый смысл загадки, пословицы.

Речь:

- практически у всех детей с ЗПР имеются те или иные речевые нарушения, страдает звукопроизношение, фонематический слух, нарушен грамматический строй. Особенно страдает связная речь, построение связного высказывания, нарушена смысловая сторона речи.

Очевидно, что традиционные занятия детям данной категории не интересны и малоэффективны. Возникает необходимость поиска различных путей и методов, способствующих более качественному усвоению необходимых знаний, обозначенных программой обучения.

Наиболее удачным и действенным методом в работе с детьми с задержкой психического развития, как на коррекционно – развивающих занятиях, так и в индивидуальной работе, является дидактическая игра. Дидактическая игра определена самим названием – это игра обучающая. Она помогает ребенку приобрести знания в легкой, доступной и непринужденной форме. Именно через дидактическую игру, как основного метода коррекционной работы, происходит усвоение знаний, предусмотренных программой.

Ещё у детей с задержкой психического развития снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми. У большинства из них обнаруживается повышенная тревожность по отношению к взрослым, от которых они зависят. Дети почти не стремятся получить от взрослых оценку своих качеств в развёрнутой форме, обычно их удовлетворяет оценка в виде недифференцированных определений («хороший мальчик», «молодец»), а так же непосредственное эмоциональное одобрение (улыбка, поглаживание и т. д.). Необходимо отметить, что хотя дети по собственной инициативе

крайне редко обращаются за одобрением, но в большинстве своём они очень чувствительны к ласке, сочувствию, доброжелательному отношению. Среди личностных контактов детей с ЗПР преобладают наиболее простые. У детей данной категории наблюдаются снижение потребности в общении со сверстниками, а так же низкая эффективность их общения друг с другом во всех видах деятельности.

У детей данной категории выделяется слабая эмоциональная устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения и его провоцирующий характер, трудности приспособления к детскому коллективу во время игры и занятий, суетливость, частую смену настроения, неуверенность, чувство страха, манерничанье, фамильярность по отношению к взрослому. Диапазон нравственных норм и правил общения, очень невелик, беден по содержанию. Отмечается большое количество реакций, направленных против воли родителей, частое отсутствие правильного понимания своей социальной роли и положения, недостаточную дифференциацию лиц и вещей, ярко выраженные трудности в различении важнейших черт межличностных отношений. Всё это свидетельствует о недоразвитии у детей данной категории социальной зрелости.

Эти особенности развития, присущие в основном младшим школьникам, вызывают значительные трудности в процессе обучения, вследствие чего в исследованиях последних лет для характеристики этой группы учеников нередко используется термин «дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития».

Рекомендации педагогам для организации учебного процесса у детей с задержкой психического развития

– Необходимо постоянно поддерживать уверенность в своих силах, обеспечить ученику субъективное переживание успеха при

определённых усилиях. Трудность заданий должна возрастать постепенно, пропорционально возможностям ребёнка.

– Не нужно требовать немедленного включения в работу. На каждом уроке обязательно вводить организационный момент, т.к. школьники с ЗПР с трудом переключаются с предыдущей деятельности.

– Не нужно ставить ребёнка в ситуацию неожиданного вопроса и быстрого ответа, обязательно дать некоторое время для обдумывания.

– Не рекомендуется давать для усвоения в ограниченный промежуток времени большой и сложный материал, необходимо разделять его на отдельные части и давать их постепенно.

– Не требовать от ребёнка с ЗПР изменения неудачного ответа, лучше попросить ответить его через некоторое время.

– В момент выполнения задания недопустимо отвлекать учащегося на какие-либо дополнения, уточнения, инструкции, т.к. процесс переключения у них очень снижен.

– Стараться облегчить учебную деятельность использованием зрительных опор на уроке (картин, схем, таблиц), но не увлекаться слишком, т.к. объём восприятия снижен.

– Активизировать работу всех анализаторов (двигательного, зрительного, слухового, кинестетического). Дети должны слушать, смотреть, проговаривать и т.д.

– Необходимо развивать самоконтроль, давать возможность самостоятельно находить ошибки у себя и у товарищей, но делать это тактично, используя игровые приемы.

– Необходима тщательная подготовка перед каждым уровнем. Важна не быстрота и количество сделанного, а тщательность и правильность выполнения самых простых заданий.

– Учитель не должен забывать об особенностях развития таких детей, давать кратковременную возможность для отдыха с целью

предупреждения переутомления, проводить равномерные включения в урок динамических пауз (через 10 минут).

– Не нужно давать на уроке более двух новых понятий. В работе стараться активизировать не столько механическую, сколько смысловую память.

– Для концентрации рассеянного внимания необходимо делать паузы перед заданиями, интонацию и приемы неожиданности (стук, хлопки, музыкальные инструменты, колокольчик и т.п.).

– Необходимо прибегать к дополнительной ситуации (похвала, соревнования, жетоны, фишки, наклейки и др.). Использовать на занятиях игру и игровую ситуацию.

– Создавать максимально спокойную обстановку на уроке или занятии, поддерживать атмосферу доброжелательности.

– Темп подачи учебного материала должен быть спокойным, ровным, медленным, с многократным повтором основных моментов.

– Все приемы и методы должны соответствовать возможностям детей с ЗПР и их особенностям. Дети должны испытывать чувство удовлетворённости и чувство уверенности в своих силах.

– Необходимо осуществлять индивидуальный подход к каждому как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий.

– На уроках и во внеурочное время необходимо уделять постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей.

– Создание доверительных отношений со взрослыми.

– Формирование ученического коллектива на основе привлечения каждого ученика к активной общественно полезной деятельности и усиленному производительному труду.

**Рекомендации родителям для воспитания и развития детей с
задержкой психического развития**

- У ребенка с ЗПР ослаблена память, не сформировано произвольное внимание, отстают в развитии мыслительные процессы, поэтому необходимо закреплять изученный материал и дома.
- Первоначально задания выполняются ребенком с активной помощью родителя, постепенно приучая ребенка к самостоятельности.
- Необходимо приучать ребенка к самостоятельному выполнению заданий. Не следует спешить, показывая, как нужно выполнять задание. Помощь должна носить своевременный и разумный характер.
- Важно определить, кто именно из взрослого окружения ребенка будет с ним заниматься по заданию дефектолога.
- Время занятий должно быть закреплено в режиме дня. Постоянное время занятий дисциплинирует ребенка, помогает усвоению учебного материала.
- Занятия должны носить занимательный характер.
- При получении задания необходимо внимательно ознакомиться с его содержанием, убедиться, что вам все понятно.
- В затруднительных случаях консультироваться у педагога.
- Подберите необходимый наглядный дидактический материал, пособия, которые рекомендует учитель – дефектолог.
- Занятия должны быть регулярными.
- Закрепление знаний может проводиться во время прогулок, поездок. Но некоторые виды занятий требуют обязательной спокойной деловой обстановки, а также отсутствия отвлекающих факторов.
- Занятия должны быть непродолжительными, не вызывать утомления и пресыщения.
- Необходимо придерживаться единых требований, которые предъявляются ребенку.

- Будьте терпеливы с ребенком, доброжелательны, но достаточно требовательны.
- Отмечайте малейшие успехи, учите ребенка преодолевать трудности.
- Стройте взаимоотношения с ребёнком на взаимопонимании и доверии.
- Контролируйте поведение ребёнка, не навязывая ему жёстких правил, не давайте ребёнку категорических указаний, избегайте слов «нет» и «нельзя».
- Повторяйте свою просьбу одними и теми же словами много раз.
- Выслушайте то, что хочет сказать ребёнок.
- Не настаивайте на том, чтобы ребёнок обязательно принёс извинения за поступок.
- Уделяйте ребёнку достаточно внимания.
- Проводите досуг всей семьёй.
- Не допускайте ссор в присутствии ребёнка.
- Установите твёрдый распорядок дня для ребёнка и всех членов семьи, снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребёнком задания.
- Избегайте по возможности больших скоплений людей.
- Помните, что переутомление способствует снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ И ВОСПИТАНИЯ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Особенности детей с эпилепсией

*

К эпилепсии в настоящее время относят заболевание головного мозга, проявляющееся повторными эпилептическими приступами. Необходимо особо подчеркнуть, что эпилепсия не относится к психическим заболеваниям, а относится к заболеваниям головного мозга.

Многие родители боятся диагноза эпилепсия, предпочитают скрывать его, считая это заболевание постыдным для себя и окружающих. На самом деле это не так. История знает немало известных имен среди людей, страдающих эпилепсией, - это А.Македонский, Ю.Цезарь, Авиценна, Сократ, Петр Первый, Ф.М.Достоевский, А.Нобель, и другие. Приступы не были препятствием для их деятельности. Эпилепсия и сегодня бывает у многих людей и не мешает их полноценной и плодотворной жизни. Предпосылкой этому являются регулярные посещения врача и точное соблюдение медицинских назначений и режима.

Основное проявление заболевания – эпилептические приступы. Однако не все эпилептические приступы являются эпилепсией. У ребенка могут возникнуть эпилептические приступы на фоне температуры, что обозначается как фебрильные припадки, после вакцинации, при тяжелой черепно-мозговой травме. При наличии однократного припадка следует установить его причину и выяснить у врача, возможен ли переход судорог в эпилепсию. У 20% детей судороги возникают однократно и в последующем не трансформируются в эпилепсию. Но у части детей такой переход может произойти. Поэтому

ребенок с однократным эпилептическим приступом должен находиться под наблюдением врача длительное время.

**Особенности работы педагога с детьми,
страдающими эпилепсией**

Воспитание и обучение детей, страдающих эпилепсией, в нашей стране сопряжено со многими трудностями. Это связано с тем, что патогенез этого заболевания еще пока находится в стадии изучения, и дать подробные советы, одинаково годные для любого ребенка, страдающего эпилепсией, невозможно, т.к. каждый случай сугубо индивидуален.

Кроме того, эпилепсия является одним из наиболее стигматизирующих заболеваний психоневрологического профиля. Распространенное в обществе мнение о том, что эпилепсия - психическое заболевание, ошибочно. Согласно международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10), эпилепсия является расстройством неврологическим. У больных могут формироваться вторичные (неврозоподобные и психопатоподобные) нарушения психической деятельности, но в большинстве случаев это связано не с течением болезни, а с психологическими и социальными проблемами, которые зачастую приводят эпилептика к вынужденной дезадаптации. А.В.Островская пишет: «В ряде случаев психологические и социальные проблемы для больных эпилепсией являются более серьезными, чем приступы. Часто это накладывает ограничение на функционирование личности и как следствие приводит к снижению качества жизни». Недостаточная информированность среди населения об истинной природе эпилепсии приводит к такому явлению, как стигматизация.

Особенно трагично, если болезнь появилась в детском возрасте, когда у человека только формируется отношение к себе и к окружающему миру. У ребенка - эпилептика представления о себе и о картине мира искажены. Он чаще, чем другие, сталкивается с насмешками, отчуждением, пренебрежением, агрессией, снисходительной жалостью. Печально, что и педагоги иногда занимают неправильную позицию, отказываясь принимать таких детей в детские сады, школы, стараясь перевести их на домашнее обучение. Родители, стараясь оградить нервную систему ребенка от перенапряжения, также ограничивают его деятельность, зачастую «перегибая палку».

К сожалению, все эти действия, как показывает практика, в большей мере приводят не к ожидаемой пользе, а только лишь к развитию многих комплексов, которые, в свою очередь, могут в дальнейшем привести к аутостигматизации. Ребенок начинает испытывать стыд, затруднения при общении, у него понижена самооценка. Однажды столкнувшись с явлением стигмы, он подсознательно ожидает и боится ее.

Чтобы предотвратить это, необходимо понять: дети, страдающие эпилепсией, нуждаются не только в медикаментозном лечении, но и в особой поддержке со стороны коллектива и, в том числе, педагогов. Преподаватели в школах, несомненно, должны быть хорошо информированы. Они должны не только правильно ориентироваться в тех случаях, когда случается эпилептический приступ, но и знать о тех специфических характерологических расстройствах, которые могут возникать у детей, страдающих эпилепсией, правильно понимать их действия, поступки, поддерживать здоровую эмоциональную обстановку в классе, не допускать агрессии. Это очень важно, т.к. от учителя зависит формирование личности, характера, отношения ребенка к себе и

окружающим, и, следовательно, его социальные установки и место в обществе.

Так что же делать педагогу, если в его классе оказался ребенок с диагнозом «эпилепсия»? Прежде всего - не пугаться и не паниковать. Если ребенок посещает обычную (не специализированную) школу - значит, ему это не противопоказано.

В первую очередь, необходима доверительная беседа с родителями ребенка. Педагог должен выяснить, как часто происходят приступы, какой они имеют характер, как влияет течение болезни на формирование личности. Также педагогу необходимо знать, какие противоэпилептические препараты принимает ребенок, как оказать первую помощь при приступе и как при необходимости связаться с родителями или ближайшими родственниками.

Если эпилептический приступ все же произошел, не надо пугаться и кричать. Чтобы ребенок не нанес себе ушибов и повреждений, его нужно уложить на что-то мягкое, поддерживая голову руками. Рекомендуется удалить из зоны действия все опасные предметы, а также попытаться, насколько возможно, освободить ребенка от одежды (расстегнуть рубашку, ослабить ремень). Нельзя оставлять ребенка одного во время приступа.

Распространено мнение, что во избежание прикуса языка нужно вложить в рот эпилептику ложку или другой похожий предмет, обернутый мягкой тканью. Однако в последнее время многие специалисты не рекомендуют этого делать. Н.А. Шнайдер, профессор, доктор медицинских наук, руководитель Неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, пишет: «Не надо ничего вставлять между зубами ребенку, находящемуся в приступе» [4].

Также не нужно заливать в рот никакой жидкости до тех пор, пока приступ не закончится.

Необходимо срочно позвонить родителям ребенка или его близким родственникам. Вызывать «скорую помощь» нужно далеко не всегда, а только в следующих случаях:

- 1) если продолжительность приступа превышает 5 минут;
- 2) если имеется нарушение дыхательных функций;
- 3) если приход в сознание после приступа осуществляется слишком медленно;
- 4) если приступы происходят серийно, один за другим;
- 5) если эпилептический приступ случился в воде;
- 6) если во время приступа ребенок был травмирован.

Во всех остальных случаях не нужно обращаться на станцию «скорой помощи», не нужно вызывать бригаду врачей и тем более отправлять ребенка в стационар. Помимо того, что в этом нет необходимости, это психологически угнетающе действует на больных эпилепсией. Поэтому лучше дозвониться до родителей и вызвать их на место происшествия.

После приступа обычно наступает сон. До приезда родителей ребенка нужно уложить в изолированном тихом помещении, где есть достаточный приток свежего воздуха. Но и во время сна желательно, чтобы за ним кто-то наблюдал, т.к. приступ может повториться, даже без пробуждения.

Если приступ происходит на глазах у других детей, не нужно акцентировать их внимание на этом. Вообще, не нужно лишний раз напоминать ребёнку о его недуге. Не следует обсуждать факт болезни с кем-то при больном ребёнке. Не рекомендуется чрезмерная опека и излишние ограничения. Ребенок, страдающий эпилепсией, не должен быть «выключенным» из социума, он может и должен участвовать в

спортивных и массовых мероприятиях в меру своих сил (по согласованию с лечащим врачом).

Уже упомянутый ранее Н.А. Шнайдер в своем обращении к педагогам пишет: «Больной эпилепсией ребёнок, в целом, не отличается от других детей. Он такой же умный, красивый, интересный и нужный. Он такой же хороший. Он такой же молодец, как и все ребяташки. А то, что у него время от времени случаются приступы – это всего лишь одна из его индивидуальных особенностей, которую нужно просто понять и принять. И которая ни в коем случае не делает его хуже или в чём-то ограниченнее других детей. Ему просто нужно чуть-чуть больше внимания и заботы. Только и всего. А так – он такой же, как все.

Это то, в чём Вы должны убедить себя, своих коллег, друзей больного ребёнка и, конечно, самого маленького человечка, на долю которого выпало такое страдание.

Знайте, что в Ваших силах внести значимый вклад в то, чтобы ребёнок, больной эпилепсией, не вырос отстранённым от жизни».

Рекомендации родителям о правилах поведения при возникновении приступа и особенностях жизнедеятельности ребенка больного эпилепсией

Существуют определенные правила поведения родителей при эпилептическом приступе у ребенка. При возникновении приступа:

- расстегнуть воротник и освободить от тесной одежды;
- удалить инородные предметы из полости рта;
- положить ребенка на спину и повернуть голову на бок;
- не пытаться разжать челюсти с помощью каких-либо предметов;
- не давать никаких лекарств и жидкостей через рот;
- измерить температуру;
- внимательно наблюдать за течением приступа;

- находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.

Как помочь правильному социальному становлению ребенка с эпилептическими приступами?

Предоставьте ребенку как можно больше самостоятельности, поскольку это - фундамент его дальнейшей взрослой жизни. Безусловно, спокойнее, когда ребенок всегда «на глазах», но гораздо важнее вашей самоуспокоенности дать ребенку шанс стать в будущем полноценным человеком, не нуждающимся в постоянной опеке близких. Как здоровые дети самостоятельно познают мир и действуют, исходя из собственного опыта, так же должны познавать мир и дети с эпилепсией, как бы ни было трудно смириться с этим их родителям.

Никогда не следует использовать эпилепсию как повод избежать каких-либо неприятных, или просто нежелательных для вас или ребенка действий. В семье не делайте поблажек ребенку с приступами и не ставьте его в исключительное положение по сравнению с братьями и сестрами. Он точно так же может исполнять поручения по дому - помогать уборке, мыть посуду и т. п. Приступы не должны быть использованы как повод для уклонения от неприятных обязанностей. Иначе, привыкая в детстве к подобным уловкам, ему и в дальнейшем захочется ими воспользоваться в трудных ситуациях, что, в свою очередь, может привести к психическим проблемам, связанным с нежеланием «расставаться» с приступами.

В школе на уроках физического воспитания, если у ребенка нет приступов, можно под наблюдением учителя заниматься физкультурой.

Опасно ли работать за компьютером ребенку с эпилепсией?

Предположения о провоцирующем влиянии на приступы, работы за компьютером сильно преувеличены. Однако у людей с повышенной

чувствительностью к световым мельканиям подобные опасения оправданы, хотя категорическим противопоказанием для работы с компьютером они не являются. При правильно подобранном лечении и соблюдении ряда защитных мер можно не лишать человека удовольствия (или необходимости) работы за компьютером. При этом желательно соблюдение некоторых правил:

- Расстояние от глаз до экрана монитора должно быть не менее 35 см (для 14-ти дюймовых экранов).
- Экран монитора должен быть чистым с правильно отрегулированными параметрами изображения.
- Компьютер должен быть установлен в светлом помещении.
- Монитор необходимо расположить так, чтобы избежать бликов от окон или других источников света.
- При выборе монитора отдавать предпочтение стандарту SVGA с частотой разверстки не менее 60 гц.
- Исключить другие мониторы или телевизоры из поля зрения.
- Избегать программ, которые используют большую часть экрана в качестве светлого фона, или уменьшить рабочее окно программы с изменением фона окна на менее контрастный (желательно с наличием зеленых тонов).
- Избегать рассматривать мелкие детали изображения на экране с близкого расстояния.
- Постараться не работать за компьютером в возбужденном или переутомленном состоянии, при недосыпании.

Следует учитывать, что компьютер может стать важным фактором социального становления человека с эпилептическими приступами.

Какие нарушения поведения могут возникнуть?

Первое место по частоте встречаемости у детей, страдающих эпилепсией, занимают астенические состояния (слабость, утомляемость, снижение работоспособности и т.д.).

На втором месте находятся нарушения поведения.

Следующую группу составляют так называемые аффективные расстройства, т.е. состояния возбуждения.

Перечисленные выше виды расстройств могут сочетаться у одного больного, а могут выступать в качестве единственного проявления.

Более подробно остановимся на нарушениях поведения.

Нарушения поведения у детей с эпилепсией связаны, с одной стороны, с заболеванием, а с другой стороны, обусловлены особенностями воспитания, семьей ребенка. Частые конфликты в семье, отсутствие согласованных действий родителей в воспитании ребенка может привести к нарушениям поведения.

Для ребенка с эпилепсией обычные раздражители могут оказаться сверхсильными и вывести его из равновесия. Нередко даже незначительный повод может привести к неадекватной эмоциональной вспышке. Дети младшего возраста часто капризничают, плачут, а в более старшем возрасте – грубят, иногда совершают разрушительные действия и агрессивные поступки.

Из расстройств поведения чаще всего встречается расторможенность: дети раздражительны, возбуждены, непоседливы, чрезмерно подвижны, ни на минуту не остаются в покое. Все, что находится в поле их зрения, не остается без внимания. Порой трудно понять, что они хотят.

Расторможенность проявляется не только в движениях, но и в речи, желаниях, эмоциях, во всем поведении. Эти нарушения

проявляются еще более сильно, когда имеются дефекты воспитания - исполнение всех желаний и прихотей ребенка незамедлительно.

В некоторых случаях расторможенность достигает такой степени, что больных ни на минуту нельзя оставить без присмотра.

Противоположной формой нарушения поведения является гипоактивность. Эти дети малоподвижны. Они с трудом адаптируются к жизни. Даже в простых жизненных ситуациях они оказываются беспомощными.

Может быть, вариант контрастного поведения ребенка. В школе больной послушен, а дома - расторможен и деспотичен.

У подростков нарушения поведения могут достигать значительной степени выраженности. В этом случае формируется аномальная личность, эгоистичная, с переоценкой своего «я». Такие подростки требуют от родителей приобретения дорогостоящих модных вещей, хотя сами еще не зарабатывают.

Некоторые из подростков, считающиеся «трудными» дома, в стационаре преображаются, подражают окружающим, выполняют все врачебные назначения.

Другие ведут себя как «трудные» не только дома, но и в школе, в стационаре. Такие дети неуправляемы, конфликтуют по мелочам. Они могут настраивать на свой лад других детей. Их поведение представляет собой результат не столько болезни, сколько распушенности, отсутствия уважительного отношения к другим.

Нарушения поведения иногда развиваются в результате неправильного представления об эпилепсии как неизлечимой болезни.

Например, когда больным говорят, что им всю жизнь предстоит принимать лекарства и строго соблюдать многочисленные ограничения, у них нередко возникает депрессия, т.е. стойкое снижение настроения. Иногда больные отказываются от лечения вообще, что опасно для их

жизни. Родители в связи с неправильными представлениями об эпилепсии иногда рисуют мрачную картину будущего своего ребенка, чрезмерно его жалеют и опекают, что также отражается на его поведении.

Нарушения поведения выступают в качестве фактора, осложняющего лечение эпилепсии, усугубляя тем самым ее течение.

Учитывая все вышеизложенное, поведение ребенка во многом определяется родителями. И сформируются нарушения поведения у больного или нет, зависит, в первую очередь, от семьи, в которой воспитывается ребенок.

Поэтому родители должны установить доверительные отношения с лечащим врачом ребенка. Они должны четко осознавать, что эпилепсия, такое же заболевание, как и многие другие. Никто из членов семьи не виноват в болезни ребенка.

Совершенно бессмысленно все время жаловаться. Если ребенок заболел, надо сделать все чтобы ему помочь. Не следует подчеркивать недостатки ребенка. Недопустимо на него кричать, применять телесные наказания. Но и нельзя прощать ему проступки. Только ровное спокойное отношение к ребенку позволит избежать родителям проявлений нарушений поведения у него. Необходимо адаптировать ребенка к коллективу. Большинство детей с эпилепсией могут и должны получать образование.

Родителям следует помнить, что постоянная опека приводит к воспитанию у ребенка эгоизма. Поэтому очень важно привить ребенку доброту и заботу о ближних. Если в семье есть младшие дети, необходимо привлекать ребенка к опеки за ними. Если больной единственный в семье ребенок, то важно привить ему любовь к птицам и животным. Помощь и забота, кормление, уход за животными являются хорошим средством профилактики эгоизма, агрессивности у детей.

У детей с эпилепсией часто отмечается обидчивость. Некоторые родители усугубляют ее тем, что изолируют детей от сверстников, не разрешают играть с другими детьми, боясь наступления приступа. Отстранение детей от игр, развлечений, лишение общения со сверстниками способствует душевному опустошению.

Если эпилепсией болен подросток, то родителям очень важно правильно разъяснить ему суть болезни и необходимость соблюдения определенных правил в жизни. Убеждение, беседа «на равных» действуют более убедительно, чем повелительный тон. Все должно быть аргументировано, четко сформулировано, чтобы подростку было предельно ясно: это можно, а это действительно нельзя.

Родители должны помнить, что с примера, который они подают, начинается всякое воспитание. Что бы ни говорили родители и воспитатели, какие бы благородные мысли и убеждения они не развивали, эти мысли и убеждения не окажут на ребенка полезного действия, если они не будут подкрепляться соответствующим поведением старших.

Для того чтобы существенно сократилось количество ограничений и запретов, установленных для детей с эпилепсией, необходимо, прежде всего, повышение уровня образованности, как семьи, так и общества в целом. Необходимо постоянно поощрять детей к различным активным действиям, не представляющим опасности для их здоровья.

ЭТО ВАЖНО ПОМНИТЬ!

Да, ваш ребенок отличается от других детей,
ему труднее, чем обычному ребенку.

Но ему, так же как всем детям,
нужна любовь, ласка, игра
и общение с близкими людьми.

Его жизнь — это не только тренировки,
лечение, реабилитация
и специальные занятия,
это игра, радость и удовольствие,
без которых не бывает детства!

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л.О. и др. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.
2. Бадалян, Л.О. Невропатология/Л.О. Бадалян – М., 1987.
3. Ефименко Н.В. Особенности работы школьного педагога с детьми, страдающими эпилепсией. <http://epilepsy.su/>
4. Лапшин, В.А. Основы дефектологии/ В.А. Лапшин, Пузанов Б.П. – М., 1990.
5. Лебедев В.Н. Нарушения психического развития у детей с церебральными параличами. - М., 1991.
6. Н.П. Жукова, методист Белгородской государственной специальной библиотеки для слепых им. В. Ерошенко.
7. Психологическая помощь детям с сахарным диабетом. С.И. Знаменская, руководитель Центра комплексной реабилитации семьи и развития ребёнка г. Санкт-Петербург.
8. Психологические особенности детей с патологией органов зрения (статья)
9. Леонгард Э.И. Всегда вместе. Программно-методическое пособие для родителей детей с патологией слуха. Часть I. М., 2002.
10. Стребелева Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии. Книга для педагога – дефектолога. М., 2004.
11. Ульенкова У.В. «Дети с задержкой психического развития». Нижний Новгород, 1994.
12. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. - СПб., 1995.
13. <http://hghltd.yandex.net/>
14. <http://kidlight.ru/>
15. <http://nsportal.ru/>
16. <http://www.nmclinika.ru/>
17. <http://www.deti-feniksa.ru/>
18. <http://nature.web.ru/>