

Министерство образования Иркутской области
Государственное автономное учреждение
Иркутской области «Центр психолого-
педагогической, медицинской и социальной
помощи»

«Психолого- педагогическое сопровождение семей, имеющих детей раннего возраста»

Сборник статей для
специалистов служб ранней
помощи и консультативных
пунктов

Иркутск, 2025



Государственное автономное учреждение Иркутской области
ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Психолого-педагогическое сопровождение семей,
имеющих детей раннего возраста**

**Сборник статей для специалистов служб ранней помощи и
консультативных пунктов**

Иркутск – 2025 г.

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГАУ ЦППМ и СП

Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей раннего возраста. Сборник статей для специалистов служб ранней помощи и консультативных пунктов/ Т.Г. Ярощук, В.Д. Пиханова, Н.М. Хангалова, С.В. Сахьянова – Иркутск: ГАУ ЦППМ и СП, 2025, - 160 с.

В сборнике статей «Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей раннего возраста» представлены работы, раскрывающие организационно-методологические основы ранней помощи детям и их семьям на современном этапе, обобщающие результаты исследований в области ранней помощи детям и их семьям. В сборнике статей описан опыт по психолого-педагогическому сопровождению детей раннего возраста с особенностями в развитии и их семей, методам работы с семьями, технологии по развитию компетенций родителей детей раннего возраста.

Представленные в сборнике статьи адресованы руководителям и специалистам служб ранней помощи и консультативных пунктов в системе образования Иркутской области.

Рецензенты:

В.Н. Михайлова – директор ГАУ ЦППМ и СП,

Л.И. Панова – заместитель директора ГАУ ЦППМ и СП.

© Государственное автономное учреждение Иркутской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Глава 1. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с трудностями развития

Психолого-педагогическое сопровождение взаимодействия с семьями воспитанников с ограниченными возможностями здоровья

[Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для педагогов дошкольных образовательных организаций / Г. Н. Кузнецова, А. А. Толмачева, Н. А. Колесова. – Электрон. текстовые дан. (1 файл: 1,16 Мб). – Челябинск: ЧИППКРО, 2020

<https://uokorkino.educhel.ru/download/file/1421900/8d35c124d0034ff2117f88e8f848d8bb>

1.1. Психолого-педагогическое сопровождение: сущность, понятие

Современная педагогическая наука и практика активно меняют содержание, формы и методы работы, подкрепляя их методологическими изысканиями, что связано, прежде всего, с решением вопросов развития личности независимо от возраста человека, его социализации и индивидуализации как интегрированных процессов. Поэтому обращение к проблеме педагогического сопровождения многими исследователями не случайно. Одни видят в ней технологию педагогической деятельности, другие – метод работы, третьи указывают на ее возможности в индивидуализации образования. Вместе с тем большинство исследователей подчеркивают, что феномен педагогического сопровождения сегодня требует осознания в теории и практике на всех ступенях образования. Чтобы рассмотреть особенности психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ, необходимо уточнить определение понятия «психолого-педагогическое сопровождение», так как оно имеет множественное значение.

Описание понятия «педагогическое сопровождение» необходимо начать с ключевого слова «сопровождение». В гуманитарные науки понятие «сопровождение» проникло вслед за понятиями педагогическая, психологическая и социальная помощь и поддержка, что обусловлено концепцией гуманистически ориентированной психологии и педагогики, а также тенденцией социализации глобальных процессов общественной жизни. Толковый словарь русского языка Д. Н. Ушакова определяет понятие «сопровождение» (в первом значении) как действие.

В Словаре русского языка С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой «сопровождение» определяется как «то, что сопровождает какое-либо явление, действие». С точки зрения морфемного состава слово «сопровождение» имеет корень «вожд» и две приставки – «со» и «про». Корень «вожд» происходит от корня вести, что означает: «1. Идя вместе,

направлять движение, помогать идти. 2. Направлять деятельность кого-, чего-л., управлять, руководить...». Значение приставки «про» указывает на действия, определенно направленные, разворачивающиеся во всем объеме, во всей полноте; приставка «со» усиливает совместность таких действий (событийность, со-присутствие и др.).

Таким образом, содержание понятия «сопровождение» применительно к социальным объектам может состоять в наиболее полном обеспечении ресурсами человека, который стремится реализовать внутренний потенциал в направлении достижения цели личностного развития на протяжении жизненного пути.

Понимание человека как творца собственной жизни наиболее полно раскрывается в гуманистической философии. Именно в этой научной концепции речь идет о возможности человека к саморазвитию и личностному росту на основе его потенциальных возможностей. Практической задачей гуманистической психологии А. Маслоу и К. Роджерса стал поиск путей и возможностей помощи людям в реализации своего внутреннего потенциала. К. Роджерс обнаружил, что максимальный личностный рост происходит при позитивном, теплом, положительном отношении к человеку. Такое отношение способствует не только самопринятию человека, но и его терпимости в отношении других людей. Идеи гуманистической философии и психологии дали толчок к изменению педагогической теории и практики. Это привело к созданию и применению программ психологической, социальной, педагогической помощи и самопомощи в образовательном процессе. В таких программах акцент ставится на учете богатств возможностей реальной жизни человека, что способствует распространению методов воспитания детей, основанных на уважении к уникальности каждого ребенка, и педагогических методов, направленных на гуманизацию межличностных отношений, как основы становления практики поддержки и сопровождения в образовании. В педагогической научной литературе и практике явление «педагогическое сопровождение» понимается неоднозначно, тем не менее, все исследователи сходятся в том, что реализация сопровождения возможна при позитивном отношении к субъекту сопровождения, его высокой активности, а также его субъектной готовности к освоению социального опыта, раскрытию личностного потенциала, стремлению к личностному росту, самосовершенствованию.

В аспекте настоящего исследования представляется важным уточнить сущность психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ. Проведенный анализ психолого-педагогической литературы показал, что данное понятие рассматривается исследователями многоаспектно:

- как система деятельности психолога, либо как метод работы, или как технология и направление деятельности психолога;
- как мультидисциплинарный метод, подразумевающий совместную деятельность психолога, педагогов, социальных и медицинских работников;
- как специально организованную деятельность, направленную на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития ребенка;
- как систему профессиональной деятельности педагога-психолога, которая предполагает создание и реализацию условий – социальных и психологических, ориентированных на зоны ближайшего и актуального развития ребенка;
- как метод, направленный на формирование условий для принятия адекватных решений субъектом развития (ребенком и/или образовательной системой) в жизненных ситуациях выбора;
- как комплексный процесс, который предполагает взаимодействие субъекта и объекта сопровождения (сопровождаемого и сопровождающего).

Обобщая исследования ученых, мы определяем психолого-педагогическое сопровождение как комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных мер, представленных разными психологическими методами и приемами, которые осуществляются в целях обеспечения оптимальных социально-психологических условий для сохранения психологического здоровья семьи и полноценного развития личности ребенка в семье и его формирования как субъекта жизнедеятельности.

Исследуя состояние проблемы психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ, считаем важным обратиться к трудам В. В. Ткачевой, в которых определена ведущая роль нескольких теоретических положений и концептуальных идей в оказании психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим ребенка с ОВЗ:

- во-первых, социализация детей с ОВЗ есть результат сложного процесса психолого-педагогического развития ребенка с нарушениями здоровья (Л. С. Выготский, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконин);
- во-вторых, ребенок с нарушением психического развития требует создания специальной коррекционной среды (К. С. Лебединская, И. Ю. Левченко, В.И. Лубовский, Е. М. Мастюкова, В. Г. Петрова, С. Я. Рубинштейн).

Исторический опыт, современные исследования и практика убедительно доказывают, что родители детей с ОВЗ характеризуются родительской неадекватностью в принятии ребенка с проблемами в развитии, однако, автором обосновывается роль семьи как специальной коррекционно-развивающей среды, под которой понимаются внутрисемейные условия и которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками. Из этого следует, что цель психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ОВЗ – создание условий для саморазвития, самодвижения в деятельности всех субъектов взаимодействия через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию детско-родительских отношений.

Раскрывая сущность психолого-педагогического сопровождения (И. В. Дубровиной, Р. В. Овчаровой, Н. С. Глуханюк, Т. Г. Яничева), мы делаем вывод, что методология психологического/педагогического сопровождения семьи предусматривает многообразие и интеграцию педагогических и психологических методов и форм работы с родителями в некую систему сопровождения.

Психолого – педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ

Ушакова Е.В., педагог-психолог, МДОУ «ЦРР «Дубравушка» - детский сад №31», г. Железногорск, Курская область

<https://nsportal.ru/detskii-sad/korreksionnaya-pedagogika/2018/03/19/psihologo-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-semey>

Семья, как и человек, является основной ценностью государства. Но, к сожалению, рождение ребенка с нарушениями в развитии, снижает ее социальный статус, изменяет, а нередко и нарушает весь ход жизни. Признание у ребенка дефектов в развитии почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Психологи Р.Ф. Майрамян, О.К. Агавелян выделяют четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к такому ребенку.

Первая фаза – «шок», характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства неполноценности.

Вторая фаза – «неадекватное отношение к дефекту», характеризующееся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией.

Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребенка», сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка.

Четвертая фаза – начало социально – психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений с педагогами, специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

Очень важно, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, не замыкались, не стеснялись своего ребенка. Воспитание ребенка с ОВЗ требует от родителей больших физических и духовных сил, поэтому взрослым очень важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие и оптимизм. Судьба ребенка и самой семьи будет зависеть от того, как в дальнейшем поведут себя родители. И поэтому, самый эффективный и наилучший способ помощи детям с ОВЗ - это помощь их родителям. Гармонизация отношений в семье, учет индивидуальных и возрастных особенностей ребенка с отклонениями в развитии в процессе воспитания и

обучения, стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка.

При сотрудничестве детского сада с семьей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, главная роль отводится педагогу - психологу, который возлагает на себя функцию организатора и координатора всего сопровождения в целом.

Целью психолого-педагогического сопровождения является: получение ребенком квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально- психологическое содействие семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья.

Содержание психолого – педагогического сопровождения реализуется через основные направления, включающие комплексную диагностику, развивающую и коррекционную работу, консультирование и просвещение родителей.

Задачами психолого - педагогического сопровождения являются:

- изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений.
- защита интересов ребенка, сохранение семейных связей, максимальное использование сохраненных ресурсов положительного развития, как ребенка, так и семьи, на основе партнерства.
- информирование родителей о системе пмпк, задачах и возможностях психолого - педагогической и медико– социальной помощи.
- развитие детско - родительских отношений.
- формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психо - коррекционный процесс.
- содействие родителям в поиске наиболее эффективных видов помощи и условий ее оказания.
- повышение мотивации семьи на решение проблем ребенка, оказание ему помощи и поддержки.
- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.
- способствовать преодолению психологических барьеров.

Основные этапы процесса психологического сопровождения:

1 этап

- диагностическое сопровождение ребенка и его семьи.
- установление контакта со всеми участниками сопровождения ребенка.
- психолого - педагогическая диагностика особенностей развития ребенка, профилактика отклонений психического развития.
- определение модели воспитания, используемой родителями и диагностика их личностных характеристик (составление социально-психологической карты семьи).

2 этап

- реализация индивидуальной программы и групповых занятий.
- оказание необходимой помощи родителям ребенка с ограниченными возможностями (консультирование, беседы, обсуждения).
- просвещение и консультирование педагогов, работающих с ребенком.
- психологические занятия. включающие в себя комплексы на развитие внимания, памяти, мышления, эмоционально- волевой сферы.
- проведение совместных мероприятий с родителями и детьми (« новый год», « 8 марта», « день матери» и др.)
- разработка рекомендаций, определение оптимальной индивидуальной нагрузки с учетом психофизических особенностей.

3 этап

- анализ эффективности процесса и результатов сопровождения.

Работа с родителями должна строиться на следующих **принципах**:

1. Личностно - ориентированный подход к детям, к родителям, где в центре стоит учет личностных особенностей ребенка, семьи; обеспечение комфортных, безопасных условий.

2. Гуманно - личностный – всестороннее уважение и любовь к ребенку, к каждому члену семьи, формирование позитивной «Я - концепции » каждого ребенка, его представления о себе (необходимо, чтобы слышал слова одобрения и поддержки, проживал ситуацию успеха).

3. Принцип комплексности - психологическую помощь можно рассматривать только в комплексе, в тесном контакте психолога с логопедом, дефектологом. воспитателем, музыкальным руководителем, родителями.

4. Принцип деятельностного подхода – психологическая помощь осуществляется с учетом ведущего вида деятельности ребенка (в игровой деятельности), кроме того, необходимо ориентироваться также на тот вид деятельности, который является лично - значимым для ребенка.

5. Принцип конфиденциальности - вся информация, полученная о ребенке и его семье, не распространяется за пределы ДООУ, без соответствующего разрешения родителей или законных представителей ребенка.

Формы работы с родителями.

Коллективные формы взаимодействия:

1. Общие родительские собрания. Проводятся администрацией ДООУ в начале и в конце учебного года, где происходит информирование и обсуждение с родителями задач и содержания коррекционно – образовательной работы, решение организационных вопросов, информирование родителей по вопросам взаимодействия ДООУ с другими организациями.

2. Групповые родительские собрания. Проводятся специалистами и воспитателями групп не реже двух раз в год и по мере необходимости, где происходит обсуждение задач, содержания и форм работы с детьми в семье, решаются текущие организационные вопросы.

3.«Дни открытых дверей». Родители посещают детский сад, вместе с ребенком, наблюдая за работой специалистов.

4. Семинары – практикумы. Родители знакомятся с литературой, играми, учатся применять полученные знания на практике.

5. Круглые столы, где родители делятся собственным опытом воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями.

6. Проведение совместных праздников и развлечений, где родители могут видеть достижения своего ребенка, участвовать совместно с ребенком (мама рядом).

7. Совместные тренинги для родителей по оптимизации детско – родительских отношений

Индивидуальные формы работы:

1. Анкетирование родителей проводятся по планам администрации, дефектологов, психолога, воспитателей и по мере необходимости с целью получения информации о ребенке, семье, определения запросов родителей о дополнительном образовании детей, определения оценки эффективности работы специалистов и воспитателей, определение оценки родителями работы ДОУ.

2. Беседы и консультации специалистов. Проводятся по запросам родителей и по плану индивидуальной работы с родителями с целью оказания индивидуальной помощи родителям по вопросам коррекции, образования и воспитания.

3. Родительский час. Проводится учителями – дефектологами один раз в неделю во второй половине дня с целью информирования родителей о ходе образовательной работы с ребенком.

4. Присутствие родителей на индивидуальных коррекционных занятиях с целью обучения их приемам и способам работы с особым ребенком.

5. «Служба доверия» или «Почтовый ящик» - организация обратной связи для родителей. Работу службы обеспечивают администрация и психолог. Служба работает с персональными и анонимными обращениями, отзывами и пожеланиями родителей с целью оперативного реагирования администрации ДОУ на различные ситуации и предложения.

6. Использование современных устройств для общения с родителями: виртуальное общение с родителями через Интернет, использование сотовой связи

Формы наглядного информационного обеспечения:

1. Информационные стенды и тематические выставки, литературы, фото, доска объявлений. Стационарные и передвижные стенды и выставки размещаются в удобных для родителей местах с целью информирования родителей об организации коррекционно - образовательной работы в ДОУ.

2. Выставки детских работ. Проводятся по плану воспитательно – образовательной работы с целью ознакомления родителей с формами продуктивной деятельности детей, привлечения и активизации интереса родителей к продуктивной деятельности своего ребенка.

3. Открытые занятия специалистов и воспитателей. Задания и методы работы подбираются в форме, доступной для понимания родителями с целью

создания условий для объективной оценки родителями успехов своих детей и наглядного обучения родителей методам и формам дополнительной работы с детьми в домашних условиях. Участие в таких занятиях стимулирует родителей, вдохновляет их. Здесь они учатся не только содержательному взаимодействию со своим ребенком, но и осваивают новые методы и формы общения с ним. Кроме того, на занятиях родители учатся приводить в соответствие возможности ребенка и свои требования к нему

4.Размещение информации на сайте учреждения с целью информирования родителей о работе ДОО и других учреждениях, оказывающих помощь детям с особыми потребностями.

В результате такой работы родители учатся не стесняться своего ребенка, воспринимать таким, какой есть, помогать ребенку быть уверенным в себе, развивать его познавательную деятельность и эмоционально - волевую сферу. Родители видят, что вокруг них есть семьи, близкие им по духу и имеющие похожие проблемы, убеждаются на примере других семей, что активное участие родителей в развитии ребенка ведет к успеху, формируется активная родительская позиция и адекватная самооценка. Только совместные и терпеливые усилия всех участников образовательного процесса, основанные на принципах доверия и взаимопомощи могут дать положительные результаты. Сплочение и общая цель способствуют личностному росту и развитию не только детей с ограниченными возможностями, но и их родителей и даже специалистов.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: организация, содержание, технологии

Степанова Н.А., Леценко С.Г., Хаидов С.К. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: организация, содержание, технологии // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5;

<https://science-education.ru/ru/article/view?id=26833>

Жизнь большинства родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), сопровождается целым рядом деструктивных переживаний. Зачастую, члены семьи, не имея ресурсов для создания условий, содействующих реабилитации, адаптации и развитию такого ребёнка, сами нуждаются в психологической помощи. Взрослым важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие, терпимость и жизнелюбие. От того, как по отношению к ребенку ведут себя родители, будет зависеть судьба самого ребенка и семьи в целом. Именно поэтому, наилучшим способом помощи детям с ОВЗ может быть помощь их родителям и другим членам семьи.

Е.И. Казакова сопровождение трактует как метод, который обеспечивает формирование условий для принятия субъектом развития наиболее адекватных решений в жизненных ситуациях выбора. В данном контексте субъектом развития понимается как человек, так и система, меняющиеся качественно. Ситуация жизненного выбора – это затруднительные обстоятельства, при разрешении которых человек определяет для себя путь регрессивного или прогрессивного развития.

Вместе с тем, центральной позицией в теории сопровождения является положение о том, что носителями проблемы развития субъекта могут выступать не только педагоги и сам ребенок, но и лица из ближайшего окружения, в том числе и родители.

В сфере образования наиболее широко применительно понятие «психолого-педагогическое сопровождение», в трактовке М. Р. Битяновой, которая отражает проблемы организации учебно-воспитательного процесса в рамках модернизации образования. Все большее влияние оказывают представления о психолого-педагогическом сопровождении как системе профессиональной деятельности педагога-психолога, направленной на создание социальных и психологических условий, ориентированных не только на зону актуального, но и на зону ближайшего развития ребенка, для

успешного обучения и психологического его развития в ситуациях взаимодействия с педагогами.

Л. М. Шипицына отмечает, что, «сопровождение – это комплексный метод, в основе которого лежит единство взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого». Автор рассматривает процесс сопровождения как «непосредственное или опосредованное взаимодействие психолога, педагога, медика и учащихся, результатом которого является помощь личности в разрешении проблем, которые у нее возникают».

Эффективность психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, т.е. процесса его абилитации, реабилитации, социальной адаптации и интеграции, во многом зависит от личностных взаимоотношений между родителями и детей, от решения комплексных проблем, имеющих у членов семьи, участвующих в воспитательном процессе.

Проблемы родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, носят комплексный и системный характер, и их проявления очень многообразны:

- в отношении к отклонениям в развитии ребенка как к жизненной трагедии;
- в конфликтном несоответствии ожиданий родителей по отношению к достижениям ребенка и актуальной ситуации;
- в комплексе сложностей эмоционального характера, состоящего из экзистенциальных пустота, вина и тревога, угнетенного фона общего настроения и жизненной бесперспективности, сопутствующий страх смерти;
- в отказе от проживания собственной судьбы;
- в актуализации комплексов неполноценности;
- в развитии общей семейной напряженности;
- в специфическом защитном и компенсаторном поведении родителей;
- в заниженной оценки себя и супруга / супругу и др.

В нашем исследовании приняли участие родители, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, и родители детей с умственной отсталостью.

Выясняя отношение матерей к болезни ребенка (методика «Диагностика отношения к болезни ребенка» В.Е. Каган, И.П. Журавлева), мы видим, что у 55 % родителей детей-аутистов наблюдаются высокие значения по шкале «Интернальность», у 60 % – по шкале «Тревожность» и у

25 % – по шкале «Нозогнозия». Родители причины болезни воспринимают как нечто, от них не зависящее, которые они не могут контролировать и не могут управлять. Для них характерны выраженные тревожные реакции на болезнь ребенка.

У 75 % родителей детей с умственной отсталостью выявлены низкие показатели интернального контроля, при котором родители воспринимают себя ответственными за болезнь ребенка. Высокий показатель тревоги отмечен у 25 % испытуемых. У 100 % испытуемых выявлены низкие показатели шкалы «Нозогнозия», показывающие преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка. Из них 87 % родителей склонны к тенденции недооценки соблюдения необходимых ограничений активности.

Определяя характер отношений родителей к их детям, имеющим расстройство аутистического спектра («Тест-опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столин), большинство из них имеют высокие баллы по шкалам «Принятие / отвержение ребенка» (50 %) и «Кооперация» (70 %), показывая выраженное положительное отношение к своему ребенку. Взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, проводит с ним достаточно много времени, проявляя искренний интерес к тому, что интересует ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу.

По шкале «Симбиоз» отмечается высокое значение лишь у 5 % родителей, у остальных же значения средние. По шкале «Контроль» высокое значение отмечается у 15 % испытуемых, так же, как и низкое. Наиболее низкие баллы отмечаются по шкале «Отношение к неудачам ребенка» (65%), что свидетельствует о том, что взрослый верит в него.

У 90 % родителей детей с умственной отсталостью выявлены высокие баллы по шкале «Кооперация», характеризующие их заинтересованность в делах ребенка, сочувствие ему. Высокие баллы по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» у 33 % родителей отчетливо указывают на авторитаризм, требуя от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. 45 % родителей имеют стремление инфантилизировать ребенка, приписывая ему личную и социальную несостоятельность. Они не доверяют детям, стараясь оградить их от трудностей жизни и строго контролировать действия. Остальные, напротив, неудачи ребенка считают случайными.

Исследование родительских установок (методика изучения родительских установок «PARI», Е.С. Шефер, Р.К. Белл) показало отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни. Высокие значения отмечаются по следующим шкалам: по шкале «Вербализация» отмечено у 55 % испытуемых; по шкале «Зависимость от

семьи» – у 20 % родителей; по шкале «Ощущение самопожертвования» высокое значение выявлено у 20 % испытуемых; по шкале «Опасение обидеть» отмечается у 30 % испытуемых; по шкале «Семейные конфликты» высокое значение отмечается у 20 % испытуемых; по шкале «Сверхавторитет родителей» у 30 % отмечено высокое значение; по шкале «Подавление агрессивности» высокое значение отмечается у 25% испытуемых; по шкале «Партнерские отношения» у 20 % испытуемых; по шкале «Развитие активности ребенка» высокое значение отмечается у 45 % испытуемых; по шкале «Чрезмерное вмешательство в мир ребенка у 25 % отмечается высокое значение; по шкале «Уравненные отношения» отмечено высокое значение у 45 % испытуемых; по шкале «Несамостоятельность матери» отмечено высокое значение у 30 % испытуемых.

Выявленные в рамках исследования проблемы столь глубоки и обширны, что разовой консультацией их не разрешить. Необходимым условием работы педагога-психолога с данной категорией родителей является психолого-педагогическое сопровождение, т.е. организация многократных встреч, при необходимости с привлечением других специалистов.

Для организации психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ необходимо соблюдение следующих условий:

- встречи педагога-психолога с родителем должны быть многократны. Накопленные в течение длительного времени проблемы невозможно решить за одну встречу. Родителям надо быть готовым к многократным встречам со специалистом;
- в коррекционном процессе важна активность родителя. Он не должен выступать в роли пассивного наблюдателя. Коррекционная работа будет результативна только при условии высокой мотивации родителей, ориентации их на успех и глубинной внутренней работе, направленной на переосмысление собственных взглядов, убеждений, предположений и стереотипов. Мотивация родителей на активную действенную позицию выступает как одна из важных задач педагога-психолога;
- участие в коррекционной работе всех членов семьи, а по возможности и ближайшего окружения. Проблема в таких семьях это не личная проблема одного из родителей, а проблема общесемейная, и решать ее необходимо всей семьей. В противном случае, возможен обратимый процесс, и эффективность работы будет очень низка.

Взаимодействие с родителями осуществляется в педагогическом и психологическом направлении. Психологическое направление ставит своей целью реструктурирование иерархии жизненных ценностей родителей, в первую очередь матери. Оно направлено на оптимизацию самосознания и позволяет сформировать адекватные способы ее взаимодействия с ребенком. Этот процесс становится возможным в случае нейтрализации или снижения степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором находятся родители ребенка. Однако следует признать, что психологическая коррекция личностной и межличностной сфер чаще проводится с матерями детей с ОВЗ, в силу того, что отцы заняты на работе, а матери больше времени заняты с ребенком.

Ослабление интенсивности чувственных переживаний индивидуума возможно при условии переориентации объекта переживаний с фатальности, когда проблематичность обстоятельств воспринимается как не поддающаяся разрешению, на инициативы, направленные на преодоление этой проблемы.

Процесс переориентации должен осуществляться поэтапно, не форсировано. По мнению И.Ю. Левченко и В.В. Ткачева, для матери такой деятельностью должно стать образование ребенка коррекционной направленности. Включение матери в коррекционную работу со своим ребенком дает ей возможность персонального участия в формировании его будущего и возможность проявления своего внутреннего потенциала, служит корректировке ее самооценки, повышению самоуважения и одновременно способствует снижению эмоционального дисбаланса в семье. Мать ребёнка с ОВЗ обучается определенному набору специализированных дидактических приемов, рекомендуемых в методике коррекционного обучения. Учеба мамы и ребенка проводится под руководством педагога-психолога с помощью психологических средств. Одновременно педагогический процесс, реализуемый по отношению к ребенку как образовательный, в отношении его матери трансформируется в психокоррекционный.

Для нормализации адекватного взаимодействия родителей с детьми педагог-психолог включает в свою деятельность:

- коррекцию неэффективных форм поведения: агрессии, предвзятости в оценке поведения, как своего, так и ребенка, отстраненности, неприятия и др.;
- обучение наиболее продуктивным формам взаимодействия с микросоциумом: с ребенком, близким окружением, родственниками, а также, со специалистами коррекционной организации, другими лицами;
- совершенствование умений любить и уважать ребенка;

- развитие навыков управления эмоциями: сдерживание гнева, раздражения, возникающие в ответ на недостаточную умелость ребенка;
- обучение родителей проникновению в проблемы своего ребенка, переход из позиций «защищаюсь и противостою» в позицию «взаимодействую» («А кто его научит, если не я?»);
- снижение гиперболизации проблем ребенка с ОВЗ, незаинтересованности в его развитии («Из него никогда ничего не получится»);
- коррекцию взаимоотношений с ребенком: переход из гипер- или гипоопеки, к оптимальному взаимодействию, уважению его личности и предоставлению ему достаточной автономности;
- расширение сферы креативного сотрудничества с ребенком.

В целях совершенствования ранжирования жизненных ценностей родителей ребенка с ОВЗ педагог-психолог:

- проводит коррекцию их эндогенного психологического состояния: состояние неуспеха, обусловленное дефектами развития ребенка, должно быть переведено в осознание его возможностей, в возможность радоваться его посильных успехов);
- переориентирует установку на ценность бытия ребенка, не-зависимо от его психических и физических особенностей, и ценность общения с ним («Ценно то, что он любит Вас, а Вы любите его»);
- способствует личностному росту родителей в процессе взаимодействия с ребенком в обучении и воспитании;
- содействует переводу установки родителей из позиции переживания по поводу дефекта в развитии ребенка в позицию креативного поиска путей реализации имеющихся у ребенка потенциалов;
- проводит мероприятия, способствующие повышению самооценки родителей, основанной на результатах своего колоссального труда и успехах ребенка;
- преобразует процессы воспитания и образования, реализуемые членами семьи в направлении ребенка, в процесс психокоррекции по отношению к себе.

Для достижения поставленных целей при работе с родителями педагог-психолог организует ряд мероприятий, который, в частности, включает:

- показ родителям методических приемов воздействия, направленных на коррекцию дефектов развития, формирование навыков целесообразного поведения, гармонизацию личности ребенка с ОВЗ;
- фиксирование родителями основных моментов занятий, проводимых педагогом-психологом с их ребенком;
- проведение родителями занятий или их части под руководством педагога-психолога;
- поручение выполнения домашних заданий со своим ребенком;
- подготовка наглядных дидактических пособий, используемых на занятиях и при выполнении домашних заданий, которые учитывают особенности дефекта и психики ребёнка;
- рекомендация литературных источников, позволяющих ознакомиться с методикой работы с детьми, имеющими ОВЗ, на доступном для родителей уровне.

Роль педагога-психолога в сопровождении семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья является ведущей. Специалист задействует родителей в учебно-образовательном процессе, убеждает их в том, что именно в их помощи нуждается ребенок, что именно мать и отец могут оказать ему самую необходимую поддержку. Педагог-психолог формирует у близких ребенка интерес к процессу его развития, демонстрирует достижимость «маленьких», но значимых для него результатов. Специалист развивает у членов семьи чувство успешности, а также компетентность в психолого-педагогической сфере, раскрывает потенциал личностной самоактуализации, стимулирует поиск творческих подходов к обучению ребенка и желание участвовать в изучении его возможностей, реализации творческих замыслов в работе с ним.

Привлекая членов семьи к работе с ребенком, педагог-психолог дает им возможность испытать радость успеха, закрепить положительные эмоциональные реакции. Это позволяет рассматривать образовательный процесс как психокоррекционный. Главная задача специалиста – продемонстрировать родителям возможность поиска и обретения выхода из создавшейся ситуации путем реализации их собственной деятельности. В итоге, воспитательная и обучающая деятельность родителей содействует

перестройке их личности на принятие больного ребенка и на объективную оценку его достоинств и недостатков.

Семья как малая группа создает по отношению ко всем своим членам такие условия для удовлетворения потребностей в общении, эмоциональных контактах, которые в дальнейшем станут основой социальной адаптации. Ребенок с ОВЗ испытывает постоянную потребность в эмоционально-положительном общении с родителями. Возникающие в процессе общения эмоции оказывают влияние на его психическое здоровье, определяя его отношение к окружающему миру.

Таким образом, педагог-психолог, взаимодействуя с родителями, не только передает определенный минимум дидактических знаний, но и вселяет в них уверенность в свои возможности как участников процесса сопровождения. Специалист, помогая осмыслить необходимость этой работы, оказывает поддержку при любом варианте, даже если он оканчивается неудачей. Совместная коррекционно-развивающая деятельность, основанная на творческом и эмоциональном отношении к ребенку, позволяет даже при продолжительном стрессе нивелировать разрушительное внутреннее психологическое состояние членов семьи, актуализировать их жизненные ресурсы.

Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с трудностями в развитии

Стерлингова С.П. Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Центр развития речи – Детский сад «Солнечный», г. Соликамск, педагог-психолог

<https://urok.1sept.ru/articles/695987>)

Ранний возраст - является ответственным периодом в развитии ребенка. В данное время наблюдается максимальный темп формирования предпосылок, обуславливающих все дальнейшее развитие организма. В этом возрасте закладываются основы для благополучного развития всех психических функций ребенка, а также фундаментальные личностные образования, такие как общая самооценка, доверие к людям, интерес к окружающему миру.

Мы понимаем, что своевременное выявление возможных отклонений в развитии маленького ребенка чрезвычайно важно. Квалифицированная коррекционно-развивающая работа с ребенком, дает возможность выявить и предупредить неблагоприятные варианты развития и эффективнее решить его проблемы. Основными задачами образовательной деятельности являются: организация единого подхода к формированию ранней помощи, создание условий для становления функциональных систем в соответствии с онтогенезом, стимуляция познавательного и речевого развития, профилактика отклонений в психомоторном, сенсорном, когнитивном и речевом развитии.

Приобретенный опыт в работе с детьми раннего возраста позволил выстроить определенную структуру моей деятельности.

1 этап. Ознакомительный

При поступлении детей в ДОУ, я изучаю карту развития ребенка, знаколюсь с особенностями нервно-психического развития малыша. Стараюсь встретиться с каждой семьей на консультации, где с родителями беседую о том, как протекала беременность, не было ли каких-то осложнений в период младенчества. Обговариваем, как проходит процесс адаптации ребенка к детскому саду и как сделать этот процесс безболезненным. Родители проговаривают, с какими трудностями встречается семья при воспитании ребенка. Часто беспокоятся отсутствием речи: «Малышу уже 2 года, а речи все нет, надеемся, что с посещением сада появится и речь», либо замечают, что ребенок излишне подвижен, порой неуправляем в поведении.

Нельзя оставлять родителей один на один со своими проблемами, ведь речь может не появиться и к 3 годам и даже позже, а излишняя подвижность оказаться гиперактивностью.

2 этап. Наблюдение за процессом адаптации детей к детскому саду

Выяснить причины несоответствия развития ребенка возрастным показателям нормы, позволяет нам ранняя диагностика.

Как мы выявляем детей с особенностями в развитии? Большое внимание уделяю процессу наблюдения за поступившими детьми в течении полугода, так как дети часто болеют и порой адаптация затягивается на более длительный период. Прислушиваюсь в период наблюдений к воспитателю группы, ведь именно педагог, проводя режимные моменты, как никто близок к взаимодействию с малышами, изучает их и замечает индивидуальные особенности каждого. Воспитатель отмечает особенности привыкания детей, динамику развития в карте НПР (по К. Л. Печоре).

3 этап. Занятия педагога-психолога с детьми 2-4 лет

С целью успешной социализации детей раннего возраста, провожу 2 раза в неделю адаптационные игры (автор А.С.Роньжина). Положительным моментом проведения занятий с малышами является то, что при проведении скринингового обследования дети хорошо идут на контакт, так как во время игр возникает доверительное взаимодействие с малышами. На занятиях мы можем отследить появилась ли динамика у наблюдаемого ребенка. Выясняем причину отставания от нормы, возможно это была тяжелая форма адаптации и ребенок догнал в развитии сверстников, либо причина более глубокого характера. В этом случае, необходимо дальнейшее наблюдение и обследование.

4 этап. Скрининговое обследование по методике Е.А.Стребелевой

С целью изучения умственного развития детей раннего возраста, использую методику Е.А.Стребелевой (рекомендуемую ТПМПК). Родители заполняют согласие на проведение психологической диагностики. В моей практике отказов на проведение диагностики не было, были желающие присутствовать на скрининге, это желание родителей было удовлетворено.

5 этап. Организация консилиума

Ребенок, попавший в «группу риска», рекомендуется на консилиум детского сада. На заседание ППк приглашаем индивидуально родителей

ребенка. Важно, чтобы разговор с родителями проходил конфиденциально, то есть без присутствия посторонних лиц. На консилиуме каждый специалист: учитель-логопед, педагог-психолог, воспитатель озвучивают представление на ребенка. Определяются слабые стороны ребенка и его потенциальные возможности, ресурсы. Если ребенок отстает на 1 эпикризный срок (на 2 году жизни - это 3 месяца; на 3 году жизни - это полугодие) от общего развития, то ведущим специалистом-тьютором назначается воспитатель группы, он составляет план индивидуальной работы с малышом с динамическим наблюдением. Если отставание на 2 и более эпикризных периода, то здесь подключаются специалисты. В нашей практике за последние 3 года, выявлено 5 детей с отставанием в сенсорном развитии на 1 эпикриз (не знали основные цвета, наблюдались сложности практико-ориентировочных действий), после проведения индивидуальных занятий, дети перешли в младшую группу достигнув норму возрастного развития, теперь посещают среднюю и старшую группу и успешно осваивают ООП ДО. Если по истечении 3 месяцев динамика развития отрицательная, то снова собирается внеочередной консилиум и ребенка рекомендуем на городское ПМПК (с согласия родителей, законных представителей).

6 этап. Работа с семьей

Реакция родителей после консилиума бывает разной. Не всегда родители согласны с тем, что их ребенок какой-то «не такой» как все. Очень часто выражают свое несогласие на то, что ребенку рекомендуется посетить городское ПМПК. Были случаи, когда родители приходили вместе мама и папа, и в их решении не было согласованности по дальнейшему развитию ребенка. Иногда родители сравнивают ребенка с собой, вспоминая себя в дошкольный период: «я тоже начала разговаривать в 3 года, и ничего, потом догнала сверстников». Бывает, что на консультации приходится успокаивать маму, которая очень эмоционально реагирует на то, что ребенку необходимо психолого-педагогическое сопровождение. Мама возлагала большие надежды на сына и думала, что ребенок очень сообразительный, аргументируя, что водят ребенка на изучение английского языка и что в частной группе их хвалят. Такие мамы не желают «принять» факт, что ребенок особенный, что ему нужна помощь. В таких случаях мы работаем с мамой, ведь от того, насколько мы ее поддержим, убедим в правильности ее решения, зависит дальнейший маршрут развития ребенка.

Когда родители отказываются от посещения ТПМПК идет разъяснительная работа, что ТПМПК это команда специалистов, которая

призвана решать многоплановые задачи: осуществляет комплексное обследование, разрабатывает индивидуальные рекомендации, оказывает консультативную помощь родителям, и методическую помощь педагогам. Поэтому, получив рекомендации в ТПМПК, и выполняя их, вы создадите ребенку благоприятные условия развития и успешной социализации. Обязательно проговариваем в доброжелательном тоне, что эта работа проводится с учетом интересов ребенка. Если он нуждается в сопровождении, а родители избегают данной процедуры, то проблемы вновь дадут о себе знать в следующих возрастных группах, но уже будет упущен благоприятный период развития ребенка. Упущенное время, ведет за собой наложение проблем развития и с раннего возраста отставание перетекает в дошкольный период, а дальше в школьный. Такой прогноз важно услышать родителям, иногда это позволяет сделать им правильный выбор.

Посетив ТПМПК, родитель имеет право не показывать заключение специалистов. Право выбора всегда остается за родителями и это мы им тоже проговариваем. Но если заключение предъявляется в детский сад, то учреждение обеспечивает при необходимости сопровождение ребенка теми специалистами, которых рекомендует ТПМПК. Если ребенку рекомендовано посещение группы с ТНР, мы направляем в детский сад, где в каждой группе работают с детьми воспитатель и учитель-логопед. Если у ребенка, уже дошкольника задержанное психическое развитие, то рекомендуем детский сад, где с детьми работают воспитатель, педагог-психолог, дефектолог. Если родители желают остаться в детском саду общеразвивающей направленности, то сопровождение осуществляется всеми специалистами детского сада. На основании рекомендаций ТПМПК, мы разрабатываем АОП и осуществляем коррекционное воздействие с динамическим наблюдением.

7 этап. Взаимодействие с родителями

Для того чтобы родители увидели со стороны, все трудности малыша не на словах, мы организуем индивидуальные занятия «Вместе с мамой». Где происходит обучение мамы приемам взаимодействия с ребенком. Родителям порой сложно подобрать необходимый материал, чтоб соответствовал возрасту и индивидуальным особенностям своего ребенка, педагог-психолог помогает им в этом. Родители осваивают приемы, которые позволяют заинтересовать малыша занятием, игрой. В беседе с родителями сначала проговариваем положительные стороны развития ребенка, затем, ненавязчиво говорим, какие специальные занятия необходимы ребенку, на что следует обратить внимание дома.

8 этап. Взаимодействие с воспитателями раннего возраста

С воспитателями раннего возраста проводятся консультации, мастер-классы по взаимодействию с детьми с особенностями развития, им также необходима поддержка. Не каждый педагог готов работать с особым ребенком. Очень часто дети в связи с незрелостью процессов возбуждения и торможения, имеют поведенческие проблемы и вызывают у педагогов растерянность. Как правило, бурные реакции - это результат длительного зажима эмоций ребенка. Обычно я рекомендую «принять» этого ребенка, посмотреть на мир глазами этого малыша. Ребенок начинает доверять взрослому, меняется и поведение его в лучшую сторону. Отслеживаем развитие детей через тетрадь взаимодействия, в которой я прописываю игры и упражнения, а воспитатель ставит отметку о выполнении заданий.

Таким образом, раннее выявление отклонений, профилактическая и коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста, предотвращает трудности в более старшем возрастном периоде, способствует полноценному развитию всех сторон психики ребенка. Поддержка и помощь родителей в решении сложных психолого-педагогических задач, помогает им сделать выбор в пользу малышей, способствует безусловному принятию.

Психолого-педагогические аспекты работы с детьми раннего дошкольного возраста в период адаптации к условиям дошкольного образовательного учреждения

Елисеева Е.В., кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики Тихоокеанского государственного университета, Россия, г. Хабаровск, nikeliseeva@mail.ru

Капитонова Е.П., магистрант кафедры педагогики Тихоокеанского государственного университета, Россия, г. Хабаровск, elenaveselova@list.ru

<https://scipress.ru/pedagogy/articles/psikhologo-pedagogicheskie-aspekty-raboty-s-detmi-rannego-doshkolnogo-vozrasta-v-period-adaptatsii-k-usloviyam-doshkolnogo-obrazovatel'nogo-uchrezhdeniya.html>

Новый образовательный стандарт дошкольного образования определяет формы и виды применения психологических знаний и взаимодействия в детском саду. То же время, современное общество характеризуется высокой мобильностью, динамичностью и одним из критериев успешной образовательной деятельности дошкольной образовательной организации становится умение быстро взаимодействовать со всеми субъектами образовательного процесса.

Проблема психолого-педагогического сопровождения находится в стадии активной разработки и ее изучение актуально в современном образовательном процессе. Автором выделяются такие проблемы как недостаточная организация и низкая эффективность психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста в условиях детского сада.

Педагогические аспекты взаимодействия родителей воспитанников и педагогов изучались Ш.А. Амонашвили, Б.Т. Лихачевым, А.С Макаренко, В.А. Сухомлинским, С.Т. Шацким, др.

Анализ контингента детей, поступающих в группу раннего возраста детского сада, показывает, что количество детей, нуждающихся в ранней психолого - педагогической помощи, ежегодно увеличивается. Нами было проведено анкетирование родителей, в результате которого мы получили следующие данные:

- 14% плохо себя ведут, не слушаются родителей, других взрослых;
- 32% плохо разговаривают, не разговаривают;
- 17% отказываются посещать детский сад;
- 17% беспокойно спят, засыпают с трудом;
- 20% родителей не видят проблем у своего ребенка, оценивают его психологическое состояние как хорошее.

Контент-анализ исследований процесса взаимодействия между педагогами, родителями и воспитанниками позволяет обозначить гипотезу, что психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в детском саду способствует формированию профессионального мастерства педагогов, психологической культуры родителей, что в свою очередь способствует разностороннему, полноценному развитию ребенка, формированию у него способностей, соответствующих возрастным особенностям и требованиям современного мира. Так, нами были опрошены родители из двух групп раннего возраста. В результате мы получили следующие данные:

- 9% опрошенных родителей нуждаются в консультации психолога по вопросам адаптации ребенка;
- 18% опрошенные родители оценивают психолого-педагогическое сопровождение как профессиональное;
- 73% опрошенных родителей видят взаимосвязь между работой психолого-педагогической службы и степенью адаптации ребенка.

В период раннего детства происходит освоение новых видов деятельности, усложняется и меняется общение с окружающими, что вызывает яркие эмоции, через которые ребенок переходит на новый уровень развития.

Психическое развитие детей третьего года определяется активным развитием деятельности без помощи взрослого, стремлением к независимости. В этот период значительное место начинает занимать игра. Деятельность ребенка становится более сложной и разнообразной: дети уже могут отличать игру от образовательной и трудовой деятельности. В результате игр и занятий развиваются умственные процессы, такие как память, внимание, мышление, формируются новые потребности и интересы детей.

Таким образом, ранний дошкольный возраст характеризуется увеличением подвижности нервных процессов и их совершенствованием, овладением элементарными гигиеническими навыками и навыками самообслуживания, активным овладением родным языком, проявлением интереса к другому человеку, формированием доверия к нему, стремлением к общению и взаимодействию с взрослыми и сверстниками, осознанием своей половой принадлежности, формированием повышенной потребности в эмоциональных контактах с взрослыми, ярким выражением своих чувств.

Под адаптацией мы понимаем процесс ввода человека в новую среду и приспособление к новым условиям. Адаптация - это активный процесс,

который ведет как к положительным результатам, таким как адаптированность, т. е. совокупность всех полезных изменений в организме, так и к отрицательным, т.е. стрессу. Существует два основных критерия успешной адаптации, это внутренний комфорт и внешняя адекватность поведения (способность легко и точно выполнять новые требования). Адаптацию ребенка к условиям детского дошкольного учреждения можно разделить на три типа: легкая, средняя и тяжелая. При легкой адаптации ребенок безболезненно присоединяется к новому коллективу, реже болеет. При среднем типе адаптации ребенок спокойно переносит походы в детский сад, может периодически недолго плакать. Этот период может длиться до двух-трех месяцев. Тяжелая адаптация может длиться месяцами. В этот период у ребенка ухудшается аппетит, наблюдаются нарушения сна и мочеиспускания, резкие перепады настроения, ребенок очень часто болеет, не хочет идти в детский сад. Тяжелая адаптация может привести к психосоматическому заболеванию ребенка, которое может сопровождаться невротическими реакциями.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что адаптация – процесс освоения ребенком социальной среды, в котором он не только приспосабливается к новым социальным условиям, но и реализует свои потребности, интересы, стремления как активный субъект адаптации. Некоторые дети приходят в группу уверенно, рассматривают окружающую обстановку и начинают играть. Другие делают это с меньшей уверенностью, они больше следят за воспитателем и выполняют предложенные им действия. Третьи проявляют негатив по отношению к педагогу, отвергают все предложения, боятся отойти от матери, громко плачут.

Тип адаптации во многом определяется психологическими особенностями ребенка, а также социальными условиями семьи, такими как отсутствие режима в семье, неспособностью заниматься игрушкой, отсутствием необходимых культурных и гигиенических навыков, отсутствие у ребенка опыта общения с взрослыми и детьми, когда опыт общения был сведен к минимуму или ограничен.

В раннем дошкольном возрасте контроль за психическим развитием ребенка необходим для раннего выявления отклонений, а также планирования индивидуальных мер коррекции и профилактики, которые будут направлены на создание условий полноценного развития психики ребенка. Своевременное выявление возможных отклонений в развитии маленького ребенка чрезвычайно важно. Если начать коррекционные мероприятия с раннего возраста, то можно устранить все проблемы к дошкольному и младшему школьному возрасту.

Объектом психолого-педагогического сопровождения является образовательный процесс в детском саду, предметом деятельности — ситуация развития ребенка, как система отношений ребенка с миром, с окружающими его взрослыми и ровесниками, а также с самим собой. Целью психолого-педагогического сопровождения развития ребенка в учебно-воспитательном процессе дошкольной образовательной организации является обеспечение нормального развития ребенка в соответствии нормой развития в определенном возрасте.

Итак, психолого-педагогическое сопровождение представляет собой целостную, системно организованную профессиональную деятельность, в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного развития ребёнка раннего возраста в условиях дошкольной образовательной организации. Психолого-педагогическое сопровождение сегодня является сочетанием разнообразных методов работы с детьми, выступает как комплексная технология и особая культура поддержки и помощи ребёнку в решении задач развития, воспитания и социализации.

Мы рассмотрели организацию психолого-педагогического сопровождения детей в МАДОУ № 55. Выявили ряд особенностей и недостатков. Работа осуществляется при тесном взаимодействии педагогов и специалистов детского сада - заведующий, педагог-психолог, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре, медицинская сестра – в два этапа.

На первом этапе формируется предварительный состав группы, собирается информация о воспитанниках и их семьях. После этого родителей будущих воспитанников приглашают на собрание, где предлагается план мероприятий, направленных на оптимизацию адаптационного периода. С целью определения индивидуальных особенностей детей осуществляется родительское анкетирование, консультации и беседы с родителями.

На данном этапе педагогами и специалистами нашего детского сада активно используются разнообразные формы и методы работы с родителями. В ходе консультаций родители знакомятся с возрастными изменениями в развитии ребёнка, с возможными трудностями адаптационного периода, эффективными способами их преодоления. Кроме того, родители получают информацию об эффективности правильной организации развивающей предметно-пространственной среды в домашних условиях, о том какие игрушки нужно выбирать для детей раннего возраста и как их использовать с целью развития природных задатков и способностей ребёнка.

План работы по психолого-педагогическому сопровождению ребёнка в адаптационный период нами условно разделен на три блока.

Первый блок включает в себя непосредственно работу с детьми раннего возраста. Содержание работы в данном направлении заключается в общей оценке результатов наблюдений, которые осуществляются с целью изучения того, как проходит период адаптации ребёнка к дошкольному учреждению. Диагностика проводится в ходе анкетирования родителей, бесед с педагогами и родителями, индивидуального психологического обследования уровня психофизического развития ребёнка, в ходе наблюдения. По результатам наблюдений и диагностик делаются выводы, даются рекомендации родителям и педагогам группы. Полученная информация о ребёнке может быть использована для совершенствования развивающей предметно-пространственной среды в группе, изменения обстановки, оптимизации взаимодействия с детьми, пересмотра распорядка дня малышей в домашних условиях.

Второй блок направлен на создание необходимого информационного и мотивационного поля психолого-педагогической помощи педагогам групп детей раннего возраста. В качестве эффективной формы работы в данном направлении нам бы хотелось отметить работу педагога-психолога с педагогами и специалистами нашего учреждения. Во-первых, это семинары повышения профессиональной компетенции педагогов, разнообразные психологические тренинги по профилактике эмоционального выгорания педагогов, так как психологическое здоровье маленьких воспитанников определяется, прежде всего, педагогом и его здоровьем – как физическим, так и психическим, и психологическим. Именно педагогам необходимо организовать жизнь ребёнка в учреждении дошкольного образования таким образом, чтобы дети безболезненно приспособились к новым условиям, чтобы у них сформировалось положительное отношение к детскому саду и конструктивные навыки общения со сверстниками и взрослыми.

Работа третьего блока направлена на оказание психолого-педагогической помощи родителям детей раннего возраста и их активное включение в целенаправленный коррекционно-развивающий процесс. Получателями консультативной помощи могут быть как родители детей раннего возраста, так и педагоги, узкие специалисты. В настоящее время такая помощь оказывается через следующие формы работы с семьей: родительская почта, мини-лекции, анкетирование, индивидуальные и групповые консультации, размещение информации в родительских уголках - стендовые консультации, информационные листки, памятки, буклеты, семинары-практикумы, на которых анализируются педагогические ситуации,

что иллюстрирует возрастные особенности ребёнка, помогает отслеживать динамику изменений в развитии личности.

Для совершенствования системы психолого-педагогического сопровождения детей в МАДОУ № 55 автор предлагает программу цветотерапии. Основываясь на словах Льва Семеновича Выготского о том, что «...все функции раннего возраста идут вокруг восприятия, через восприятие и с помощью восприятия», мы предполагаем, что планомерное целенаправленное использование свойств цвета может значительно повысить адаптационные возможности организма. На наш взгляд, положительное воздействие цвета обеспечит минимальное количество ассоциативных связей, сложившихся у детей раннего возраста, и, как следствие, снизит к минимуму возможный стресс.

В группе раннего возраста цветовая нагрузка будет сосредоточена в цветовой поддержке основных режимных моментов, сопровождении цветом организованной образовательной деятельности.

В детском саду работает сенсорная комната. В ней так же будет добавлена цветовая нагрузка для занятий детей с психологом.

Цветотерапия для дошкольников – это хорошая возможность выразить свое настроение, передать эмоции и чувства, которые сложно объяснить словами. Прежде всего, ребенку предлагается определиться с любимым цветом. Если дети выбирают насыщенные, яркие оттенки красного, желтого или зеленого, это является показателем гармоничного психического развития, динамичности и любознательности. В случае же, когда ребенок отдает предпочтение белому или черному цветам, возможна склонность к замкнутости и одиночеству. Для коррекции данной склонности также может быть использована цветотерапия. Упражнения со сменой различных цветов здесь будут особенно актуальны.

Таким образом, нами описаны основные психологические особенности ребенка раннего возраста, раскрыто понятие психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста в условиях детского сада, выявлены основные проблемы психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста, а также описан опыт психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста в МАДОУ № 55. Следует отметить, что наиболее эффективными направлениями работы являются профилактика, мониторинг и консультирование, а также развивающая и коррекционная работа с детьми. Об эффективности указанных направления работы можно судить по отзывам родителей, полученным в ходе опроса. Так, к концу первого года пребывания в детском саду 81% родителей высказались положительно об организации психолого-педагогического процесса в

детском саду; 13% родителей предложили расширить круг вопросов для семинаров и родительских собраний; 6% родителей выступили за привлечение таких специалистов как логопед-дефектолог и специалист по раннему развитию детей.

В качестве развития системы психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста в детском саду автором предлагаются следующие направления работы. Во-первых, продолжать развитие развивающей предметно-пространственной среды, это позволит создавать такие условия, которые необходимы для полноценного проживания ребенком дошкольного детства. Во-вторых, расширение направлений работы с родителями, развитие педагогической компетентности родителей. Совершенствовать формы предварительных родительских собраний и консультаций родителей до поступления ребенка в детский сад, диагностика семьи и ребенка, выявление группы риска детей. В-третьих, качественно разработанная программа по цветотерапии позволит улучшить микроклимат в группах раннего возраста.

Подводя итог всему вышесказанному, следует отметить, что только грамотная, специально спланированная деятельность и поддержка развития ребёнка со стороны взрослых обеспечит максимальную реализацию всех имеющихся у него возможностей, позволит избежать многих трудностей, и отклонений в ходе его психического, социального и личностного развития

Список литературы:

1. Белкина, Л. В. Адаптация детей раннего возраста к условиям ДООУ. - Воронеж: Учитель, 2018. - 236 с.
2. Кирюхина, Н. В. Организация и содержание работы по адаптации детей в ДООУ. - М.: Айрис-пресс, 2-е изд., 2020. - 112 с.
3. Костина, В. Новые подходы к адаптации детей раннего возраста // Дошкольное воспитание. - 2016. - №1. - С. 34-37.
4. Печора К.Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. - М.: Владос, 2021. - 176 с.
5. Семенака, С. И. Социально-психологическая адаптация ребенка в обществе. - М.: АРКТИ, 2019. - 275 с.

Создание модели комплексного сопровождения родителей детей с ограниченными возможностями здоровья посредством информационно-коммуникационных технологий

Любимов М. Л., кандидат психологических наук, директор Центра диагностики и консультации «Благо» Института непрерывного образования Московского городского педагогического университета;

Приходько О. Г., доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой логопедии, директор Института специального образования и психологии Московского городского педагогического университета;

Югова О. В., кандидат педагогических наук, доцент кафедры логопедии Института специального образования и психологии Московского городского педагогического университета;

Захарова М. О., заместитель директора Центра диагностики и консультации «Благо» Института непрерывного образования Московского городского педагогического университета

Источник <https://cyberleninka.ru/article/n/sozdanie-modeli-kompleksnogo-soprovozhdeniya-roditeley-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-posredstvom-informatsionno>

Современные исследователи выделяют различные факторы семейного воспитания детей, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), оказывающие влияние на становление личности ребенка: индивидуальные особенности родителей, характер детско-родительских отношений, родительские позиции, педагогическая компетентность родителей (Л. Н. Галигузова, Т. А. Егорова, С. Д. Забрамная, А. И. Захаров, И. Ю. Левченко, С. Ю. Мещерякова, Р. Ж. Мухамедрахимов, Е. А. Стребелева, В.В.Ткачева, Э.Г.Эйдемиллер и др.).

Эффективность профилактики риска возникновения вторичных отклонений в развитии детей с ОВЗ и их коррекции зависит от раннего начала и содержания целенаправленного психолого-педагогического воздействия, а также от характера взаимодействия родителей со своим ребенком (Е. Ф. Архипова, Е. Р. Баенская, Е. А. Екжанова, А. В. Закрепина, С. Б. Лазуренко, Г. А. Мишина, Р. Ж. Мухамедрахимов, О. Б. Половинкина, О. Г. Приходько, Ю. А. Разенкова, Е.А.Стребелева, Л.И.Фильчикова, Н. Д. Шматко и др.).

Актуализация задач личностного, социального развития каждого ребенка, расширения временных границ образования от первых месяцев до конца жизни, его целенаправленности и непрерывности в образовательной организации и за ее пределами предполагает обязательное включение родителей в процессы воспитания и обучения ребенка, их психолого-педагогическую подготовку силами специалистов [8].

Семья представляет собой подсистему более крупных систем — расширенной семьи, группы, общества в целом и испытывает на себе их воздействие, и наоборот. Взаимодействие с этими более крупными системами определяет самооценку, правила семьи, образ жизни семьи [12]. В семейно-центрированной модели основная ценность — семья как наилучшая среда для развития ребенка. В семье наиболее полно могут реализовываться потребности ребенка на развитие, в семье ребенку предоставляется больше возможностей для доступа к социальным правам. Семья рассматривается как сложная система, члены которой взаимодействуют друг с другом и с окружающим миром. Специалистами признается самоценность семьи и многообразие семейных форм [7].

Отклонения в развитии ребенка оказывают влияние на всех членов семьи, возникает риск ее разрушения. Сообщение диагноза ребенка вызывает у родителей шок, личностную дезинтеграцию и другие переживания, характерные для посттравматического стрессового расстройства. У многих взрослых происходит эмоциональное выгорание (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений) [11].

В свете вышесказанного крайне важно изменение системы ценностных ориентаций каждого из родителей особого ребенка для преодоления их социальной дезадаптации. Поэтому клиентом комплексной помощи становится вся семья, а целью — ее сохранение. В фокусе внимания оказываются потребности всех членов семьи, обеспечение их доступом к социальным правам [15].

Для определения всех составляющих реабилитационной среды важно провести исследование потребностей родителей как участников образовательных отношений, которые несут ответственность за обучение, воспитание и реабилитацию своих детей [1].

Психолого-педагогическое сопровождение семьи включает ряд направлений в соответствии с потребностями, которые имеют родители детей с ограниченными возможностями здоровья. Задачами психолого-педагогического сопровождения семьи являются изучение особенностей семьи и ребенка, оценка потребностей родителей в психологической помощи, информировании и методической поддержке, социальном адвокатировании и нормативно-правовой помощи, жизненной навигации и планировании перспектив, а также реализация выбранной модели сопровождения семьи особого ребенка и удовлетворение его особых потребностей.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, в которой воспитывается ребенок с ОВЗ, по мнению Е. М. Мастюковой, А. Г. Московкиной [6], В. В. Ткачевой [10] и других исследователей, предполагает реализацию личностно ориентированного и гуманистического подхода к детям и родителям.

Для максимально возможной компенсации психофизических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья необходимы следующие условия:

- применение высокотехнических достижений современной медицины и вспомогательных технических средств;
- комплексная диагностика и коррекционно-развивающая работа специалистов, сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья до полной социальной устойчивости в школьной среде, постоянный мониторинг;
- организованное (психологами и педагогами) участие мотивированных родителей в воспитании и обучении своего ребенка;
- позитивное отношение учащихся и педагогов образовательного учреждения к «особому» ребенку [5].

Использование инструментов методического, психологического и социального моделирования позволяет создать модель социально-психологического процесса с целью изучения потребностей родителей ребенка с ОВЗ и оказания им посильной поддержки. Моделирование психолого-педагогического сопровождения родителей особых детей предполагает рассмотрение этапов, фаз и других аналогичных показателей (в рамках динамического моделирования). Характеристика процессуальности в моделировании предполагает наличие следующих основных этапов процесса: постановка задачи, построение, проверка на достоверность, применение и обновление (корректировка) модели.

Под сопровождением, в том числе психолого-педагогическим, понимается помощь субъекту в принятии решения в сложных ситуациях жизненного выбора. При этом под субъектом развития понимается как развивающийся человек, так и развивающаяся система. Ситуации жизненного выбора — множественные проблемные ситуации, при разрешении которых субъект определяет для себя путь прогрессивного или регрессивного развития [13].

В процессе психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ и консультирования его родителей важно адекватно использовать те или иные

формы современных информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). При этом при организации сопровождения «особого» ребенка должны учитываться такие принципы, как комплексность, конфиденциальность, сотрудничество, деятельностный подход, равная ответственность всех участников сопровождения и т. д.

Посредством различных форм общения (офлайн, онлайн, смешанное общение) создаются вариативные модели комплексного сопровождения родителей детей с ОВЗ в соответствии с диагностированными у них потребностями и возможностями. Для этого необходимо не только четкое выделение групп потребностей родителей, но и анализ их компонентов с целью создания вариативных блочных модулей внутри модели. Чем лучше модель отражает реальный мир, тем выше ее потенциал как средства управления моделируемым процессом. Установление степени эффективности модели происходит при сопоставлении получаемой (текущей и конечной) информации. Все компоненты моделирования (построение, проверка на достоверность, апробация и коррекция) присутствуют в процессе создания модели комплексного сопровождения родителей детей с ОВЗ, которая включает системообразующие компоненты (см. Приложение 1).

С целью определения образовательных, информационных, психологических и правовых потребностей родителей, которые воспитывают детей с ОВЗ, предлагается применять определенные диагностические комплексы, реализуемые посредством ИКТ. Например, в сфере психологических потребностей это может быть комплексная диагностика на основе анкеты-скрининга, опросника, социометрии — обследований, проводимых в режиме онлайн.

Анкета-скрининг направлена:

- на выявление потребностей родителей особых детей в поддержке (анализ степени выраженности негативных психологических состояний/переживаний; продолжительности этих переживаний; изучение особенностей социального функционирования родителей и других членов семьи; выявление специфики взаимодействия членов семейной системы);
- необходимость повышения информированности родителей и обучения адекватному взаимодействию с ребенком на различных возрастных этапах и по различным линиям его развития (изучение уровня знаний о нормативном и нарушенном развитии ребенка; исследование возможности оценки

родителями особенностей обучения ребенка с ОВЗ; оценка владения родителями методами обучения и воспитания их ребенка);

– потребность в социальном сопровождении родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ (изучение активности родителей особых детей в нормативно-правовом поле при взаимодействии с различными социальными институтами; выявление особенностей организации родителями процесса психолого-педагогического и реабилитационного сопровождения особого ребенка и их включенность в этот процесс; анализ возможностей родителей при планировании и организации образовательного маршрута ребенка с ОВЗ; изучение возможностей родителей при прогнозировании профессионального и жизненного маршрута ребенка) [4].

Опросник, являясь частью данного комплекса, имеет перечень вопросов, которые направлены на исследование ряда аспектов детско-родительских отношений:

1) принятие — отвержение ребенка, что демонстрирует собой общее эмоционально положительное (как свойство процесса принятия) или эмоционально отрицательное (как свойство процесса отвержения) отношение к ребенку, имеющему проблемы в развитии;

2) наличие и состояние командного единения, которое демонстрирует готовность и интерес взрослых к сотрудничеству как кооперации при работе с «особым» ребенком, обнаружение и выражение со стороны взрослых не безразличия, внимания и участия в детских делах;

3) взаимно доверительное сосуществование — особенная конформная восприимчивость друг к другу родителей, взрослых членов семьи и ребенка, позволяющая выявить степень активности в стремлении взрослых быть ближе с ним или психологическое дистанцирование в отношениях «взрослый — ребенок»;

4) управление и наблюдение, которые обеспечивают выявление уровня контроля родителями поведения своих детей, состояние родительского отношения к своему ребенку по критерию лояльность/властность;

5) состояние родительского внимания к проблемам ребенка, демонстрирующее, как взрослые

оценивают, понимают и насколько принимают детские успехи, неудачи, несовершенство, преимущество, заслуги.

В исследовании используется социограмма «Моя семья», представляющая собой облегченный тестовый вариант «Семейной социограммы» (Э. Г. Эйдемиллер [14]). Данный тест адаптирован В. В. Ткачевой [10] и способствует определению исследуемого субъекта в системе отношений межличностного характера, определению коммуникативного состояния и направленности в семейных отношениях. Данная методика рассматривает три этапа семейной жизни: период до рождения ребенка с ОВЗ, период с момента его рождения, период в реальном (настоящем) времени. Благодаря этапному изучению становится возможным выявить направленность и динамику развития изучаемой семьи (благоприятные или проблемные). В ходе исследования испытуемые участвуют в заполнении трех соответствующих бланков («Моя семья до рождения проблемного ребенка», «Моя семья после рождения проблемного ребенка», «Моя семья в настоящее время»).

Применение данных методик позволяет выявить проблемные области родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, которые можно представить следующими тремя основными компонентами:

- потребность в психологической поддержке;
- потребность в получении необходимой информации и готовность к обучению адекватному взаимодействию с особым ребенком с учетом его особенностей и возможностей на разных этапах его развития и образования;
- потребность в социальном адвокатировании и жизненной навигации.

В целом предлагаемая и используемая посредством ИКТ в различных режимах (онлайн/офлайн/смешанный) модель психолого-педагогического сопровождения семьи особого ребенка направлена на формирование компетентного родителя — человека, объективно воспринимающего ситуацию, в которой живет и развивается его ребенок. Такой родитель прилагает максимальные усилия с целью изменить жизнь своего ребенка в лучшую сторону, адаптировать и социализировать его, реализовав потенциальные возможности ребенка. Для повышения собственной компетентности взрослому нужно меняться самому, активно пробовать и искать эффективные пути воспитания ребенка, учиться у специалистов [9]. При таком постепенном развитии и преобразовании родитель становится знающим и опытным, использует полученные умения и навыки при реализации различных функций в семье, при воспитании своего ребенка с

проблемами в развитии, оптимизирует свою деятельность по выполнению родительских обязанностей.

Работа по донесению посредством ИКТ до родителей информации, связанной с последовательным процессом психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ОВЗ, должна не только учитывать принцип доступности информации для родителей, но и включать доступный для усвоения перечень приемов и действий для оптимизации процесса родительского общения со своим ребенком, регуляции детского поведения и жизнедеятельности. Данный перечень не затрагивает профессиональную деятельность специального педагога, но дополняет ее. Отметим, что концепция единства направлений жизнедеятельности информационного и регулирующего характера у детей с ОВЗ неразрывно связана с формированием комплекса системной совокупности познания, ориентированной на совместное использование первой и второй сигнальных систем.

Специальный педагог на практике нередко оказывается единственным человеком, правильно общающимся с ребенком с ОВЗ, что недостаточно для формирования речевой среды, благоприятной для его развития.

Использование модели комплексного сопровождения родителей, имеющих детей с нарушениями развития, посредством ИКТ должно обеспечить следующие результаты:

- смещение акцента с коррекционно-развивающей деятельности специалиста с ребенком на комплексное решение проблем семьи как социального пространства развития «особого» ребенка;
- создание пакета инструментов для диагностического изучения потребностей родителей ребенка с ОВЗ;
- создание модели психолого-педагогического сопровождения родителей детей с проблемами в развитии;
- апробацию программ вариативных модулей комплексного сопровождения родителей детей с ОВЗ;
- повышение психолого-педагогической компетенции педагогов по сопровождению родителей детей с ОВЗ [3].

Организация коррекционно-развивающей работы с детьми решает проблему особых образовательных потребностей самого ребенка лишь частично, так

как одной из важнейших составляющих является полноценное включение родителей в эту работу. Поэтому в процессе реабилитации и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями не менее важно понимать и учитывать потребности самих родителей с учетом современных возможностей, которые предоставляет им ИКТ. Таким образом, в настоящее время происходит перенос акцентов с коррекционно-развивающего воздействия на ребенка и методического консультирования родителей на комплексное сопровождение семьи особого ребенка, которое предполагает создание благоприятных условий для его развития, воспитания и обучения дома как основного стабилизирующего фактора социальной адаптации ребенка.

Литература

1. Вечканова, И. Г. Потребности родителей во взаимодействии с педагогами при создании реабилитационной среды в образовательной организации для дошкольников с ОВЗ / И. Г. Вечканова. — Текст : непосредственный // Научное мнение (психолого-педагогические и юридические науки). — Санкт-Петербург, 2016. — № 6. — С. 120—124.
2. Гордиенко, Т. П. ИКТ в образовании: эволюция к новому качеству образования / Т. П. Гордиенко, О. Ю. Смирнова. — Текст : непосредственный // Дистанционные образовательные технологии. Материалы I Всероссийской научно-практической интернет-конференции / отв. ред. В. Н. Таран. — Ялта, 2016. — С. 55—58.
3. Евдокимова, А. С. Возможности использования ИКТ в инклюзивном образовании / А. С. Евдокимова. — Текст : непосредственный // Развитие детско-взрослых сообществ в условиях многообразия : сб. статей по материалам Междунар. науч.- практ. конф. / сост. Е. В. Иванов. — Великий Новгород, 2017. — С. 244—247.
4. Корытова, Е. А. Роль реабилитационной активности семьи в воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е. А. Корытова. — Текст: непосредственный // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2016 г.). — Краснодар: Новация, 2016. — С. 88—91.
5. Любимов, М. Л. Помощь детям с ограниченными возможностями здоровья / М. Л. Любимов. — Текст : непосредственный // Народное образование. — Москва, 2012. — № 4 (1417). — С. 186—189.
6. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / Е. М. Мастюкова, А.Г. Московкина. — Москва: Владос, 2003. — 408 с. — Текст : непосредственный.
7. Приходько, О. Г. Современные подходы к психолого-педагогической помощи семье ребенка с отклонениями в развитии / О. Г. Приходько, О. В. Югова. — Текст: непосредственный // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. — Москва, 2013. — № 3 (25). — С. 107—119.

8. Психолого-педагогическое консультирование родителей и специалистов психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста, детей - инвалидов и детей с ОВЗ в Свердловской области : метод. пособие / авторы-составители И. А. Филатова, Е. В. Каракулова ; под ред. Н. Н. Сергеевой ; Урал. гос. пед. ун-т. — Екатеринбург: [б. и.], 2019. — 162 с. — Текст: непосредственный.
9. Стребелева, Е. А. Актуальные проблемы консультирования родителей и детей с ограниченными возможностями здоровья / Е. А. Стребелева, Е. А. Кинаш. — Текст: непосредственный // Педагогический ИМИДЖ. — Иркутск, 2019. — Т. 13. — № 2 (43). — С. 16—26.
10. Ткачева, В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: психокоррекция / В.В. Ткачева. — Москва: Книголюб, 2007. — 144 с. — Текст: непосредственный.
11. Ткачева, В. В. Технологии психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития /В.В. Ткачева. — Москва: УМК «Психология», 2006. — 320 с. — Текст: непосредственный
12. Шаграева, О. А. Семейный уклад и психическое развитие ребенка / О. А. Шаграева, Л. Ф. Обухова. — Текст: непосредственный // Школа здоровья. — 1997. — Т. 4. — № 4. — С. 72—85.
13. Шипицына, Л. М. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога / Л. М. Шипицына, Е. И. Казакова, М. А. Жданова. — Москва : Владос, 2003. — 528 с. — Текст: непосредственный.
14. Эйдемиллер, Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии : метод. пособие / Э. Г. Эйдемиллер. — Москва: Фолиум, 1996. — 45 с. — Текст: непосредственный.
15. Югова, О. В. Взаимодействие специального педагога с родителями детей с отклонениями в развитии как залог успешного раннего педагогического сопровождения ребенка / О. В. Югова. — Текст: непосредственный // Специальное образование. — Екатеринбург, 2011. — № 1 (21). — С. 93—101.

Глава 2. Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья; проведение диагностических мероприятий

Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Конева Оксана Борисовна, к.п.н., доцент, Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования Кафедра специального (коррекционного) образования;

Конева, О.Б. Психологическое консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / О.Б. Конева. – Челябинск: Издательский центр ЧИППКРО, 2018 – 100 с.

<http://www.cppmsp74.ru/gallery/%D1%81%D0%B5%D0%BC%D1%8C%D1%8F.pdf>

2.1. Информация, которую можно получить от родителей

Целью диагностической работы с родителями является определение типа семейного воспитания, установок родителей по отношению к детям и собственной семье. Семья представляет психологическую среду, в которой развивается ребенок, поэтому важна ее эффективность в стимуляции этого развития. Целесообразно изучить психологический климат в семье (тест семейной тревоги), родительские стили и воспитательскую компетентность родителей, ценностные ориентации, уровень притязаний, самооценку.

Необходимо установить индивидуально типологические и характерологические особенности членов семьи. Психодиагностическое обследование проводится с соблюдением этических норм. При сообщении результатов родителями ребенку их следует облечь в такую форму, чтобы у семьи возникло желание сотрудничать со специалистами, а не сопротивление и отрицание проблем.

Специалисты должны в щадящей форме предоставлять информацию, лучше отдельными порциями с подчеркиванием позитивных моментов в процессе конструктивного общения. Вся информация должна подаваться в вероятностных терминах, так как существует широкая вариативность в достижениях и медицинских прогнозах в зависимости от ситуации развития ребенка и других факторов, не поддающихся точной оценке. Наиболее удобной формой предоставления информации является беседа в форме вопросов и ответов, именно в той очередности, в которой у членов семьи возникают вопросы.

Родители должны получить информацию об источниках помощи: ассоциациях родителей и других формах общественной поддержки, о наличии реабилитационных центров в районе проживания. Наиболее важной информацией для родителей являются сведения о возможности дополнительных нарушений физического и психического здоровья ребенка, способности к обучению, адекватному поведению; получению профессии и работы, перспектив иметь собственную семью и детей, вести независимое существование, иметь приемлемое качество жизни. Однако все эти вопросы должны обсуждаться с учетом готовности родителей к восприятию той или иной информации. Среди методов изучения семьи достаточно распространенными стали: социологические опросы, интервьюирование и анкетирование. В психотерапевтической практике используются несколько видов интервью.

Интервью по генограмме

Проводя интервью по генограмме, педагог-дефектолог (или психолог) двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий. Собирается информация по следующим вопросам:

- ◆ Структура семьи - имена, пол, возраст, этническая принадлежность, религиозные воззрения, род занятий и образование членов семьи, другие браки и т. д.
- ◆ Родительские семьи каждого из супругов, по крайней мере, в трех-четыре поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Живы ли родители? Если умерли, то когда и от чего? Если живы, то чем занимаются?
- ◆ Другие значимые для семьи люди (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т. д.).
- ◆ Настоящее состояние проблемы (Как каждый видит проблему и как реагирует на нее?)
- ◆ История развития проблемы (Когда проблема возникла? В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса?)
- ◆ Недавние события и переходы в жизненном цикле семьи (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.).

- ◆ Реакции семьи на важные события семейной истории. (Какова была реакция семьи, когда родился больной ребенок?)
- ◆ Семейные взаимоотношения. (Есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Какие члены семьи очень близки друг другу?)
- ◆ Семейные роли. (Кто из членов семьи любит проявлять о других заботу? А кто любит, когда о нем много заботятся? Кто самый авторитетный?) Важно обращать внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу. Они являются важными ключами к эмоциональным взаимоотношениям.
- ◆ Трудные для семьи темы. (Имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо арестовывались? За что? Каков их статус сейчас?) Эти вопросы должны задаваться особенно тактично и осторожно. И если семья высказывает сильное сопротивление, специалист должен отступить и вернуться к ним позднее.

Используя данные генограммы, педагог может помочь членам семьи преодолеть негативное восприятие друг друга. Подобное интервью может улучшить отношения членов семьи с врачом и медицинское лечение. Опрос по генограмме сфокусирован не только на проблемах и трудностях семьи. Он также выявляет успехи ее членов и способы эффективной адаптации.

Интервью-прослеживание последовательностей взаимодействия

В наиболее простой форме «прослеживание» означает задавание поясняющих вопросов, делание одобрительных комментариев или извлечение подробностей. Операция прослеживания является типичной для психолога, не навязывающего своего мнения. Интервью продолжается до тех пор, пока не обозначится полная последовательность событий.

Вопросы представлены в безоценочной манере, педагог просто интересуется, что семья делает. Помимо диагностического значения эта техника является важнейшим элементом в процессе присоединения к семье и мягкого руководства ею в направлении нового поведения.

Циркулярное интервью

Такое интервью также использует технологию прослеживания, коммуникаций с акцентом на обнаружение различий между членами семьи. Проводя интервью с семьями, оказывается полезным составлять упрощенную генограмму трех поколений семьи. «Поддержка» содержит в себе элементы двух предыдущих интервью и выражается во внимательном выслушивании, эмпатических репликах, дополнительных вопросах и позитивном новом определении роли члена семьи и семьи в целом. Педагог активно собирает информацию о проблемах, используя наблюдения. Он должен отметить то настроение, с которым члены семьи приходят. Он отмечает взаимоотношения между родителями. Когда ребенок является проблемой, часто у родителей существует несогласие в том, как его воспитывать. Педагог отмечает также, кто из взрослых пришел к нему неохотно. Педагог наблюдает, как ведут себя родители с ребенком. Природа задаваемых вопросов позволяет членам семьи «открыть» новую реальность в своих отношениях, что запускает изменения в системе семьи.

Оценочные интервью

Оценочное интервью должно давать возможность терапевту получать информацию о семейной структуре, взаимодействиях, исторических корнях семьи и задачах жизненного цикла, с которыми семья не справляется в данный момент.

Метод анкетирования (письменный опрос)

Отличается достаточной валидностью. Используются разные виды анкетирования: контактное (сам исследователь организует анкетирование и собирает опросные листы), заочное (анкеты с инструкциями рассылаются). В зависимости от задач, стоящих перед исследователем, а также особенностей семей возможны разные типы анкет:

Открытая - содержит вопросы, на которые предстоит ответить испытуемому.

Закрытая - к вопросам даются возможные варианты ответов.

Смешанная - предлагаются возможные ответы и одновременно можно сформулировать некоторые ответы по-своему.

В литературе имеется достаточное количество методик диагностики типа родительских установок, супружеских отношений, семейного воспитания.

Среди них тест-опросник родительских отношений, опросник «измерения родительских установок и реакций», опросник «удовлетворенность браком», экспресс-метод «самодиагностика» и др.

Тест-опросник родительского отношения (А. Я. Варга) дает возможность проанализировать отношение родителей к ребенку, определить базовый тип воспитания и характер восприятия матерью своей роли в жизни ребенка не только качественно, но и количественно, благодаря наличию системы шкал. «Живая беседа», особенно предварительно структурированная, может быть не менее информативной, чем анкета, при заполнении которой возможны различные искажения. С другой стороны, метод интервью требует создания условий, располагающих к искренности респондентов.

При изучении семьи педагог чаще всего использует методы беседы и наблюдения. Считается, что беседа отличается от интервью большей свободой и в организации, и в содержании, неформальной атмосферой и отношениями между собеседниками, хотя эти различия не абсолютны. Беседа может служить для подтверждения, конкретизации или опровержения каких-то гипотез, возникших на основе изучения семейных взаимоотношений с помощью других методов.

Педагогу важно уметь пользоваться методом эмпатического слушания (К. Роджерс, Т. Гордон). Эмпатия - это чувство понимания и сопереживания психологического состояния другого человека. Суть метода-создание атмосферы заинтересованного разговора, совместного решения проблемы. Педагогу необходимо проявлять тактичность в оценке личностных качеств членов семьи, особенно ребенка, уметь акцентировать внимание на его положительных свойствах, чтобы создавать заинтересованность родителей во взаимодействиях со специалистами.

Педагог часто использует наблюдение как метод изучения семьи. Наблюдательный педагог подмечает многие особенности взаимоотношений взрослого и ребенка, по которым можно судить о степени их эмоциональной близости, особенностях коммуникаций.

Педагог может создавать специальные ситуации для наблюдения, в которых взрослые и дети раскрываются полнее, например, при участии семьи в подготовке и проведении праздников, развлечении, организации совместного досуга.

При этом ребенок выполняет совместно с родителями какое-либо практическое задание, а педагог наблюдает и анализирует реакции родителей, характер их помощи, приемы стимуляции или подавления

детской самостоятельности, оценку качества его работы, умение взаимодействовать с ребенком.

Для изучения родительских позиций педагог может предложить родителям написать сочинение на тему «Мой ребенок». Могут использоваться психотерапевтические приемы, когда педагог показывает родителям способы организации эмоционального взаимодействия с ребенком посредством арттерапии. Существуют методы, с помощью которых одновременно и изучается, и корректируется позиция родителей. В результате такого подхода родители рассматривают предлагаемые методы как собственные наработки и более охотно внедряют их в свою педагогическую практику.

В последнее время нередко применяются методы психокоррекции, такие как психологический тренинг, в котором участвуют члены нескольких семей, имеющих сходные проблемы. Им предлагаются задания, выполнение и совместное обсуждение которых должно помочь выработке умений и навыков, необходимых ценностных изменений для совместной жизни с ребенком с особыми потребностями, гармонизировать отношения между членами семьи.

При хорошей совместимости группа участников тренинга становится группой взаимопомощи. Исключаются критика и осуждение, что создает условия для откровенности в обсуждении даже интимных проблем, обмена опытом, знаниями, свободного выражения переживаемых чувств.

Деятельность группы может быть полностью конфиденциальной и закрытой для посторонних. В процессе совместной работы участники таких тренингов повышают свою компетентность в вопросах брака и семьи, воспитания детей, стратегий выживания, что повышает их эффективность в различных сферах жизни.

Каждый специалист, работающий с детьми, нуждается в объективной информации о семье, в которой воспитывается ребенок с особыми образовательными потребностями. Такая информация помогает педагогу оказывать влияние на педагогический процесс в семье, согласовывать воспитательную деятельность семьи и детского учреждения. Наиболее важной является информация о:

- составе семьи, профессии; образовательном уровне родителей, других взрослых членов семьи, принимающих участие в воспитании ребенка; общей семейной атмосфере; семейных взаимоотношениях;
- эмоциональной близости или, наоборот, автономности каждого члена в семье;

Методы изучения семьи включают знания о:

- ◆ хаотичном противоречивом характере взаимоотношений;
- ◆ приоритетах воспитания детей: здоровье, развитие нравственных качеств, способностей, дарований;
- ◆ культурном уровне родителей;
- ◆ уровне психолого-педагогических знаний, практических умений и навыков;
- ◆ готовности к повышению своей компетентности;
- ◆ стратегиях и тактике воспитательных воздействий;
- ◆ участии всех взрослых в воспитании;
- ◆ степени согласованности требований к ребенку;
- ◆ наличии конфликтов по поводу воспитания;
- ◆ неравномерном распределении воспитательных функций между взрослыми членами семьи;
- ◆ отсутствии в семье условий для полноценного развития ребенка;
- ◆ организации совместных форм деятельности в семье: активном вовлечении ребенка в семейные дела и заботы;
- ◆ эпизодическом привлечении ребенка к семейным делам;
- ◆ разобщенности взрослых в семейных делах, изоляции ребенка от семейных дел и забот;
- ◆ отношении семьи к дошкольному учреждению, которое посещает их ребенок: безразлично относятся к детскому учреждению, не озабочены воспитанием собственного ребенка, стараются переложить все воспитательные функции на детское учреждение;
- ◆ сотрудничестве со специалистами; готовы – не готовы.

Во всех случаях диагностическая работа с родителями должна осуществляться с учетом следующих принципов:

- диагностическая информация должна интерпретироваться квалифицированными специалистами;
- полученная информация должна быть конфиденциальной;

- сообщение результатов диагностики супругам должно проводиться индивидуально с возможно более положительной оценкой вклада обоих;
- родителям должна оказываться помощь в определении методов и приемов воспитания детей с отклонениями в развитии.

Результаты диагностической работы дают специалисту информацию о возможных причинах неблагополучия в системе семейного воспитания, детско-родительских отношений.

2.3. Информация, которую можно получить при обследовании семьи

Изучение структуры семьи

Одной из первых попыток создания диагностических инструментов, удобных для практики, была циркуляционная модель Олсона [Olson, 1979]. На основе этой модели был разработан ряд опросников и клинических шкал. В работе с семейными проблемами широко используется техника «семейной скульптуры», пришедшая из психодрамы. Членов семьи просят с помощью телесной метафоры изобразить структуру взаимоотношений в их доме. Помогая людям занять определенные метафорические позы, психолог может мягко открыть семье ее структуру.

Существуют технологии с применением замещающих фигур для членов семьи, например «Системный семейный тест Геринга». Эмоциональная близость между членами семьи представлена здесь как расстояние между фигурами. Этот показатель точно отражает восприятие ими отношений в семье. Тестовый материал состоит из доски, разделенной на 81 квадрат (9x9), женских и мужских фигурок, а также цилиндрических блоков высотой 1,5; 3 и 4,5 см. Расстояние между фигурками на доске отражает степень сплоченности семьи и отдельных ее подсистем. Высота фигурок, регулируемая с помощью цилиндрических блоков, показывает семейную иерархию. Изменение расположения фигурок на доске от одной репрезентации к другой показывает степень гибкости семейной системы.

Анализ и интерпретация теста ведется относительно всей семьи в целом, и двух ее подсистем отдельно – супружеской и детской. В соответствии с этим определяется сбалансированность подсистем и семьи в целом. Семьям, имеющим серьезные проблемы, соответствуют намного менее сбалансированные семейные структуры и многочисленные структурные нарушения.

Тест представляет собой удобный повод для групповой дискуссии с семьей о взаимоотношениях между ее членами и желаемых изменениях.

Некоторые проблемы психодиагностики семьи

В последние годы все больше осознается психотерапевтическая сущность рисования, музыки, театра, как и любой другой художественной деятельности - искусства вообще. Благодаря этому стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом, а диагностический инструментарий становится одновременно и средством арттерапии.

Широкое применение рисуночных и игровых методов, таких как методика неоконченных предложений, методика комментирования картинок, методика завершения рассказа основано на принципе проекции, т.е. на вынесении вовне своих переживаний, желаний, стремлений и т.п. С помощью проективных методов выявляют неосознаваемые установки обследуемого, его подсознательные импульсы.

Проективные тесты очень информативны, просты в проведении, не требуют специального оборудования, не занимают много времени. Особенно эффективны такие методы при изучении детей. Выполнение заданий доступно детям со сниженным интеллектом и речевым недоразвитием. К тому же игра, рисунок помогают вступить в контакт с ребенком, расположить его к себе. Проективные методы могут использоваться многократно и при этом не теряют своего диагностического и психотерапевтического значения.

Первой стандартизированной рисуночной методикой является тест «Нарисуй человека» Ф. Гудинафа, разработанный в начале прошлого века. С тех пор было предложено много новых критериев оценки рисунков, стал развиваться подход, опирающийся на более обоснованные представления о формах самовыражения в художественной деятельности, в том числе изобразительной.

Основным недостатком проективных методик считается их недостаточная валидность, определенный субъективизм в интерпретации результатов, отсутствие статистических методов обработки данных. Поэтому эти методы обычно используются в комплексе с другими психодиагностическими методиками, сопоставляются с результатами наблюдений и бесед с членами семей.

Рекомендуется использование набора из нескольких наиболее результативных рисуночных методов (А.Л. Венгер, 2013) для изучения различных психологических характеристик ребенка с особыми образовательными потребностями, в том числе его отношения к домашней обстановке в целом и к отдельным членам семьи, среди них рисунки: «Моя

будущая семья», «Рисунок семьи», «Кинетический рисунок семьи» и др. Приоритетным направлением современной специальной (коррекционной) педагогики и специальной психологии в настоящее время является ранняя помощь семье. Это обуславливает особую важность разработки эффективных методов диагностики отклонений в развитии у детей младенческого возраста.

По данным Ю.А. Разенковой, Э.Л.Фрухт, только 32,1% семейных детей с особыми образовательными потребностями и 6%детей-сирот развиваются в пределах возрастной нормы. При этом у 19,8% семейных детей с особыми образовательными потребностями и 47, 3% детей-сирот во втором полугодии жизни выявлено отставание по всем показателям развития более чем на 3-5 мес. На основе лонгитюдных исследований разработаны различные методы ранней диагностики в России и за рубежом, которые характеризуются единой возрастной и содержательной направленностью. Контроль за ходом психического развития младенцев осуществляется ежемесячно.

Отмечаются различия отечественных и зарубежных методик, которые касаются изучаемых областей развития ребенка с особыми образовательными потребностями, показателей развития, сроков начала осуществления проверок. Преимуществом отечественных методик является выделение наиболее ранних возрастных сроков показателей развития новорожденных детей, что позволяет выявлять отставание в развитии детей на наиболее ранних этапах. Разброс показателей в зарубежных методиках, по-видимому, связан с различными подходами к понятию возрастной нормы и различными социокультурными условиями воспитания детей в разных странах. Поэтому зарубежные методы не могут быть использованы в качестве скринирующего (просеивающего) диагностического инструментария.

Так, при использовании Мюнхенской функциональной диагностики развития детей первого года жизни выявляется только 8-10% детей, нуждающихся в ранней психолого-педагогической коррекции (Ю.А. Разенкова). Обследование ребенка делается не из праздного любопытства. Оно преследует сугубо практические цели: оказать помощь ребенку и его семье. В этом плане трудно избежать хотя бы косвенных прогнозов относительно программ обучения, социальной адаптации, перспектив трудоустройства.

При этом важно определить ограничения, обусловленные, главным образом, интеллектуальной недостаточностью и те, которые связаны с любыми другими факторами и обстоятельствами. В то же время необходимо уметь оценивать ребенка в целом. Ребенок 12 лет с IQ (по Векслеру) равным

55 может быть достаточно упорным, настойчивым и в то же время доброжелательным и услужливым.

Вполне возможно, что его впоследствии удастся трудоустроить, несмотря на его низкий интеллект. Другой подросток может иметь коэффициент интеллекта выше 70, но быть трудным в поведении: эмоционально лабильным, не способным длительно концентрировать внимание и соблюдать производственную дисциплину. В этом случае проблема заключается скорее в нарушении эмоционально-волевой сферы, чем в низком интеллекте.

При решении вопроса: как помочь ребенку с особыми образовательными потребностями необходимо тщательно проанализировать его семейную ситуацию. Изучение семейных взаимоотношений помогает найти адекватные подходы к решению проблем ребенка. Бывают ситуации, когда ребенка неправильно воспитывают. Ребенок, воспитывающийся в условиях гиперпротекции со стороны матери, становится узурпатором в своей семье, претендует на единоличное владение ее вниманием и использует для этого различные уловки, например, настраивает одного родителя против другого, создавая тяжелую конфликтную ситуацию в семье. В некоторых таких семьях подросший ребенок спит только с родителями, хотя имеет собственную постель и даже собственную комнату. Убедить мать в том, что ребенка необходимо переместить в его собственную постель или еще лучше комнату - это верный шаг к эмоциональной зрелости ребенка.

Никакое обследование ребенка и его семьи нельзя считать полным, если тщательно не рассмотрены все дополнительные проблемы, с которыми может столкнуться ребенок с особыми образовательными потребностями.

Эти проблемы включают нарушения зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич), судорожные припадки, эмоциональные нарушения в виде повышенной возбудимости, проблемы коммуникативного поведения и многие другие.

Такое обследование под силу команде специалистов, включающей педагога-дефектолога, психолога, социального работника, педиатра, психиатра, логопеда и, в случае необходимости, окулиста, сурдолога, ортопеда и др.

Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития у детей первых лет жизни

Приходько О.Г., доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой логопедии, директор Института специального образования и комплексной реабилитации Московского городского педагогического университета.

Югова О.В., кандидат педагогических наук, доцент, кафедра логопедии Института специального образования и комплексной реабилитации Московского городского педагогического университета. <http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/2958/1/speo-2016-02-08.pdf>

В отечественной науке первые диагностические методики разрабатывались в 20—30-е гг. XX в. и были нацелены на диагностику развития детей младенческого возраста. Психические проявления ребенка трактовались с позиции рефлексно-логического подхода как отражение определенных этапов созревания нервной системы. Н. М. Щелованов впервые сформулировал принцип, в соответствии с которым готовность функциональных структур мозга создает возможность появления тех или иных реакций, а факт их возникновения обуславливается соответствующими воспитательными воздействиями.

Одной из первых работ, посвященных диагностике развития младенца, является «Краткая диагностическая схема развития ребенка до 1 года» И. Л. Фигурина и М. П. Денисовой (1926). В 40-е гг. XX в. Н. М. Щеловановым были разработаны «Показатели нервно-психического развития детей в первый год их жизни». Разработка содержала критерии для оценки уровня психического развития детей в возрасте от 2 до 13 месяцев.

Данный комплекс нормативных критериев был дополнен Н. С. Аксариной [1]. Возрастной диапазон исследования был расширен до трехлетнего возраста. Позднее на кафедре физиологии развития и воспитания детей Центрального института усовершенствования врачей была создана «Методическая разработка, рекомендуемая для использования в домах ребенка или яслях (по материалам Н. М. Щелованова, М. Ю. Кистяковской, Э. Л. Фрухт, Г. В. Гридневой и др.). Эти методики разрабатывались путем накопления банка данных, устанавливающих соответствие между реакциями ребенка и возрастом их появления, на основании чего выносилось суждение об особенностях психического развития ребенка в категориях соответствия или несоответствия норме развития. Исследователями были определены нормативы нервно-психического развития детей на разных возрастных этапах, основные принципы контроля за психофизическим развитием, разработана методика диагностики физического и психического

развития детей, содержание, методы и приемы педагогической работы с детьми первых лет жизни.

Сходные основания были положены в основу диагностики нервно-психического развития детей второго и третьего года жизни, разработанной К. Л. Печорой, Г. В. Пантюхиной и Л. Г. Голубевой [7]. При выявлении уровня нервно-психического развития ребенка раннего возраста оцениваются следующие линии развития: понимание речи и активная речь; сенсорное развитие; развитие игры и действий с предметами; развитие общих движений; формирование навыков самостоятельности и (на третьем году жизни) формирование изобразительной и конструктивной деятельности. Авторами разработаны показатели этих направлений развития ежемесячно на первом году жизни, поквартально на втором году и по полугодиям на третьем году.

Перечень показателей представляет собой формализованные требования к умениям и навыкам ребенка в каждом возрастном микропериоде. Например, в сфере сенсорного развития ребенок в 1 год 1 месяц должен улавливать различия величин предметов с разницей в 3 см. В 1 год 7 месяцев — 1 год 9 месяцев он должен различать 3 контрастные величины предметов, а в 2,5 года подбирать по образцу предметы 4 основных цветов. При диагностике игровой деятельности и понимания речи выявляется умение детей выполнять игровые действия по инструкции взрослого («покорми куклу», «положи куклу в кроватку» и т. п.). По уровню развития дети распределяются по четырем основным группам:

1-я группа — нормальное развитие, когда все показатели соответствуют календарному возрасту ребенка;

2-я группа — первоначальная задержка в развитии на один эпикризный срок;

3-я группа — более глубокая задержка, на два эпикризных срока;

4-я группа — глубокая задержка, на три эпикризных срока.

Результаты оценки уровня развития и поведения заносятся в индивидуальные карты психического развития, составленные на основе «Показателей нервно-психического развития детей второго и третьего года жизни».

Данная диагностическая методика получила широкое распространение в детских учреждениях в нашей стране. Она достаточно удобна для использования как психологами, так и педагогами; представляет собой вариант тестологической модели диагностики, опирается на богатый

эмпирический материал, включает стандартизированные методики оценки знаний, умений и навыков в разных областях развития ребенка.

Вместе с тем при таком парциальном подходе трудно составить представление о целостном личностном развитии ребенка, выявить особенности его мотивационной сферы, взаимоотношений с окружающими людьми, других личностных качеств.

Диагностика целостных форм психической активности, в которых реализуется и развивается личность ребенка, требует качественно иного подхода при разработке, как показателей психического развития, так и самой процедуры диагностики.

Для решения этой задачи необходима адекватная теоретическая позиция, которая позволяет, во-первых, представить в диагностической методике психическое развитие ребенка как процесс, имеющий собственную логику и закономерности, не выводимый из того, что составляет его необходимые предпосылки и условия (как, например, созревание функциональных структур центральной нервной системы); во-вторых, выделить в качестве предмета диагностики собственную активность ребенка в наиболее значимых для психического развития видах деятельности на каждом возрастном этапе.

На современном этапе в контексте проектирования системы ранней комплексной помощи особое значение имеет разработка психолого-педагогического инструментария для выявления отклонений в развитии детей.

Рассмотрим существующие разработки.

- Вариантом диагностики детей раннего возраста, построенной с учетом закономерностей их психического развития, является «Ранняя диагностика умственного развития» Е. А. Стребелевой (1994). Эта диагностика создана для выявления нарушений умственного развития детей раннего возраста и разработки методов коррекции. Исходной теоретической основой автора являются положения культурно-исторической концепции о ведущей деятельности и о зоне ближайшего развития. За основу принято положение о том, что ведущей деятельностью в раннем возрасте выступает предметная деятельность, а основным способом усвоения общественного опыта— совместная деятельность с взрослым. Диагностика Е. А. Стребелевой представляет собой серию из 10 методик, направленных на определение уровня умственного развития детей от 2 до 3 лет. В качестве основных параметров выделяются:

- принятие задания: согласие ребенка выполнить предложенное задание независимо от качества выполнения;
- способы выполнения задания: самостоятельное выполнение; выполнение с помощью взрослого (если ребенок не может справиться сам); выполнение задания после обучения;
- обучаемость в процессе диагностического обследования (виды помощи — прямой показ и действие вместе с ребенком; показ с помощью жестов; выполнение подражания с помощью речевой инструкции);
- отношение ребенка к результату своей деятельности - заинтересованность своей деятельностью и конечным результатом характерна для ребенка раннего возраста. Безразличие к ним характерно для ребенка с нарушениями интеллекта.

Все методики являются невербальными и могут применяться для детей с любым уровнем речевого развития. Задания предлагаются с учетом постепенного возрастания уровня сложности типа перемещения предметов в пространстве, соотнесения предметов по форме, величине, цвету. Ребенку предлагается поймать шарик, собрать и разобрать пирамидку, сложить картинку из частей, построить по образцу взрослого домик из палочек, нарисовать дорожку или домик и пр. Каждое задание оценивается по четырехбалльной шкале. При оценке учитывается зона ближайшего развития: любое задание предлагается выполнить ребенку сначала самому, в случае затруднений — вместе со взрослым. Взрослый обучает малыша тому или иному действию, затем проверяет, может ли он действовать подражая, воспроизводить образец взрослого.

Данная методика является более надежным инструментом определения уровня психического развития, в том числе и умственного, по сравнению с выявлением актуального состояния той или иной его сферы. Определение зоны ближайшего развития дает возможность психологу наметить конкретные пути коррекционной работы с ребенком, выявить наиболее уязвимые области в его интеллектуальном развитии.

Однако область применения данной методики ограничена: она охватывает только одну сферу — умственное развитие и довольно узкий возрастной диапазон: только третий год жизни. Е. А. Стребелева [5; 11] разработала и широко апробировала возрастной подход к выявлению отклонений в психическом развитии детей раннего и дошкольного возраста, учитывающий психологические новообразования, уровень развития ведущей и типичных видов деятельности ребенка в каждом возрастном периоде. Такой подход позволяет не только выявить отклонения в психическом

развитии ребенка, но и определить пути ранней психолого-педагогической помощи. Авторский диагностический инструментарий Е. А. Стребелевой экспериментально апробирован и широко применяется специалистами во многих регионах Российской Федерации.

● К числу диагностических разработок, созданных на основе культурно-исторической концепции психического развития Л. С. Выготского, относится «Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет» (авторы — Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова[3]). В ней предпринята попытка реализовать целостный личностно ориентированный подход к оценке психического развития ребенка с позиций теории ведущей деятельности А. Н. Леонтьева, периодизации психического развития Д. Б. Эльконина и концепции генезиса общения ребенка со взрослыми М. И. Лисиной. В рамках данного подхода уровень развития общения и ведущей деятельности отражает наиболее существенные характеристики общего психического развития ребенка и выступает адекватным предметом психологической диагностики. В соответствии с выдвинутыми положениями методики, предлагаемые в пособии, направлены на диагностику уровней развития соответствующей раннему возрасту формы общения ребенка с взрослым — ситуативно-делового общения — и предметной деятельности как ведущей на этом этапе.

Основными параметрами, характеризующими уровень развития общения, выступают:

- уровень инициативности в общении как показатель стремления ребенка к общению;
- уровень чувствительности воздействиям партнера как готовность воспринять инициативу другого человека, ответить на нее и перестроить свое поведение в соответствии с воздействиями взрослого;
- уровень владения средствами общения — конкретными действиями, с помощью которых ребенок осуществляет общение, и речью.

Первые два параметра характеризуют потребностно-мотивационную сторону общения, третий — его операциональную составляющую. Выделенные параметры оцениваются соответствующими показателями. В качестве основных параметров уровня развития предметной деятельности выделяются:

- операциональная сторона предметной деятельности, показателями которой выступают различные виды действий с предметами;

– потребностно-мотивационная сторона предметной деятельности — уровень познавательной активности ребенка. Показателями познавательной активности являются интерес ребенка к предметам, стремление к обследованию и действиям с ними, настойчивость, эмоциональная вовлеченность в деятельность;

– включенность предметных действий в общение с взрослым.

Степень принятия помощи и поддержки взрослого, возможность влияния взрослого на самостоятельные действия ребенка являются важнейшими показателями потенциальных возможностей самого ребенка. На третьем году жизни ребенка диагностируется уровень развития отдельной ветви предметной деятельности — процессуальной игры, которая ложится в основу развития ведущей деятельности на последующем возрастном этапе — сюжетно-ролевой игры. Основными параметрами процессуальной игры выступают:

– операциональная сторона игры — характер игровых действий;

– потребностно-мотивационная сторона игры — инициативность в игре, длительность игры, эмоциональное состояние ребенка в ходе игры;

– воображение как способность использовать в игре символические замещения;

– принятие ребенком игровой инициативы взрослого.

Характерной чертой диагностических ситуаций, разработанных в данном пособии, является их включенность в реальный контекст жизни ребенка — его свободную индивидуальную и совместную со взрослым деятельность. Оценка результатов диагностики производится на основе комплексного качественного анализа поведения ребенка, что позволяет определить актуальный уровень его психического развития, своевременно выявить задержки и отклонения, определить зону его ближайшего развития.

● Методику педагогического обследования слуха у детей первого года жизни, которая способствует раннему выявлению снижения слуха, разработали Т. В. Пельмская, Н. Д. Шматко [4].

● Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей [13] описали методы психолого-педагогической диагностики нарушений зрительного восприятия у детей младенческого возраста, а также особенности заболевания глаз у детей первых лет жизни.

- Е. Ф. Архипова [2] предложила вариант обследования доречевого развития детей с детским церебральным параличом.
- О. Г. Приходько [8; 9] разработала и апробировала диагностический инструментарий комплексного медико-психолого-педагогического изучения особенностей основных линий развития (двигательного, познавательного, речевого, социального) детей с церебральным параличом от одного до 3-х лет. Авторская поэтапная диагностическая программа позволяет в процессе комплексного лонгитюдного изучения выявить актуальный уровень и потенциальные возможности детей, а также полиморфность проявлений нарушений функциональных систем детей с ДЦП, создать вариативные индивидуальные программы.
- Ю. А. Лисичкина [6] модифицировала и апробировала диагностическую методику О. В. Баженовой для исследования довербального развития детей с ПЭП.
- Ю. А. Разенкова [12] представила варианты логопедического обследования ребенка первого и второго-третьего лет жизни применительно к детям, оставшимся без попечения родителей.
- Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева предприняли попытку развести для использования в педагогической практике два понятия: психолого-педагогическое и педагогическое обследование. Развести эти понятия важно, поскольку за ними стоят два подхода к обследованию ребенка, имеющих разные цели, задачи и требования к используемому инструментарию. В работе специалистов ПМПК, консилиумов, при комплектовании образовательных учреждений, в дифференциальной диагностике используется психолого-педагогический подход, для которого значимы методы распознавания и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Объектом психолого-педагогической диагностики отклоняющихся вариантов познавательного развития является процесс изучения психического развития детей, имеющих нарушения или отклонения в развитии. В педагогической диагностике на первый план выходит изучение и определение уровня сформированности у ребенка основных линий развития (социальной, физической, познавательной), а также степень развития ведущей и типичных видов деятельности, характерных для каждого конкретного возраста. Авторы подчеркивают, что педагогическая диагностика выступает в качестве начального этапа в системе коррекционно-педагогического воздействия, являясь, по существу, его отправной точкой. На основе анализа результатов данных, полученных в ходе педагогического

обследования, педагог-дефектолог разрабатывает индивидуальную коррекционную программу, являющуюся неотъемлемой частью индивидуального образовательного маршрута каждого ребенка (Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева [5]).

● Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг[10] предложили методику диагностики нарушений взаимодействия ребенка раннего возраста с окружающим миром и представили признаки искажения аффективного развития.

В настоящее время в науке и практике необходим специальный диагностический инструментарий, позволяющий выявить нарушения развития не отдельных психических функций, а целостных форм психической активности, в которых происходит развитие и становление личности ребенка, начиная с самых ранних этапов его жизни.

Литература:

1. Аксарина, Н. М. Воспитание детей раннего возраста / Н. М. Аксарина. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Медицина, 1977
2. Архипова, Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни / Е. Ф. Архипова. — М.: Мозаика-Синтез, 2012
3. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет : метод. пособие для практических психологов / Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. — СПб.: Детство-пресс, 2005
4. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / сост. Г. А. Таварткиладзе, Н. Д. Шматко, Т. В. Пельмская. — М.: Полиграф сервис, 2001
5. Екжанова, Е. А. Методика педагогического обследования детей младшего дошкольного возраста с умственной недостаточностью / Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева // Дефектология. — 2007 — № 6
6. Лисичкина, Ю. А. Ранняя диагностика и коррекция недостатков довербального развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Ю. А. Лисичкина. — М., 2004
7. Печора, К. Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях: кн. для воспитателя детского сада / К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева. — М.: Просвещение, 1986
8. Приходько, О. Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации / О. Г. Приходько. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008
9. Приходько, О. Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом: дис. ... д-ра пед. наук / О. Г. Приходько. — М., 2009

10. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / сост. Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. — М.: Полиграф сервис, 2001
11. Стребелева, Е. А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии : пособие для педагога-дефектолога и родителей/ Е. А. Стребелева, Г. В. Мишина. — М.: Парадигма, 2010
12. Стребелева, Е. А. Психолого - педагогическая диагностика детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие / Е. А. Стребелева, Г. А. Мишина, Ю. А. Разенкова; под ред. Е. А. Стребелевой. — М.: Просвещение, 2004
13. Фильчикова, Л. И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: метод. пособие / Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей. — М.: Полиграф сервис, 2003

Алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Специалисты Государственного казенного учреждения социального обслуживания Московской области «Ступинский СРЦН «Альбатрос» г. Ступино

<https://darmosreg.ru/news/algorithm-psihologo-pedagogicheskoy-raboty-s-semey-vospityvayushchey-rebenka-s-ogranichennymi>

Алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, может быть представлен в виде следующих этапов:

- исследование семьи: изучение особенностей функционирования семьи, выявление ее скрытых ресурсов, сбор информации о ее социальном окружении, изучение потребностей родителей и ребенка;
- установление контакта, работа на преодоление реакций психологических защит, мотивирование на сотрудничество;
- оценка путей оказания психолого-педагогической помощи;
- выбор направлений работы в зависимости от результатов диагностики;
- работа специалистов по оказанию психолого-педагогической помощи семье, направленной на активизацию социальной позиции родителей, восстановление и расширение социальных связей, поиск возможностей членам семьи опереться на свои собственные ресурсы;
- анализ эффективности достигнутых результатов.

В процессе знакомства с условиями воспитания в семье ребёнка-дошкольника с отклонениями в развитии педагоги и специалисты собирают информацию по следующим вопросам:

- состав семьи, род занятий взрослых, материальное обеспечение, санитарно-гигиенические условия;
- отношения в семье, уровень общей культуры родителей, отношение родителей к детям, привязанность ребёнка к членам семьи;
- поведение и занятия ребёнка дома, любимые занятия, игрушки, формы общения с ребёнком в семье, предъявление к его поведению и деятельности

требований со стороны членов семьи, выполнение режима дня, участие ребёнка в домашнем труде;

-отношение родителей к проведению общеразвивающей и специальной работы, результативность консультирования у специалистов, организация занятий в семье, участие членов семьи в проведении работы с ребёнком, оценка своих педагогических возможностей, оценка эффективности работы с ребёнком, вера в его возможности;

-характер трудностей, испытываемых родителями в воспитании ребёнка;

-знания родителей о содержании воспитания и обучения ребёнка в дошкольном учреждении, методах работы по различным направлениям, желание и заинтересованность родителей в участии в совместной с педагогами коррекционно-развивающей работе.

Полученная педагогами информация при поступлении ребёнка в учреждение и дополняемая по мере знакомства с родителями является основанием для построения модели работы, выбора форм и методов взаимодействия.

В связи с этим дифференцированный подход при организации работы с родителями — необходимое звено в системе мер, направленных на повышение их педагогических знаний и умений. Для осуществления дифференцированного подхода при работе с родителями необходимо учитывать своеобразие условий жизни каждой семьи, возраст родителей, уровень их подготовленности в вопросах воспитания, готовность к сотрудничеству. Такая дифференциация помогает найти нужный контакт, обеспечить индивидуальный подход к каждой семье.

В рамках диагностического этапа анализируются личностные особенности родителей, в том числе эмоциональные и коммуникативные свойства, определяется уровень тревожности. Примерный инструментарий для диагностирования семьи может включать в себя: наблюдение, беседы-интервью, проективные методики, личностные тесты (16-факторный личностный опросник Кеттелла, методика Э. Г. Эйдемиллера, опросник PARI «Измерения родительских установок и реакции, цветовой тест Люшера.

Д. Митчеллом выделены примеры потенциальных проблем, с которыми сталкиваются специалисты, взаимодействующие с семьей особого ребенка:

- «мать—отец»: индивидуальное состояние каждого и гармоничность отношений до рождения ребенка, необходимость принять ограничения ребенка;

- «мать – особый ребенок»: депрессия, чувство вины, самообвинение, проблема отношения к ребенку;
- «мать – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;
- «отец – особый ребенок»: отказ отца от физического и психологического участия в заботе об особом ребенке;
- «отец – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;
- «особый ребенок – здоровый ребенок»: чувство вины, стыда, «порабощение» особым ребенком здорового брата или сестры, амбивалентные чувства здорового ребенка по отношению к брату/сестре с нарушениями.

Для выявления уровня психолого-педагогической культуры и степени участия родителей в воспитании детей можно использовать следующие методы: анкетирование и тестирование родителей; индивидуальные беседы с родителями, с детьми; посещение семьи ребенка; изучение тестов-рисунков детей типа «Мой дом», «Моя семья»; наблюдение за ребенком в сюжетно-ролевой игре «Семья»; наблюдение за взаимоотношением родителей и детей во время совместной деятельности; моделирование игровых и проблемных ситуаций и т. д.

С диагностическими целями посещение семьи осуществляют воспитатель вместе с педагогом-психологом учреждения. Эффективное проведение данного мероприятия требует от педагогов деликатности, такта, высокого уровня наблюдательности, профессионализма. Время посещения семьи определяют родители. Воспитатель заранее подбирает игрушку или самоделку в подарок ребенку.

Находясь в семье, общаясь с ребенком и родителями, педагоги должны получить определенную информацию:

-общая семейная атмосфера. Особенности взаимоотношений между членами семьи: ровные, дружелюбные, изменчивые, противоречивые, своеобразная автономность каждого в семье;

-роль родителей в воспитании ребенка (что родители считают важным в воспитании, какие качества ставят на первый план);

-на что направлены основные заботы родителей: здоровье, умственное развитие, нравственное воспитание и т. д.;

-система воспитательных воздействий на ребенка: участие всех взрослых в воспитании, согласованность их действий или непоследовательность, наличие конфликтов на почве воспитания, выполнение воспитательных функций преимущественно одним человеком; отсутствие воспитания;

-организация совместных форм деятельности в семье: вовлечение ребенка во все домашние дела и заботы; распределение обязанностей среди взрослых, периодическое возложение каких-то из них на ребенка; разногласия взрослых в семейных делах, частая смена главенства, изоляция дошкольника от домашних событий;

-создание развивающей среды в семье: игровой и книжный уголки, наличие пособий, игр и др.

Вся полученная информация тщательно анализируется социальным педагогом, уполномоченным по правам ребенка, воспитателями и медицинским работником. По результатам анализа определяют детей и родителей, которые в адаптационный период могут испытывать трудности.

Рекомендации при проведении первичного приема с детьми, имеющими РАС

Самарина Лариса Витальевна, генеральный директор АНО ДПО СПб ИРАВ, ведущий эксперт Минтруда по вопросам развития ранней помощи, клинический психолог; Ермолаева Евгения Евгеньевна, исполнительный директор АНО ДПО СПб ИРАВ, клинический психолог, международный эксперт детского фонда ЮНИСЕФ; Изрушкина Татьяна Викторовна, специальный педагог, монтессори-педагог АНО ДПО СПб ИРАВ, г. Санкт-Петербург

https://t84079a.dou.obrazovanie33.ru/upload/site_files/9a/Methodicheskoe-posobie-Sistemnaya-model-ranney-pomoshhi-detyam-s-riskom-RAS-2_compressed-1.pdf

Для организации качественной системной модели ранней помощи необходимо, чтобы данная модель включала в себя все обязательные технологические компоненты сопровождения.

Первый этап – раннее выявление детей с РАС, включающее в себя наблюдение за развитием, проведение скринингов развития и проведение процедуры первичного приема в Службе ранней помощи, с целью выявления рисков попадания в спектр аутистических расстройств и включения ребенка в программу раннего вмешательства.

Второй этап – проведение комплексной дифференциальной психолого-медико-педагогической диагностики с целью постановки заключения о наличии или отсутствии у ребенка РАС.

Третий этап (проводится параллельно со вторым этапом) – проведение углубленной оценки развития ключевых навыков с целью построения функциональных целей и задач программы помощи.

Четвертый этап – реализация программы помощи для ребенка и семьи с целью развития функциональных навыков у ребенка и повышения компетентности родителей ребенка с РАС.

Пятый этап – организация выхода ребенка из программы раннего вмешательства и перехода ребенка в образовательное учреждение с целью поддержки ребенка и семьи в образовательном учреждении и обеспечении инклюзивного образования для ребенка.

Если по результатам наблюдения за развитием у ребенка был выявлен риск наличия РАС, необходимо направить семью в соответствующую службу для проведения скрининга. Наиболее соответствующим учреждением, где может быть проведен скрининг, является Служба раннего вмешательства / ранней помощи. Как правило, скрининг на наличие у ребенка РАС проводится на **первичном приеме**. Процедура проведения состоит из двух шагов.

Первый шаг - до первичного приема родителям предлагается заполнить опросник М-СНАТ «Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста» (см. Приложение 1). Данный тест применяется для детей в возрасте от 18 до 30 месяцев, состоит из ряда утверждений, родителям нужно, наблюдая за поведением ребенка ответить, имеются ли данные навыки у ребенка.

Второй шаг – на первичном приеме специалисты знакомятся с результатами теста М-СНАТ. Как правило, для уточнения результатов теста специалисты проводят с родителями интервью по каждому утверждению опросника, просят родителей привести примеры поведения ребенка или объяснить, почему они дали тот или иной ответ. Если ребенок набирает критическое количество баллов по результатам обработки теста, делается заключение о наличии у ребенка риска РАС.

Организация и проведение первичного приема семьи и ребенка с опорой на «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» для выявления признаков РАС.

Для совершения более обоснованного вывода о риске наличия РАС у ребенка специалисты на первичном приеме наблюдают за поведением ребенка, совершают практические пробы. Для этого используется рамка МКФ-ДП - бланк Первичного приема.

Первичный прием является процедурой, обязательной для входа ребенка и семьи в программу раннего вмешательства /ранней помощи. Первичный прием проводится по выверенной технологии двумя специалистами, один из которых медицинской специальности, второй – психолого-педагогической. Цель первичного приема: выявить, имеются ли у ребенка значимые ограничения жизнедеятельности в одной или нескольких областях функционирования, обозначенных в МКФ-ДП:

- d1 научение и применение опыта
- d2 общие задачи и требования
- d3 коммуникация
- d4 мобильность
- d5 забота о себе
- d6 участие в повседневной жизни
- d7 социальное взаимодействие
- d8 главные сферы жизни (участие в игре)
- d9 участие в общественной жизни

Алгоритм проведения первичного приема:

1. Оценка трудностей в повседневной жизни.
2. Оценка активности и участия ребенка, а именно, оценка уже имеющихся у ребенка способностей к выполнению какой-либо деятельности, имеющихся навыков.
3. Оценка трудностей, с которыми ребенок встречается при выполнении деятельности, и определение степени трудности.
4. Изучение нарушений функций и структур организма, которые потенциально могут влиять на формирование умений и выполнение деятельности в целом.
5. Исследование и оценка влияния на функционирование ребенка факторов окружающей среды и личностных факторов.

Все виды исследований и оценок проводятся на основе интервью с родителями, полуструктурированного наблюдения за поведением ребенка, реальных практических проб, выполняемых специалистами или родителями по просьбе специалистов.

По итогам исследований и оценок специалисты формулируют ряд гипотез о причинах, приводящих к имеющимся у ребенка трудностям.

Особенности поведения ребенка, трудности в функционировании, которые ведут к формулированию специалистами гипотезы о наличии у ребенка РАС.

Разделы домена	Наблюдаемые трудности, которые сигнализируют о возможном наличии РАС
Домен «Научение и применение опыта (d1)»	
Любозытство, интерес, стремление к получению опыта	Проявляет слабый, кратковременный интерес к игрушкам, игре с игрушками, берет их и достаточно быстро бросает.
Целенаправленное использование органов чувств	Может проявлять повышенное стремление к получению сенсорного опыта: трогает, нюхает. Или проявляет выраженную непереносимость каких-либо сенсорных ощущений.
Способ получения знаний: наблюдение, копирование, общение, игра (манипулятивная, исследовательская, двигательная, социальная, на решение проблем, с притворством)	Предпочитает получать знания на основе самостоятельных действий с предметами. Репертуар игр ограничен манипулятивными, двигательными играми, которые носят стереотипный характер. Нет или очень немного совместного внимания.
Применение знаний (концентрация внимания, решение проблем, притворство)	Наблюдаются трудности с концентрацией внимания на продуктивной деятельности. При этом надолго задерживается на повторяющейся,

	манипулятивной деятельности. Не понимает или не поддерживает игры понарошку.
Общие задачи и требования(d2)	
Выполнение одной простой задачи, нескольких простых задач по порядку	Могут быть трудности с тем, чтобы быть внимательным к взрослому, слушать указание, следовать указаниям.
Выполнение сложной задачи (одевание)	Могут быть большие трудности с освоением сложных задач.
Следование распорядку дня	Часто быстро усваивает режим дня и стремится строго следовать ему, расстраивается, если что-то меняется.
Управление стрессом	В ситуации стресса тревожится, демонстрирует нетипичные формы поведения, например, кружится, машет ручками, убегает, похлопывает себя по голове.
Управление своим поведением	Есть трудности в управлении поведением, могут быть истерики, с которыми трудно справиться; бывают вспышки гнева, может в это время кусать, бить, щипать взрослого.
Коммуникация (d3)	
Коммуникативные умения (смотрит в лицо, внимателен, слушает, подражает, соблюдает очередность)	Дефицит глазного контакта, трудности с вниманием к коммуникативному партнеру, нет подражания, не понимает, что такое очередность.
Получение и понимание сообщений	Родители говорят, что им кажется, что ребенок не понимает сообщений, на приеме ребенок может понимать простые сообщения при значительной поддержке.
Продуцирование сообщений с использованием невербальных средств, слов, фраз	Варианты: полностью отсутствует речь, как средство коммуникации; если речь есть, то она эхоталлична, со странными интонациями, стереотипными повторениями.
Разговор	Диалог с соблюдением очередности сильно затруднен.
Забота о собственном теле и здоровье (d5)	
Умение мыться, уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос), туалет, одевание, раздевание, прием пищи и питье	Затруднено приобретение новых навыков, имеются предпочтения в еде, ее консистенции; жестко следует рутинам; трудности в освоении туалетных навыков; предпочтения в одежде и следование им, сопротивление изменениям.
Межличностное взаимодействие (d7)	
Соблюдение социальных правил и поддержание социальной дистанции во время взаимодействия	Трудности с социальной дистанцией (уходит, если взрослый приближается к нему)

Социальное взаимодействие	Проявляет слабый интерес к другим людям, не интересуется детьми, сам не инициирует взаимодействие, убегает, не участвует в совместных играх. Трудности с разделением эмоций, не допускает физического контакта со специалистами.
Основные жизненные сферы (d8)	
Дошкольное образование (участие)	Ребенок может посещать детский сад, но при этом имеет значительное количество трудностей с участием в коллективных занятиях, выполнении указаний педагога, совместных играх с детьми.
Участие в игре	Предпочитает играть один, иногда участвует в двигательных играх, например, бежит рядом.

Если по результатам всех скрининговых мероприятий сделан вывод о высоком риске РАС у ребенка, семья направляется на психолого-медико-педагогическую диагностику для отнесения ребенка к диагностической группе РАС.

Психолого-медико-педагогическая диагностика направлена на решение основных целей:

- сделать заключение о наличии у ребенка РАС
- сделать заключение о наличии у ребенка другого нарушения
- выявить наличие и оценить степень выраженности нарушений сопутствующих РАС

Соответственно для решения этих целей диагностика должна включать в себя следующие компоненты.

1. Отнесение к диагностической группе РАС.
2. Оценка слуха и зрения.
3. Оценка уровня развития коммуникации, игры и повторяющегося поведения.
4. Оценка когнитивного развития.
5. Оценка моторных навыков.
6. Оценка адаптивных навыков.
7. Оценка сенсорных особенностей, сенсорной интеграции.
8. Проведение ряда дополнительных медицинских обследований, например, обследование невролога, генетика, педиатра.

Для проведения такой комплексной диагностики необходима работа междисциплинарной команды специалистов: специальный педагог, логопед, психолог, эрготерапевт, педиатр.

Клинический диагноз «аутизм» в Российской Федерации может поставить психиатр и только после достижения ребенком 5 лет. Поэтому

большинство психиатров избегает постановки такого диагноза детям в возрасте до 3-х лет. Однако специалисты психолого-педагогического профиля могут, используя подходящие инструменты, отнести ребенка к диагностической группе «расстройство аутистического спектра».

Зав. отделом Центра специального образования Е.В.Морозова подчеркивает, что целесообразно организовывать обследование детей с РАС в виде комплексной психолого-педагогической диагностики, которую, особенно на начальном этапе, лучше проводить одному специалисту (как правило, психологу). Это позволяет ребенку привыкнуть к новой ситуации, дает возможность ему хотя бы немного адаптироваться, сориентироваться в пространстве кабинета, ослабить тревожность и опасения. По мере того как ребенок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты могут постепенно включаться в процедуру обследования. Необходимо сопровождать инструкцию доступной наглядностью, по возможности, краткой и схематичной. Важно создать для ребенка ситуацию успеха, даже если он внешне на это никак не реагирует.

При проведении первичного приема специалистам службы ранней помощи следует учитывать такие рекомендации:

- перед первичным приемом необходимо предупредить родителей о недопустимости принудительного контакта;
- заблаговременно из зоны досягаемости для ребенка должны быть исключены бьющиеся или острые предметы, вода, еда и прочее, «сухой» бассейн должен быть прикрыт;
- из-за гиперчувствительности дети с аутизмом тонко реагируют на посторонние шумы, зрительные стимулы. Поэтому в кабинете должно быть мягкое освещение, тишина, отсутствие резких запахов;
- если ребенок проявляет выраженный негативизм или страх, рекомендуется предложить выбрать игрушку (игрушки заранее подготовлены и лежат в определенном месте);
- снижение психического тонуса у детей с РАС проявляется в том, что ребенок не выдерживает малейшего напряжения, быстро истощается. Поэтому рекомендуется дать ребенку возможность отдохнуть;
- если ребенок возбужден, не слышит или не хочет слышать взрослого, лучше перейти на шепотную речь;
- в случае если ребенок демонстрирует выраженный негативизм в ответ на просьбы и задания, можно попробовать подключить, например куклу из набора кукольного театра, и обращаться с просьбами к кукле, поощрять ее выполнять задания.

- на начальном этапе взаимодействия снизить активность специалиста, если только ребенок сам не вступил в контакт;
- во время проведения процедуры следовать за интересами и инициативой ребенка, дозировать положительные эмоции.

Глава 3. Особенный ребенок в семье

Психологические особенности матерей, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью

Дьячкова Елена Станиславовна кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина»,

Баяндина Татьяна Владимировна магистрант направления «Психолого-педагогическое сопровождение образования», Педагогический институт; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина»

<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-materey-vospityvayuschih-detey-s-ovz-i-invalidnostyu/viewer>

Введение

Актуальность настоящей проблемы не вызывает сомнений. В нашей стране, по данным статистики (rosstat.gov.ru), в 2018 и 2019 году родились с той или иной патологией около полумиллиона детей. Также по официальным данным, а именно по данным федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФРИ), численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии, составляет на 2021 год 688 тыс. человек.

Воспитание ребёнка с ОВЗ и инвалидностью — трудная задача для семьи, накладывающая отпечаток на все сферы ее функционирования. Стиль воспитания детей с какими-либо нарушениями, особенностями развития более сложен по сравнению с нормотипичными детьми. Соответственно, уровень родительского стресса оказывается довольно высоким.

Родители детей с ОВЗ и инвалидностью — слабо защищённая категория граждан в нашей стране. Особенно данный факт отражается на психосоматическом здоровье и психологических особенностях женщин. Матери детей с ОВЗ и инвалидностью часто застревают на своем ребенке, его эмоциях и потребностях, забывая про себя — про свое здоровье, как соматическое, так и эмоциональное; они не обращают внимания и на свои потребности, особенно высшего порядка.

По данным ряда авторов [1; 3; 6; 7], родители особых детей часто переживают негативно-окрашенные чувства подавленности, безысходности, бессилия, чувства утраты, гнева, разочарования, тоски и др. У матерей чаще

проявляются соматические симптомы. Они жалуются на скачки артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции. Чем старше становится ребенок, т. е. чем длительнее стрессовая ситуация в жизни родителей, тем в большей степени у некоторой части матерей проявляются нарушения здоровья.

Левченко Е. В. описывает следующие соматические расстройства: «изменения менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергия; сердечнососудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом» [4]. Обычно матери детей с ОВЗ и инвалидностью часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии.

Рождение ребенка с ОВЗ и инвалидностью структурно деформирует семью [4]. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи ребенка. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как психологический и социальный тупик. Качественные изменения, имеющие место в семьях данной категории, проявляются на нескольких уровнях (психологическом, соматическом, социальном).

По мнению Л. В. Усовой, семьи особых детей условно можно разделить на две группы [5]. В одних семьях отношение к проблемам носит конструктивный характер. Супруги не углубляются в длительные переживания, а пытаются приспособиться к новым условиям, наладить семейный быт, общение и изменить отношение — это результат эмоциональной адаптации всех членов семьи, они принимают проблему. В критические моменты такие семьи вырабатывают позитивные установки по отношению к себе, своему ребенку, что позволяет им формировать у него навыки, которые помогут адаптироваться и семье, и ребенку. В других семьях отношения носят деструктивный характер, который может выражаться в виде игнорирования проблемы, эмоционального отвержения ребенка и жестокого обращения с ним, акцентуации на проблеме семьи.

Многочисленные исследования и жизненные примеры показывают, что кризис рождения ребенка вообще и ребенка с особенностями в развитии или инвалидностью — в частности, настолько серьезный, что зачастую приводит к нарушениям отношений супружеской пары и к разводу. Нужно оставаться сильными личностями, чтобы день за днем преодолевать психологические, соматические, материальные, социальные трудности [2].

Таким образом, целью настоящей работы является исследование динамики эмоциональной сферы, уровня текущего стресса,

стрессочувствительности и жизнестойкости матерей, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью в процессе краткосрочной арт-терапевтической групповой и индивидуальной работы.

Материалы и методы исследования

Нами было высказано предположение о том, что арт-терапевтическая работа повышает стрессоустойчивость, повышает жизнестойкость и улучшает состояние эмоциональной сферы матерей, воспитывающих детей с ОВЗ. Кроме общенаучных, нами были применены методы исследования стрессочувствительности, уровня текущего стресса, жизнестойкости и эмоциональной сферы, а также методы описательной математической статистики.

Экспериментальной базой исследования выступила Арт-терапевтическая студия для родителей особых детей «Счастливые родители — счастливые дети», организованная Центром практической психологии ТГУ им. Г. Р. Державина.

Для проведения исследования и приглашения испытуемых мы обратились в группу родителей детей с ОВЗ и инвалидностью РЕНАВ-ТМВ.RU. В этой группе состоит около 200 участников. На наше приглашение поучаствовать в работе арттерапевтической студии отозвалось 8 семей. На первую встречу пришло 5 матерей. Все отцы отказались принимать участие в работе. После первого занятия и после перехода работы студии в дистанционный формат успешно завершили работу только 3 человека. Перед началом работы студии и проведением исследования клиенты подписали согласие на участие в исследовании и дали свое согласие на публикацию данных в научной статье.

В исследовании использовались следующие методики: тест исследования уровня ситуативной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина, тест жизнестойкости (С. Мадди в адаптации Д. Леонтьева), тест на определение текущего состояния стресса Г. Селье, тест на стрессочувствительность, тест-опросник депрессии Бека.

С помощью данных методик испытуемые были обследованы до и после проведённой психологической работы.

Для первого потока участников студии мы выбрали курс краткосрочной арттерапии, которая включала 10 занятий в три этапа.

На начальном этапе работы (первые три занятия) имело место ресурсирование клиенток.

Основной этап предполагал работу с эмоциональной сферой участников группы. Начинается он в нашем случае с проработки травмы рождения особого ребёнка, так как мамы, которые работали с нами, воспитывали детей с особенностями развития. Такое начало не случайно. Дело в том, что если этот травматический опыт не проработан, то он день за днём напоминает о себе в делах, в отношениях, то есть отражается на разных сферах жизни. Арт-терапия предоставляет один из самых мягких и бережных способов проработки травматического опыта.

Для третьего этапа программы характерно снятие возникшего напряжения. Упражнения на этом этапе дают заряд оптимизма, чувство уверенности в себе, ощущение способности справиться с трудностями, формируют образ позитивного будущего.

Параллельно с непосредственными встречами психологов с группой мы создали и вели сообщество в социальной сети «ВКонтакте». Там размещалась минимальная доступная теоретическая информация на интересующие и полезные родителям особых детей темы. В данном сообществе были размещены небольшие статьи на следующие темы: «Кризис рождения особого ребенка», «Что такое арт-терапия, и каких эффектов от нее ожидать?», «Особые дети особенно любимы. Любовь и жалость», «Дыхание и стресс», «Про эмоции», «Негативные и позитивные аспекты особого родительства», «Забота о личных потребностях», «Конструктивные способы справиться со стрессом», «Копинг-поведение». Также в группе описывались и размещались этапы работы студии.

Анализ и интерпретация результатов исследования

Исследование уровня тревожности показало, что до проведения терапевтической работы у испытуемых по шкалам «Ситуативная и личностная тревожность» отмечается высокий уровень тревожности (более 45 баллов). После проведения терапевтической работы у испытуемой И. показатели личностной и ситуативной тревожности снизились, но остались на высоком уровне. У испытуемой А. и у испытуемой Л. показатели снизились до уровня «Умеренная тревожность».

Изучение уровня текущего стресса по методике Г. Селье выявило, что показатели испытуемой И. были на уровне состояния сильного стресса; ее организм был близок к пределу возможностей сопротивления стрессовым ситуациям. Но после проведения терапевтической работы уровень стресса снизился — клиентка все еще находится в состоянии напряжения, но

организм уже находит в себе силы противостоять сложным жизненным ситуациям.

Уровень стресса испытуемой А. практически не изменился. Клиентка находится в сложных жизненных условиях, и запасы адаптационной энергии практически истощились. Терапевтическая работа с испытуемой помогла уменьшить состояние «истощения», но пока клиент выйдет из стрессовой ситуации или не решит свои актуальные проблемы, изменить уровень текущего стресса очень сложно.

Показатели стресса испытуемой Л. до проведения терапевтической работы находились на высоком уровне, клиентка была в состоянии сильного стресса, организм с трудом справлялся с напряжением. По итогу терапевтической работы в студии показатель снизился до 24 баллов, что говорит о выраженном напряжении в состоянии клиентки, но уже с учетом, что у нее появились силы на борьбу со стрессовой ситуацией, и она держит ее под контролем.

Исследование уровня депрессии до и после терапевтической работы показало, что у испытуемой И. уровень депрессии с легкой изменился до практически полного отсутствия симптомов депрессивного состояния. В свою очередь, у испытуемой А. умеренная депрессия поднялась до уровня выраженной. Это, вероятно, связано с тем, что на момент работы арт-терапевтической студии у клиентки возникла сложная жизненная ситуация, которая привела к усилению депрессивных симптомов. У клиентки Л. отмечались минимальные симптомы субдепрессии; после работы в арттерапевтической студии показатели по тесту снизились до 7 баллов, что говорит об отсутствии депрессивных симптомов.

Таблица 1

Сравнение показателей до и после проведения терапевтической работы

Методики /Испытуемые	И.		А.		Л.	
	До	После	До	После	До	После
Тест исследования уровня ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина						
Ситуативная тревожность	66	48	62	35	58	34
Личностная тревожность	48	45	66	44	60	44
Тест на определение текущего состояния стресса Г. Селье						
Уровень текущего стресса	34	18	50	49	31	24

Тест-опросник депрессии Бека						
Уровень депрессии	13	9	17	24	11	7
Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д. Леонтьева						
Общая жизнестойкость	74	88	53	69	62	88
Шкала вовлеченности	37	43	28	31	32	45
Шкала контроля	23	26	14	21	19	26
Шкала принятия риска	14	19	11	17	11	17

Тест на стрессочувствительность						
Средний показатель по тесту стрессочувствительности	121	70	159	132	102	83
Шкала реакций на неподвластные ситуации	25	14	33	25	18	16
Шкала склонности к усложнению ситуации	38	22	41	33	31	22
Шкала предрасположенности к психосоматическим заболеваниям	22	8	34	27	21	16
Шкала деструктивных способов преодоления стрессов	31	19	41	32	26	20
Шкала конструктивных способов преодоления стрессов	5	7	10	15	6	9

Напомним, что жизнестойкость рассматривается как личностная диспозиция, включающая установки на вовлеченность (в противовес отчуждению), контроль (вопреки бессилию) и принятие риска в противовес комфорту и безопасности (С. Мадди, С. Кобаса, Д. А. Леонтьев и др.). Показатели жизнестойкости до и после проведения терапевтической работы у испытуемой И. находились в пределах нормы. Показатель выше нормы был только по шкале «Принятие риска», и это может говорить о том, что И. старается развиваться на основе предыдущего опыта и учится справляться с жизненными тяготами, несмотря на страхи.

Результаты испытуемой А. были следующими: до проведения терапевтической программы уровень жизнестойкости и входящей в нее шкалы «Вовлеченность» был ниже нормы, клиентка с трудом переживала тяжелые жизненные ситуации и не получала удовольствия от собственной жизни. Работа в арт-терапевтической студии привела данные показатели в норму. Уровень контроля и принятия риска до и после коррекционной программы находился в пределах среднестатистической нормы. Все показатели до и после терапевтической программы испытуемой Л. были также в пределах нормы. По показателю общей жизнестойкости результаты всех испытуемых возросли.

Исследование стрессочувствительности показало, что у испытуемой И. до проведения терапевтической работы отмечалась повышенная чувствительность к стрессу (табл. 1). У клиентки отмечалась склонность излишне усложнять жизненные ситуации, что приводило к сильным стрессам, также клиентка отмечала у себя не всегда конструктивные способы преодоления стрессов. После проведения терапевтической работы все шкалы находились в пределах нормы, и общий показатель стрессочувствительности снизился.

У испытуемой А. до проведения терапевтической программы также отмечалась повышенная чувствительность к стрессу (табл. 1). Общий показатель стрессочувствительности снизился, но, к сожалению, проделанной работы не хватило, чтобы показатели вошли в среднестатистическую норму.

Также повышенная чувствительность к стрессу отмечалась у клиентки Л. До коррекционной работы базовый показатель стрессочувствительности составлял 102 балла. Анализируя данные первичной диагностики, мы сделали вывод, что клиентка склонна к излишне сильной реакции на обстоятельства, которые не в силах изменить. Высокие показатели также присутствуют по второй шкале, из чего можно судить о склонности клиентки все усложнять, что приводит к дополнительным стрессам в жизни. Важно отметить, что клиентка Л. практически не пользуется деструктивными способами преодоления стресса, баллы по четвертой шкале очень низкие. Единственное, к чему имеет слабость клиентка, — это вкусная еда. Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям присутствует, но превышает норму на 3 балла. После участия в работе арт-терапевтической студии показатели клиентки Л. заметно снизились, баллы по всем шкалам, за исключением второй, находятся в пределах нормы (табл. 1). Также увеличился показатель по пятой шкале — «Конструктивные способы преодоления стресса».

Выводы

Исследованы эмоциональная сфера, уровни стрессочувствительности и текущего стресса и жизнестойкость матерей, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью, до и после арт-терапевтической работы. Сравнение входной и итоговой диагностики показало, что показатели стресса после проведения коррекционной работы снизились у всех испытуемых, но уровень напряжения все равно остается высоким.

При изучении результатов теста на стрессочувствительность отмечено, что после проведения арт-терапевтической работы почти все показатели у испытуемых пришли в норму. Также можно заметить, что у всех испытуемых в начале работы студии и при завершении присутствовала склонность к преувеличению проблем.

Итоги исследования депрессии оказались неоднозначными. У двух испытуемых легкая депрессия сменилась полным отсутствием депрессивных симптомов, но у третьей уровень депрессии поднялся с умеренного до выраженного. При беседе с испытуемой выяснилось, что на момент итоговой диагностики у нее сложилась тяжелая жизненная ситуация, которая могла привести к подобным результатам.

Составленная программа арт-терапевтических сессий положительно повлияла на психологическое состояние всех испытуемых. Целесообразно продолжать психологическую работу в данном направлении.

Литература

1. Арбатская К.И., Устинова Н.А. Психологические особенности семей, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 8. – С. 85–89.
2. Дьячкова Е.С. Кризис рождения особого ребёнка – кризис длиной в жизнь // Кризисные состояния: медицинские и психологические аспекты: материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. 25 мая 2018 г. / отв. ред. Т.В. Юрьева. – Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2018. – С. 13–17.
3. Ибрагимова А.Н., Киреева С.А. Особенности психоэмоционального состояния родителей в ситуации болезни ребенка // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т 5, № 12. – С. 1703.
4. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
5. Усова Л.В. Проблемы семьи «особого» ребенка // Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: сборник статей VII Международной научно-практической конференции. – Пенза, 2009. – С. 191–194.
6. Черненко С.А. Психологическая характеристика родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития // Мотивация и рефлексия личности: теория и практика: сборник науч. трудов / под ред. Е.Н. Ткач. – 2016. – С. 80–87.
7. Reichman N.E., Corman H., Noonan K. Impact of Child Disability on the Family //
8. Maternal and Child Health Journal. – 2008. – Vol. 12, № 6. – P. 679–683. doi: 10.1007/s10995-007-0307-z

О практике сообщения диагноза в случае подозрения или обнаружения инвалидизирующей патологии или риска ее развития у ребенка (в том числе внутриутробно) в субъектах Российской Федерации

Киш И.Р. , юрист РБОО «Центр лечебной педагогики», г. Москва

https://center-albreht.ru/upload/MethodCentre/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%8F/Sbornik_tezisov_ejegovnoiy_nauchno-prakticheskoiy_konferentsii_Rannyaya_pomosh_i_soprovojdenie_20.09.2023.pdf

С целью профилактики отказов от детей с нарушениями развития, снижения рисков травматизации семьи при объявлении диагноза ребенка или информации о подозрении на диагноз, а также обеспечения возможности своевременного оказания помощи семье, включая услуги ранней помощи, необходимо внедрение во всех субъектах Российской Федерации единых Правил сообщения информации при подозрении или выявлении у ребенка инвалидизирующей патологии или риска ее развития (в том числе внутриутробно) – Протокола сообщения диагноза.

Протокол сообщения диагноза – нормативный правовой акт, разработанный на уровне субъекта Российской Федерации и утвержденный органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья в субъекте Российской Федерации. Данный документ является инструментом, который расширяет возможности врачей и медицинских работников при общении с родителями (законными представителями) ребенка в случае выявления диагноза или подозрения на диагноз, поскольку содержит четко прописанные процедуры, которым необходимо следовать, а также информацию и материалы для передачи семье.

В Протоколе сообщения диагноза описан алгоритм подготовки и проведения беседы, указаны субъекты, которые могут присутствовать при сообщении диагноза (например, психолог), условия их участия в беседе, также Протокол включает материалы, которые медицинский работник должен передать семье (памятки, контакты помогающих организаций), речевые модули (примеры фраз, которыми может воспользоваться врач при объявлении диагноза для соблюдения этики и максимальной поддержки семьи). При этом важно отметить, что обязательным элементом внедрения Протокола сообщения диагноза должна стать соответствующая подготовка врачей этике сообщения диагноза в рамках системы непрерывного медицинского образования, а также возможность врачей участвовать в

тренингах по этике сообщения диагноза с тем, чтобы навыки соблюдения требований Протокола были максимально отработаны.

В настоящее время мы наблюдаем тенденцию к нормативному закреплению практики сообщения диагноза с учетом этических норм и с обязательной маршрутизацией семьи в помогающие организации, в том числе организации, оказывающие раннюю помощь. В 12 субъектах Российской Федерации приняты протоколы сообщения диагноза в случае рождения ребенка с синдромом Дауна, а с 2022 года уже в 13 регионах внедрены универсальные протоколы, регулирующие порядок сообщения диагноза независимо от нозологии и возраста ребенка. Стоит отметить, что в части региональных Протоколов отсутствуют нормы об обязательном проведении обучения врачей этике сообщения диагноза (Калужская область), в ряде субъектов, согласно Протоколу, психолог может быть привлечен к беседе по желанию родителей (законных представителей) ребенка, но только в том случае, если данный специалист есть в штате медицинской организации (Пермский край). Но есть регионы, закрепившие на уровне субъекта все необходимые элементы протокола сообщения диагноза: обучение врачей этике сообщения диагноза, возможность привлечения психолога, обязательную маршрутизацию семей в помогающие организации и т. д. (Республика Башкортостан). Практика внедрения протоколов сообщения диагноза в регионах складывается неоднородно, но исследования, проведенные общественными родительскими организациями в субъектах Российской Федерации (РОРДИ «Дорогою добра», БФ «Даунсайд Ап»), показывают, что случаи нарушения медицинскими работниками этики и деонтологии существенно сократились, увеличивается количество семей, получивших психологическую помощь и поддержку. Так, в субъектах Российской Федерации, где был принят Протокол сообщения диагноза в случае рождения ребенка с синдромом Дауна в два раза выше доля семей, получивших предложение по оказанию психологической помощи. В Свердловской области за все время действия в регионе Протокола с 2018 по 2022 гг. было зафиксировано всего два отказа от ребенка с синдромом Дауна.

Главная задача на сегодня – внедрение Протокола сообщения диагноза с учетом всех нозологий и всех возрастов в максимальном количестве субъектов Российской Федерации с учетом наиболее эффективных региональных практик, что позволит снизить риски отказа родителей от детей с нарушениями развития, будет способствовать своевременной маршрутизации семей в различные помогающие организации, в том числе организации, оказывающие услуги ранней помощи, и повысить качество жизни таких семей.

Пути принятия «особого» ребенка

Голубева Н.А., педагог-психолог ГБОУ Центра «ЛИРА», ТПМПК, СРП Георгиевского городского округа

<https://solncesvet.ru/opublikovannyye-materialyi/puti-prinyatiya-osobogo-rebenka.7514294629/>

Каждый ребенок уникален и неповторим. У каждого есть свои достоинства и недостатки, сильные и слабые стороны. Очень важно принять своего ребенка таким, какой он есть! Принятие развивает у ребенка чувство безопасности, уверенности, способствует полноценному развитию личности. Процесс принятия «особых» детей не у всех родителей проходит быстро и успешно, даже если ребенок имеет незначительные нарушения в развитии: суетлив, молчалив, боязлив, если нарушено звукопроизношение, внимание, память и т.д.

А если ребенок с особыми потребностями, с тяжелыми или множественными нарушениями, то очень сложно принять диагнозы, создать ему безопасную среду, определенные специальные условия для жизни и развития. Когда родители узнают о том, что их ребенок не такой, как большая часть других детей — это, конечно же, горе для любой семьи.

Психологи выделяют несколько этапов горевания. Они могут длиться разные периоды и сменять друг друга или существовать одновременно. Но все это нормальная реакция человека на трагические новости, это определенные защитные механизмы человеческой психики при адаптации к проблеме.

Поэтому, прежде чем принять ребенка и оказывать ему полноценную помощь, родители проживают следующие этапы или стадии.

Стадии принятия семьей «особого» ребенка.

1. Стадия шоковой реакции, отрицание (хаос во внутреннем мире матери, отца - «этого не может быть», «почему я?», «за что?»)

Стадия отрицания характеризуется тем, что родители, не желая замечать нарушений в развитии ребенка, давят на него, принуждая быть, как все, делать то, что ему не по силам. Родители могут отказываться от психолога – педагогической поддержки и бесконечно ходить по врачам, добиваясь приемлемого для них диагноза.

2. Злость.

Когда человек осознает, что изменения реальны, отрицание переходит в злость, которая может быть направлена совершенно в разные стороны. Родители начинают испытывать чувства вины или агрессии, могут необоснованно обвинять себя, других и даже Бога в том, что так произошло.

3. Торг или сделка.

На этой стадии родители начинают верить в чудодейственное исцеление. Они уверены, что если приложат максимум усилий в реабилитации ребенка или примут участие в каком-нибудь добром деле, состояние ребенка чудесным образом улучшится. Это своеобразная попытка отложить неизбежное.

4. Депрессия.

Со временем, когда родители понимают, что чудесного исцеления не произойдет и гнев не может изменить состояние ребенка, приходит чувство подавленности, разочарования, опустошенности. Гаснет интерес к жизни, родители впадают в депрессию. Такая реакция может означать, что взрослые начинают признавать реальность нарушений, и это - поворотный пункт процесса адаптации.

*5. Адаптация к диагнозу, **принятие или смирение.***

Только на этой стадии происходит принятие ребенка и себя в новом статусе, понимание ситуации и, наконец-то, оказание помощи ребенку. Такое состояние нельзя назвать счастливым. Это скорее покорное принятие, смирение. Но именно теперь родители способны:

- спокойно говорить о проблемах ребенка;
- сотрудничать со специалистами и совместно с ними составлять индивидуальные планы развития своего ребенка;
- не проявлять по отношению к ребенку гиперопеку, чрезмерную и ненужную строгость.
- родитель ориентируется на потребности и возможности ребенка
- способны иметь личные интересы, не связанные с ребенком.

Все чувства и эмоции по дороге от «отрицания» до «принятия» нормальны в течение года. Если по истечении этого срока принятие так и не произошло, то рекомендуется обратиться за помощью к специалисту-психологу, чтобы стабилизировать свое эмоциональное состояние, принять сложившуюся ситуацию, найти внутренние ресурсы для дальнейшей жизни и создания необходимых условий для развития особого ребенка.

Большинство родителей описывают принятие как нестабильный процесс, как нечто, что приходит и уходит. И речь идет не только о принятии особенностей ребенка, но и принятия того, что изменилась жизнь в целом. Часто родителям кажется, что жизнь закончилась и ничего из того, о чем они мечтали, уже не случится. Но это не так!

Многое из того, что кажется невозможным и невероятным вначале — становится потом совершенно реально! Постепенно появятся новые мечты.

Самое главное постараться **не отказываться от социальных связей**, не оставаться один на один со своей проблемой. Очень важно найти людей, с которыми можно открыто говорить о своих чувствах, даже о самых, неприемлемых и ужасных. Кроме этого, нужно постараться найти **единомышленников**, то есть людей, у которых тоже есть особые дети. Это очень сильный ресурс.

Эти люди смогут вас понять, поделиться опытом, посоветовать специалистов для развития особых детей, рассказать, как они справляются со своими чувствами. Такая поддержка непременно ускорит процесс принятия особенностей ребенка.

Получая новые знания, опыт, *родителям важно постоянно заботиться о себе*, не запрещать себе быть самим собой, научиться выражать возникающие негативные чувства безболезненно для окружающих. Это, пожалуй, самый главный путь к принятию ребенка. Важно быть уверенными в себе, уравновешенными, доброжелательными. *Дети подсознательно считывают уверенность родителей и чувствуют себя защищенными*.

В спокойном состоянии родитель сможет понятно объяснить другим людям, как общаться с их ребенком и в чем конкретно заключается его особенность.

Со временем придет понимание того, что существующие отклонения в развитии — это всего лишь одна сторона малыша. Если не концентрироваться на ней, то можно найти и достоинства ребенка, делающие его неповторимым.

Методы гармонизации детско-родительских отношений разнообразны. Можно предложить некоторые психологические упражнения, игры на принятие своего ребенка.

Упражнение «Зато мой ребенок...»

Цель: развитие установки на позитивное восприятие своего ребенка.

Инструкция: «Давайте объективно посмотрим на ребенка со всех сторон и перечислим его недостатки и достоинства.

Для этого лист бумаги нужно разделить на 2 части. С одной стороны напишите минусы вашего ребенка, а с другой - все его плюсы».

Наблюдайте за **собой**, что сразу приходит в голову, что легче писать - минусы или плюсы. На стадии Принятия обе колонки будут заполняться равномерно, плюсов должно быть больше, чем минусов.

Теперь зачитываем написанное, вставляя между минусами и плюсами слово «зато».

Например: «Мой сын Илья не разговаривает, зато он понимает меня и использует жесты". "Мой ребенок не играет с другими детьми, зато он хорошо различает цвета и складывает пирамидку". "Мой ребенок почти не двигается, зато у него добрая улыбка"...

Упражнение «Похвала»

Цель: гармонизировать ДДО, создать позитивный настрой на совместную деятельность.

Хвалить надо как ребенка, так и себя. Задумайтесь, как часто вы себя хвалите? Многие родители говорят "Никогда", "Не помню", а ведь Похвала создает положительный эмоциональный фон и чем ее больше, тем быстрее идет развитие ребенка, тем увереннее родитель в своих воспитательных функциях. Хвалить можно по-разному:

- «Здорово!», "Хорошо", "Интересно", "Необычно" (похвала без обозначения конкретных действий).

- «Ты — моя умница, хорошая девочка» (общая похвала, которая дает ребенку уверенность в безусловной родительской любви)

- «Какой ты Молодец, построил башенку». "Ты у меня такой добрый, погладил котенка" (общая похвала + похвала за конкретные действия).

Похвала, с обозначением конкретных действий, способствует закреплению навыков и побуждает ребенка выполнять определенные действия. И дети, и родители испытывают при этом положительные эмоции.

Еще несколько примеров:

- «*Красивый получился домик!*» (похвала с обозначением конкретных действий).

- «*Как удобно ты сидишь за столом!*» (похвала с обозначением конкретных действий).

- «*Мне нравится, когда ты со мной рядом*» (похвала с обозначением конкретных действий).

Так можно одобрить любое совершенное действие, но можно хвалить себя, ребенка, когда еще ничего не сделано. Такая похвала называется Предвосхищающая. Она направляет действия ребенка в нужное русло, развивает мотив. Ребенок скорее выполнит просьбу маму, задание, если его заранее похвалили. *Н-р, Родитель спрашивает: "Где машинка?". Ребенок побежал куда-то. Взрослый хвалит: "Вот молодец сразу меня услышал, уже побежал искать!"*.

- *Родитель зовет: "Иди ко мне". Ребенок пошел в другом направлении. Как похвалить в таком случае, ведь хочется сразу окрикнуть его, схватить, тянуть к себе. Возможен такой вариант похвалы: "Правильно ты понял, что надо идти, но я здесь – ку-ку!" При этом похлопать, позвенеть, прикрыть лицо ладонями, привлекая внимание ребенка.*

Родителям следует также пользоваться невербальными знаками выражения похвалы, например, аплодировать ребенку, прикасаться к нему и поглаживать его, улыбаться и применять выразительные интонации, позволяющие передать восторг и одобрение.

Упражнение «Подстройка»

Цель: понять и принять особенности ребенка, способствовать его развитию.

Если у ребенка есть навязчивые движения (раскачивания, похлопывания, какие-либо однообразные действия с предметами), то их не стоит запрещать и ругать. Принимать ребенка – значит быть с ним на одной волне, подстроиться и делать как он, повторять действия ребенка, дополнительно озвучивая их или расширяя поле деятельности.

Н-р, ребенок раскачивается, как неваляшка. Взрослый начинает тоже раскачиваться, напевая "дин-дон", привлекая внимание ребенка, развивая его речь.

Н-р, Ребенок выстраивает машинки в ряд – взрослый ставит и свою, приговаривая "би-би" и едет по дорожке, развивая игровые навыки.

Тактильные игры.

Цель: сблизиться с ребенком, формируя у него чувство безопасности.

Чтобы быстрее принять ребенка, нужно сократить дистанцию с ним (присесть, посадить на колени, обнять). В этом помогут тактильные игры:

Н-р, на коленях взрослого ("Ехали-ехали"), на ногах взрослого ("Мы шагаем-топ-топ"), кружения различным способом ("Самолетик"), игровой массаж ("Рельсы-шпалы") и др.

Игр, упражнений много. Любые из них будут полезны для гармонизации детско-родительских отношений.

Главное помнить о том, что, каким бы ни был ваш ребенок, он— **личность**, со своим характером, темпераментом, эмоциями и чувствами.

А родители — это самые дорогие и любимые люди в его жизни, самая главная опора и поддержка для него.

Психологическая поддержка родителей детей с ОВЗ при эмоциональном выгорании

Прохорова М.Л., педагог-психолог, Институт физиологии имени И. П. Павлова РАН (г. Санкт-Петербург)

<https://moluch.ru/archive/515/112995/>

На данный момент уровень детей с ОВЗ в нашей стране увеличивается с каждым годом. Так по данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2018 год в Российской Федерации числится 651 043 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет. С каждым годом число детей данной категории значительно увеличивается, на 1 января, согласно данным Федеральной службы государственной статистики, число детей с ОВЗ составляет 721 827 детей.

Приведенные выше данные указывают на необходимость специализированной помощи детям с ОВЗ и их родителям. Воспитание ребенка с ОВЗ — порой сложные и во многом трудноразрешимые задачи, которые стоят перед родителями особенных детей. Решение этих задач, сопряжено с большими физическими и психологическими затратами, в результате которых у родителей может возникнуть чувство безысходности и нервного истощения, а это в свою очередь приведет к синдрому эмоционального выгорания.

Хочется отметить, что, прежде всего важным в своей работе психолога считаю помощь родителям детей с ОВЗ при эмоциональном выгорании. Только в данном случае можно будет говорить, о полноценной помощи детям с ОВЗ. Так как, на мой взгляд, если родители научатся правильно реагировать эмоционально на сложившуюся ситуацию, то и смогут найти правильный подход к ребенку, а это в свою очередь будет способствовать гармоничному развитию ребенка с ОВЗ.

В настоящее время интерес к проблеме эмоционального выгорания у родителей детей с ОВЗ значительно вырос, хочется сказать, что понятие «эмоционального выгорания» в отечественной литературе появилось относительно недавно, в то время как за рубежом данное понятие используется более 30 лет.

Впервые понятие «синдром эмоционального выгорания» в науку ввел американский психиатр Герберт Фрейндербергер в 1974 году. Данный синдром описывается, как психологическое и физическое истощение организма, на проблемы, а именно эмоциональное истощение.

Существует ряд симптомов, которые помогают определить присутствие у человека данного синдрома:

1. Физические: повышенное давление, головные боли, сексуальные дисфункции, снижение иммунитета;
2. Эмоциональные: чувство вины, апатия, снижение самооценки, страхи, ощущение без надежности, отсутствие жизненных перспектив, недоверие, цинизм, подозрительность и т. д.;
3. Поведенческие: отказ от собственных потребностей, отстраненность от окружающих и общения с ними, зависимость от алкоголя и никотина, импульсивное эмоциональное поведение;
4. Интеллектуальные: ригидность мышления, снижение внимания, неспособность выполнять более сложные инструкции;
5. Социальные: ограничение контактов с окружающими (друзья, родственники), потеря интереса вокруг происходящего.

Особую группу людей подверженных «синдрому эмоционального выгорания», составляют родители детей с ОВЗ, так как они больше, чем кто-либо другой сталкиваются с рядом социально-психологических факторов:

Внешние факторы:

- Стигматизация общества;
- Смещение понятия нормы в сторону идеала;
- Постоянная гонка со временем;
- Жизнь в режиме «супермамы (папы)»;
- Неопределенность в будущем;
- Социальная изоляция.

Внутренние факторы:

- Симбиоз родителя и ребенка;
- Практическое отсутствие надежды на улучшение.

Внутриличностные факторы:

- Работа защитных механизмов организма;

- Высокое утомление;
- Стадия принятия ситуации как данность;
- Изолированность и одиночество как привычка.

Жизнь родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, в условиях недостаточного внимания со стороны государства, настороженно отношения общества к данной проблеме, отсутствие ясной картины будущего, порой безрадостная и тревожна.

Недостаток информации о причинах заболевания, приводит к сильной тревоге и страхами родителей особенных детей и переосмысление жизненных планов.

Наиболее важным в работе психолога с родителями детей с ОВЗ, при эмоциональном выгорании составляет просветительская, консультативная и коррекционная формы работы.

В ходе данных форм работы у родителей появляется чувство принятия и защищенности, меняется понимание происходящего и принятие своего ребенка. Родители смотрят на ситуацию по-другому, за счет знаний, которые появляются в процессе работы с психологом.

В процессе работы с родителями детей с ОВЗ, имеющих эмоциональное выгорание, одной из ключевых является работа по налаживанию детско-родительских отношений при помощи коррекционных занятий и специально подобранных методов.

С точки зрения Е. Г. Силяевой, психологическая помощь семьям детей с ОВЗ должна включать в себя несколько направлений:

- Создание всевозможных «родительских клубов», которые будут выступать в качестве «разрядки» среди родителей детей с ОВЗ. Это то место, куда родитель особо ребенка может прийти в поиске поддержки, внимания и принятия. Там, где человека выслушают и дадут ценные рекомендации. Та зона комфорта, которая будет способствовать профилактике эмоционального выгорания;
- Информационное обеспечение родителей детей с ОВЗ: издание различной литературы, связанной с проблемой воспитания детей с ОВЗ, та литература, которая сможет помочь родителям в понимании проблемы воспитания особенного ребенка.
- Литература, направленная на освещение опыта родителей с похожей жизненной ситуацией;

– Помочь определить родителям «свой стиль воспитания», который должен быть подобран индивидуально и дифференцированно к каждой семье особенного ребенка. Помочь родителям осознать и принять ситуацию целиком и показать способы взаимодействия с особенным ребёнком.

В. В. Ткачева считает, что в ходе коррекционной и профилактической работы с родителями детей с ОВЗ при эмоциональном выгорании психологу важно решить такие задачи, как:

– Коррекция поведения матери, а именно коррекция не конструктивного стиля воспитания своего особенного ребенка;

– Обучение родителей пониманию проблемы, а именно помочь принять проблему и способов работы с ней;

– Коррекция взаимоотношений с ребенком, правильных форм эмоционального поведения;

– Коррекция внутреннего психологического состояния родителей: обучить «принятию» своего ребенка, радоваться «маленьким» успехам ребенка.

Исходя из выше сказанного, важно понимать, что психологическая помощь родителям детей с ОВЗ, при эмоциональном выгорании, должна быть комплексной, а именно напыренной на полноценное психологическое и физическое благополучие как родителей, так и детей с ОВЗ. Хочется отметить, что психологическая помощь будет результативной если:

– Сформировать у родителей адекватного отношения к ребенку (изменение родительских установок и познаний); Совместные игры с ребенком, театрализованное занятие, куклотерапия, сказкотерапия.

– Снизить эмоциональный дискомфорта в связи с заболеванием ребенка;

Аутогенные тренировки (И. Шульца) самовнушение и позитивные установки, методы релаксации, медитативные техники, цветотерапия, арт-терапия.

– Укрепить уверенности родителей в возможности ребенка; Совместные работы и выставки поделок, совместные творческие занятия, фотоконкурсы.

– Обучить адекватным детско-родительским способам отношений и стилей семейного воспитания (обучение самостоятельному нахождения нужных форм эмоционального реагирования).

– Обучить распознавать свои эмоции через лепку (глина, пластилин), рисование «упражнение изобрази свое настроение» (набор «Эбру»).

В ходе работы всегда следует основываться на полном принятии и эмпатии родителей и их особенных детей. В своей работе психолог обязан исключить «ярлыки» и полностью встать на сторону родителей и их особенного ребенка. Помочь найти те способы взаимодействия между родителем и ребенком, чтобы они помогли самостоятельно родителям особенных детей использовать в своей жизни.

Семейно-ориентированный подход: что это такое?

«Современные подходы к организации ранней помощи», подготовили эксперты Ассоциации профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи, а так же специалисты и преподаватели Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства».

развитие-рк.рф/wp-content/uploads/2023/03/ПОСОБИЕ-Современные-подходы-к-организации-ранней-помощи.pdf

Обширные исследования, проведенные в области эффективности программ раннего вмешательства, привели к признанию семейно-ориентированной практики, как наиболее соответствующей потребностям ребенка и семьи и, следовательно, рекомендуемой практикой. Фактически с 1993 года большинство авторов признает семейно-ориентированную практику наиболее эффективным подходом в раннем вмешательстве, имеющим наиболее устойчивый эффект в средней и долгосрочной перспективе (Guralnick, Michael J., 2011).

Семейно-ориентированный подход определяется как философия и набор практик, которые признают центральную роль семьи, ее сильные стороны и возможности (Dunst, 2005). При таком подходе признается и уважается ключевая роль семьи, а семья рассматривается, как основная единица программы вмешательства, ключевой элемент в процессе принятия решений и в обеспечении ухода за ребенком.

Семейно-ориентированный подход широко упоминается в литературе, и можно встретить его многочисленные описания. Но решающую роль в формулировании его основополагающих принципов сыграли Dunst и его сотрудники. Принципы, сформулированные этой группой ученых, представлены ниже (Dunst, 2007):

1. С семьей и всеми ее членами всегда обращаются с достоинством и уважением.
2. Специалисты чутко реагируют на культурные, этнические и социальноэкономические особенности семьи.
3. Семья принимает участие во всех решениях, которые происходят на всех этапах реализации программы вмешательства.
4. Специалисты предоставляют семье полную, точную и неискаженную информацию, необходимую для принятия семьей осознанного решения.

5. При разработке программы вмешательства акцент ставится на желаниях семьи, ее приоритетах и потребностях.
6. Поддержка, ресурсы и услуги предоставляются семье деликатно, гибко и индивидуально.
7. Для достижения результатов, важных семье, используется широкий спектр неформальной, общественной и внешней поддержки и ресурсов.
8. Специалисты опираются на сильные стороны, навыки и интересы ребенка, а также на интересы родителей и семьи в качестве основного ресурса улучшения функционирования семьи.
9. Отношения «специалист-семья» характеризуются партнерством, основанном на взаимном доверии и уважении, а также совместном решении проблем.
10. Специалисты используют методы оказания помощи, которые поддерживают и укрепляют функционирование семьи.

Далее представлены и объяснены ключевые характеристики семейно-ориентированного подхода.

Характеристика 1. Оказание помощи семье на основе семейно-ориентированного подхода, ставит семью в центр программы помощи и предполагает изменение парадигмы того, как предоставляются услуги ребенку и семье. Способность специалиста стать ориентированным на семью требует от него пересмотра ценностных моделей и представлений о семье, включая пересмотр его собственной роли, как поставщика услуг.

ЗАДУМАЙТЕСЬ, появился Коперник и перевернул действительность - он поместил в центр вселенной не землю, а солнце. Его заявление вызвало глубокий шок. Земля больше не была центром, это была планета, как и другие планеты солнечной системы. Новая информация потребовала полного изменения философской концепции вселенной. Это событие называют «Коперниканской революцией». Давайте остановимся и подумаем, что произойдет, если Коперниканская революция произойдет в области раннего вмешательства.

Представьте себе раннее вмешательство это центр, а семья вращается на орбите вокруг него. А теперь представьте, семья – это центр вселенной, а раннее вмешательство – одна из многих планет, вращающихся вокруг нее. Видите разницу? Это и есть революционные изменения. Такая революция

приводит нас к новому восприятию ситуации и взгляду на систему помощи (Kyzar, Kathleen & Turnbull, Ann & Summers, Jean & Aya, Viviana 2012).

Ранняя помощь – это услуга для семьи и поэтому отталкивается она от потребностей семьи. Для этого специалисты изучают запрос семьи, обсуждают с родителями их ожидания, направляют внимание на те трудности, о которых говорят родители. Специалисты совместно с семьей обсуждают направления и цели программы помощи, спрашивают, насколько родители готовы и имеют ресурсы достигать целей. Таким образом, определение приоритетов и целей семьи становится первым шагом в семейно-ориентированной программе. По-настоящему реализация программы, учитывающей то, что родители считают важным для себя и всей семьи, будет более эффективной и продуктивной, потому что семья естественно мотивирована и будет более открыта для работы над ней.

Характеристика 2. Традиционно система помощи детям с нарушениями развития была сосредоточена исключительно на ребенке. Специалисты отвечали за выявление факторов риска, разработку и реализацию программы помощи. Специалисты считались экспертами в определении потребностей ребенка и планировании стратегий работы, в то время как родители проходили «обучение» и следовали указаниям специалистов (McWilliam, 2010). Современный взгляд на раннюю помощь говорит нам, что единица программы ранней помощи – это семья. Семейно-ориентированный подход учитывает потребности членов семьи, помимо потребностей ребенка, следуя теории о том, что то, что влияет на одного члена семьи, влияет и на остальных (McWilliam, 2010). Поэтому, если, например, мама находится в послеродовой депрессии, это может повлиять на развитие ребенка. Если семья оказалась на грани финансовой катастрофы, это может повлиять на качество общения родителей между собой, что в свою очередь также скажется на развитии ребенка. Таким образом, семейноориентированный подход направлен на удовлетворение потребностей не только ребенка, но и всей семьи, например, путем оказания помощи родителям в получении необходимой информации, оформлении пособий, получении для ребенка статуса «инвалид», или получении психологической поддержки и т. д.

Характеристика 3. Специалисты и семья работают, как партнеры и сотрудники. Поскольку целью семейно-ориентированного подхода является развитие сильных сторон семьи, содействие их чувству контроля над принимаемыми решениями и участию в процессе, роль специалистов заключается в предоставлении семьям необходимой информации, чтобы

родители могли принимать осознанные решения и, что более важно, от специалистов требуется неизменное уважение этих решений во время реализации программы помощи. Специалисты таким образом выстраивают взаимодействие с семьей, чтобы она могла полноправно участвовать во всех этапах реализации индивидуальной программы ранней помощи. Семья активно участвует в проведении оценочных процедур, определяет приоритеты среди намеченных целей, участвует в создании плана действий и выполняет то, что они считают более подходящим для себя и своих детей. В общем, родители являются активными партнерами в развитии и осуществлении процесса помощи, принимая на себя руководящую роль и ответственность.

Безусловно, чтобы семья стала полноценным партнером и сотрудником, специалистам необходимо изменить стратегии взаимодействия с семьей. На первый план выходят наделение семьи силой и правом принимать решения, передача семье ответственности за принятые решения, предоставление полной информации, чтобы решения семьи были обоснованными, возможность открытых обсуждений, уважение решений семьи, оказание максимальной поддержки в достижении результатов, разделение беспокойств. А это требует от специалиста отказа от авторитарной позиции и перехода к позиции «равный».

Во всем мире во взаимодействии специалистов с семьей происходит закономерный переход от модели взаимодействия с ведущей ролью специалиста к семейно-ориентированной модели, когда между специалистом и семьей выстраиваются равные партнерские отношения.

Давайте рассмотрим основные этапы становления семейно-ориентированного подхода, основанного на партнерстве, это поможет специалистам понять, в какой модели они сейчас работают.

В своем докладе профессор Хеннинг Рюе (2001) описывает следующие этапы:

Этап 1. Профессионально - центрированный подход (1940-1970 года)

– профессионалы (специалисты), ориентируясь на жалобы семьи, начинают свою «работу»: они проводят диагностику проблем у ребенка и назначают «лечение»;

- «лечебный процесс» также осуществляют профессионалы, и проходит он в кабинете в учреждении, часто курсом по 10-20 процедур с дальнейшим значительным временным промежутком в «лечении»;
- семья не принимает участия в «лечении», ее задача доставить ребенка и подождать за дверью;
- в процессе «лечебного процесса» родителям даются советы для ежедневного ухода за ребенком, при этом советы носят общий и абстрактный характер, их трудно выполнить в ежедневной ситуации;
- заканчивается «лечение» тем, что родители получают итоговые рекомендации в письменном виде, значимость их поясняется родителям не часто.

То есть семья при таком подходе является в истинном смысле слова «потребителем» услуги, не включенными в процесс ее получения, но имеющими итоговый результат.

Этап 2. Семейно – ориентированный подход при ведущей роли профессионалов (1970-1980 года)

- профессионалы продолжают самостоятельно проводить диагностику, появляется компонент объяснений результатов диагностики родителям;
- в основе составленной программы занятий лежат знания профессионалов о том, как все должно быть, родители могут ознакомиться с программой;
- профессионалы отвечают за выполнение всех развивающих мероприятий;
- родители начинают в большей степени включаться в процесс, они могут присутствовать на занятиях, которые проводит специалист;
- специалист дает семье четкие предписания, что нужно делать с ребенком дома, требует выполнения предписаний, часто неудачи списывает на то, что «не занимались или занимались мало»;
- занятия со специалистом могут длиться 6 и более месяцев, однако оценку эффективности работы также проводит специалист, поясняя родителям достигнутые эффекты. При таком подходе семья продолжает быть «потребителем» услуги, получателем результата, но не имеет возможности влиять на процесс.

Этап 3. Семейно – ориентированный подход, позволяющий строить партнерские отношения с семьей (1990 - ...). Службы помощи начинают поощрять семьи к активному участию в развивающем процессе, помогая семье вставлять (встраивать) развивающие или помогающие стратегии в режимные моменты семьи. Родители - это те, кто реально обеспечивает и реализует программу помощи в семье. Они творчески приспособливают их жизнь с ребенком так, чтобы способствовать развитию ребенка, одновременно координируя потребности ребенка и собственные потребности.

Главные изменения, по сравнению с предыдущим подходом:

- отказ профессионалами от покровительствующего отношения к родителям;
- профессионалы включают членов семьи в описание и определение природы трудностей ребенка;
- точка отправления для программы помощи – потребности ребенка и семьи, а не модели или теории профессионалов;
- сама семья представляет себя, как важных людей в усилиях помочь ребенку, семья берет на себя ответственность за обучение и развитие ребенка;
- семья активно включена в оценку эффективности программы помощи в отношении ее достаточности и осуществимости.

В системе оказания помощи ребенку и его семье появились и используются такие новые понятия, как:

- «уполномочивание» - профессионал в работе с семьей стремится сохранять и развивать у родителей чувство уверенности в себе и в своей способности к действиям в повседневной жизни;
- «предоставление возможностей» - создание для семьи возможности отыскать и выстроить их собственные ресурсы и способности, чтобы справляться с проблемами и нуждами ребенка;
- «родительское участие» - позитивное отношение профессионалов к активной работе с родителями (взаимное уважение, взаимная открытость в отношении чувств и отношений, обмен опытом и знаниями, обсуждение, чтобы найти выход, с которым каждый согласен);

– изменение представлений о роли детей в их собственном развитии: до 50-х годов представление о ребенке как пассивно воспринимающем информацию из окружающего мира.

С 60-х годов понимание того, что дети активно постигают, организуют, отбирают, обрабатывают информацию и их собственный опыт, исследуют их отношение к окружающей среде и являются равным партнером другому человеку в процессе обучения. Таким образом, семейно-ориентированная программа ранней помощи основывается на выявленных потребностях семьи, ориентируется на потребителя, а не на потребности и цели, определенные специалистами.

Характеристика 4. Методы программы ранней помощи индивидуальны для каждой семьи. Как это вытекает из приоритетов, установленных семьей, план программы вмешательства должен обязательно отражать специфику каждой семьи. Каждая семья уникальна, и именно эта семья имеет последнее слово в отношении того, какой из доступных вариантов помощи будет самым оптимальным. Таким образом, нет единого лекала для программы ранней помощи, как в «одежде массового производства». В семейно-ориентированном подходе «один и тот же размер подойдет не каждому!» (McWilliam, 2010), и поэтому каждая программа ранней помощи должна подбираться индивидуально, как «одежда от кутюр».

Итоги

Семейно-ориентированный подход: что это? – семья считается ключевым элементом в ранней помощи и в процессе принятия решений о ее содержании – Индивидуальная программа ранней помощи строится на сильных сторонах ребенка и семьи – вся семья составляет единицу программы помощи и индивидуальна для каждой семьи – специалисты и семья работают в партнерстве и сотрудничестве – Индивидуальная программа ранней помощи отвечает приоритетам и целям семьи, специалисты рассматриваются как посредники, поддерживающие семью

Раздел 2. Семейно-ориентированный подход: почему?

Самый обширный опыт и возможности для обучения в повседневной жизни 22 ребенок получает в семейной жизни. Качество опыта, передаваемого от родителей, оказывает значительное влияние на развитие ребенка, независимо от количества и качества игрушек и материалов,

которые есть у него дома или доступны в образовательных и терапевтических учреждениях.

Фактически, семья является основной организационной структурой в развитии ребенка (Bronfenbrenner, 2009), и именно благодаря взаимодействию со своими родителями ребенок развивает основные представления о мире, о себе самом и о других людях. Gerald Mahoney, Frida Perales (2019) приводят три аргумента в доказательство того, что решающее значение в развитии детей имеют родители (биологические или приемные): Во-первых, между родителями и ребенком имеется специальная эмоциональная связь, которую практически невозможно разорвать. Эта связь наделяет родителей уникальной ролью – быть наиболее сильным фактором, влияющим на жизнь маленького ребенка, даже, если время, которое они проводят с ребенком ограничено, потому что они работают.

Во-вторых, обучение и развитие детей – непрерывный процесс, который происходит в любой ситуации, в которую дети активно вовлечены. Маленькие дети усваивают новую информацию и новые навыки, когда они просыпаются утром, едят завтрак, принимают ванну, играют с родителями, едут в машине. Уникальная родительская способность влиять на развитие их детей заключается еще и в том, что они есть там и тогда, когда ребенок готов учиться.

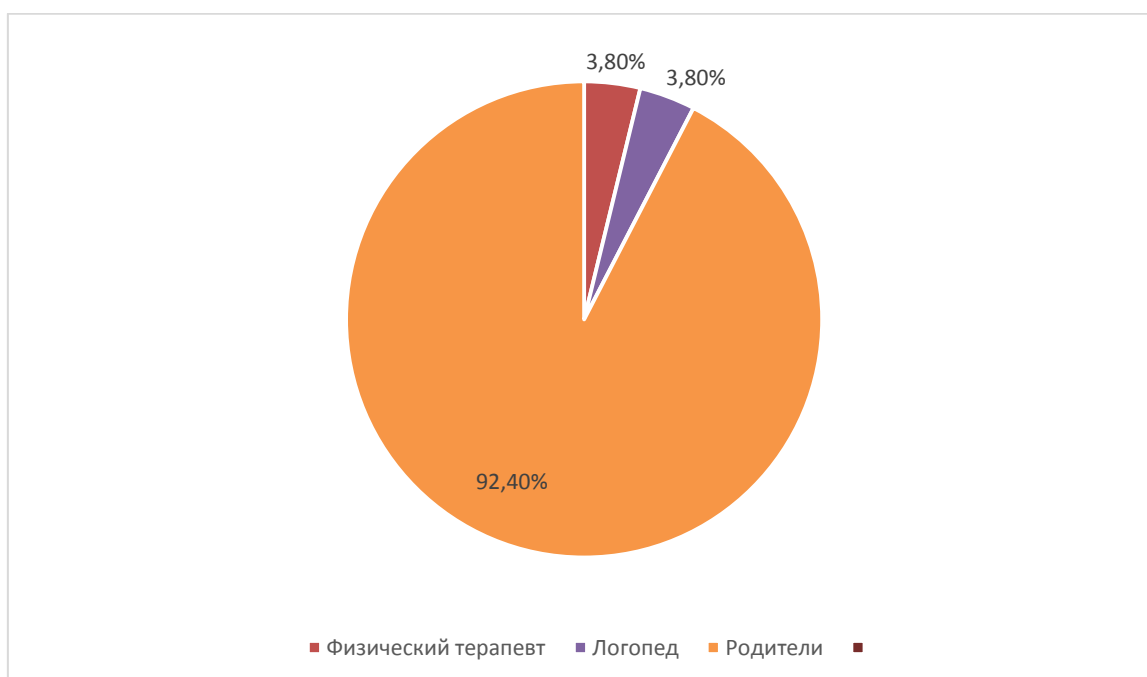
В-третьих, возможности родителей взаимодействовать с детьми и влиять на их развитие намного больше, чем возможности любого профессионала. Этот эффект подтверждается фактом, что большинство родителей постоянно присутствуют в жизни их детей в течение первых трех лет жизни.

Далее в таблице можно сравнить количество времени, которое проводит с ребенком во взаимодействии «один на один» специалист ранней помощи и мать ребенка Gerald Mahoney, Frida Perales (2019). Данная таблица позволила авторам подсчитать количество времени, в течение которого специалисты и родители могут влиять на развитие ребенка. Они допустили, что ребенок получает занятия физического терапевта и логопеда. С физическим терапевтом он встречается 1 раз в неделю, время взаимодействия «один на один» на занятии составляет 30 минут. Количество взаимодействий в минуту 10. Если ребенок посещает занятия 30 недель в году, то количество взаимодействий составляет 9000. Аналогично был произведен подсчет количество взаимодействий в год ребенка с логопедом и составил 9000. Если же допустить, что мать ухаживая за ребенком тратит на взаимодействие с

ним 1 час в день, 7 дней в неделю, когда ухаживает, общается и играет с ребенком, то количество взаимодействий в год составит 220 000.

Контекст взаимодействия	Специалист 1 Занятие с ребенком 1 раз в неделю	Специалист 2 Занятие с ребенком 1 раз в неделю	Мать / основной ухаживающий 1 час в день 7 дней в неделю, когда мать держит ребенка, играет с ним, общается, кормит, переодевает
Время взаимодействия «один на один» в неделю	30 минут	30 минут	420 минут
Количество недель (занятий) в году	30	30	52
Обучающие взаимодействия в минуту	10	10	10
Обучающие взаимодействия в год	9000	9000	22000
Процент возможности влиять на развитие ребенка в год	3.8%	3.8%	92.4%

Рисунок ниже показывает процентное соотношение количества взаимодействий с ребенком специалистов и матери и объясняет, почему родители имеют намного больше возможности влиять на развитие и обучение ребенка.



То же самое происходит с родителями детей с нарушениями в развитии или группы риска. Они также играют важную роль в социальном и эмоциональном развитии и функционировании своих детей. И даже несмотря на то, что на результаты развития детей с нарушениями влияют характер или степень тяжести их состояния или нарушения, родители являются основным фактором изменений для этих детей и продолжают оставаться таковыми, даже когда детям оказывается поддержка специалистов ранней помощи (Guralnick, 2011).

Поэтому специалисты не должны забывать, что именно семья несет ответственность за ребенка и, что именно семья будет сопровождать ребенка в течение его жизни, с детства до взрослой жизни. Любой специалист, оказывающий услуги детям, всегда должен в первую очередь учитывать, что семья является постоянным элементом в жизни ребенка, в то время как специалисты и службы постоянно меняются. Поэтому родители должны быть ключевым элементом в любой программе ранней помощи, потому что это единственный способ достичь результатов, которые будут продолжаться в среднесрочной и долгосрочной перспективе, даже после прекращения сопровождения специалистами.

Специалист, обладающий знаниями, понимает, что именно родители действительно несут ежедневную и постоянную ответственность за ребенка, и родители не могут быть заменены профессионалами, которые время от времени оказывают родителям и ребенку поддержку.

Как упоминает Dunst (2007), программа раннего вмешательства, осуществляемая специалистом без участия родителей, в искусственном окружении, один час, два раза в неделю, в течение 50 недель, составляет только 3-4% времени, в течение которого двухлетний ребенок не спит. Фактически, программа вмешательства, осуществляемая специалистами без родителей, дает такой небольшой познавательный опыт, что вероятность существенного изменения в 25 развитии ребенка минимальна, как показано на схеме и в таблице.

Таким образом, можно сделать вывод, что, даже если у родителей есть только 1 час в день, чтобы побыть со своими детьми, они по-прежнему оказывают наибольшее влияние на развитие своих детей.

Если, помимо количества взаимодействия, мы также учитываем его качество - поскольку ребенок устанавливает наиболее значимые отношения со своими родителями по сравнению со специалистами - легко сделать вывод, ЧТО

является наиболее мощным источником влияния на развитие и благополучие ребенка.

То есть, чтобы содействовать развитию, а также социальному и эмоциональному благополучию ребенка, специалисты должны, помимо работы, непосредственно с ребенком, направить свои усилия на оказание помощи родителям в поддержке развития их ребенка.

Аналогично, в таблице ниже мы можем увидеть разницу в количестве еженедельного времени, в течение которого ребенок вовлечен в возможности обучения, способствующие развитию навыков общения и речи. В ситуации А ребенок обучается во время двух занятий с логопедом, что соответствует одному часу программы вмешательства в неделю. В ситуации В возможности приобретения языковых навыков используются и расширяются в их естественном контексте на ежедневной, комплексной основе в семье, что соответствует примерно пяти часам еженедельных встреч по программе вмешательства. И мы вновь приходим к выводу, что семья оказывает существенное влияние на способность ребенка к обучению и развитию. Именно поэтому семье в этой роли нужна поддержка специалистов.

Понедельник	
Ситуация А занятие со специалистом 30 минут	Ситуация Б общение с мамой и папой/бабушкой/дедушкой/старшим братом или сестрой 26 30 минут – Мама называет одежду, пока одевает ребенка – ребенок указывает на знакомые предметы – 10 минут – Мама называет части тела, когда умывает/моет ребенка – ребенок выполняет указания – 5 минут – Мама называет еду во время приема пищи – ребенок отвечает на вопросы, просит еду – 10 минут – Мама поет песенки, пока убирается на кухне после еды – ребенок подпевает и договаривает словечки – 5 минут – Мама читает книжку и называет картинки – ребенок повторяет слова – 10 минут – Мама купает ребенка и называет игрушки – ребенок повторяет слова и звуки – 5 минут – Папа играет / забавляется с ребенком – ребенок просит продолжения, смеется,

	повторяет слова – 5 минут – Мама рассказывает историю перед сном
ИТОГО: 30 минут	ИТОГО: 60 минут

Если допустить, что ребенок занимается со специалистом 2 раза в неделю по 30 минут, общее количество времени в неделю составит 60 минут.

Мама и другие члены семьи учат ребенка самым разнообразным навыкам в течение дня ежедневно в общем 60 минут, общее количество времени в неделю составит 420 минут. Это в 14 раз больше, чем работает специалист и в разы эффективнее.

Если взрослые или дети старшего возраста могут учиться в определенный отрезок времени, например, на уроке, где информация подается концентрированно, и легко переносить ее в другие контексты, то с детьми раннего возраста это не так (McWilliam, 2010).

В настоящее время мы знаем, что дети раннего возраста обучаются непрерывно и постоянно, в контексте эмоциональных отношений со значимыми ухаживающими лицами. Именно через многократное взаимодействие с людьми, материалами и объектами дети узнают о людях и вещах в мире. Поэтому весь опыт, возможности и события, которые способствуют этим взаимодействиям, могут рассматриваться как естественные контексты обучения.

Поддержка обучения и развития детей может быть достигнута различными способами, включая обучение детей в их естественной среде и ежедневные привычные занятия в разных контекстах, а именно дома, в детском саду и в обществе. Ежедневные привычные занятия могут создать оптимальные возможности для обучения и развития ребенка и поэтому должны учитываться при составлении программы ранней помощи. С ежедневными жизненными ситуациями ребенок сталкивается буквально каждый день, они повторяются с периодичностью и являются предсказуемыми для него, они позволяют переключать роли между ребенком и родителем («твоя - моя очередь»), ритуалами или действиями. Эта функция предсказуемости очень важна для обучения детей, поскольку она облегчает их взаимодействие с людьми и объектами, способствуя овладению и развитию навыков.

Участие или вовлеченность является ключевой концепцией обучения. McWilliam (2010) называет ее одной из важнейших основ обучения наряду с независимостью и социальным взаимодействием. Роль специалистов в

отношении родителей и других основных ухаживающих лиц должна заключаться в помощи продумать, спланировать, создать и максимизировать возможности обучения ребенка в ежедневных жизненных ситуациях, в разных естественных условиях таким образом, что ребенок будет заинтересован, независим и вовлечен в социальное взаимодействие. Все эти параметры являются критически важными инструментами для их обучения и развития.

В контексте ежедневных жизненных ситуаций ребенка, вовлечение означает качество его участия в определенных видах занятий, которые включают в себя независимость и социальные взаимоотношения. Эти три области не являются взаимоисключающими, а скорее дополняют друг друга (McWilliam, 2010).

Семейно-ориентированная, основанная на рутинных программах ранней помощи способствует вовлечению детей с особыми потребностями. Фактически, признание того, что развитию ребенка можно и нужно содействовать посредством нормализованного жизненного опыта в естественных условиях, означает, что дети с особыми потребностями имеют те же права и те же условия для содействия развитию, что и другие дети, независимо от того, какой вид специализированной или терапевтической помощи они получают.

Итак, исследования подтвердили простой факт: родители делают большую работу, привлекая своих детей к разнообразным ежедневным возможностям для обучения! Во всех повседневных рутинных действиях есть потенциал для предоставления ребенку богатого опыта – специалист должен только помочь понять родителям, что будет лучше для конкретного ребенка (Dunst, 2007).

Глава 4. Развитие родительских компетенций

Компетенции родителей детей раннего возраста с особыми образовательными потребностями и инвалидностью как важное условие успешного развития детей группы риска

Васильева Д.Л., учитель-дефектолог Службы ранней помощи, БОУ Центр образования и комплексного сопровождения детей" Минобразования Чувашии

<https://nsportal.ru/detskiy-sad/korreksionnaya-pedagogika/2024/09/18/kompetentsii-roditeley-detey-rannego-vozrasta-s>

Понятие родительская компетентность предполагает, что родитель обладает знаниями и навыками, необходимыми для успешного воспитания детей. С. П. Акутина условно выделяет три уровня педагогической компетентности родителей:

- Высокий уровень. Родители осознают главную цель-воспитание духовно-нравственной и социально-активной личности. Правильно выбирают и выстраивают воспитательную работу. Родители придерживаются активной социальной позиции и помогают детям в общественной работе.
- Средний уровень. Родители имеют поверхностное представление о направлениях воспитательной работы. Не всегда правильно определяют, какие методы целесообразны на данном этапе психолого-физиологического развития ребенка. Может проявляться несогласованность воспитательной работы со стороны разных членов семьи, а требования носят разумный, но часто несистематический характер. В общественной жизни своего ребенка не участвуют, но с учебным заведением формальную связь поддерживают.
- Низкий уровень. Родители не имеют четкого представления о цели воспитания, выбирают ограниченный круг воспитательных методов авторитарного характера, содержание которых ограничено хозяйственно-бытовыми вопросами. Детско-родительские отношения прохладны, отсутствуют уважение, доверие и взаимная поддержка. В общественной жизни ребенка родители участия не принимают.

Актуальность развития компетентности у родителей обусловлена тем, что семья является традиционно главным институтом воспитания. Важность семьи обусловлена тем, что в ней ребёнок находится в течение значительной части своей жизни, и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьёй.

Особенно актуальной данная тема становится при рождении ребенка с особыми образовательными потребностями. С рождением ребенка с нарушениями в развитии в семьях возникают трудности. Чаще всего они связаны с высоким уровнем психической травмированности родителей и других близких, непосредственно ухаживающих за ребенком взрослых, а так же других членов семьи. Отмечается снижение функционирования семьи, по сравнению с периодом до рождения ребенка с ОВЗ или по сравнению с семьей здорового ребенка. Нередко встречаются конфликтность внутрисемейных и деструктивность детско-родительских отношений.

Так же часто имеет место недостаточная готовность родителей к принятию факта рождения ребенка с нарушениями в развитии и низкая мотивация на взаимодействие родителей и непосредственно ухаживающих взрослых со специалистами. Это приводит к низкому уровню психолого-педагогической компетентности родителей с ОВЗ, следствием чего возникает непонимание родителями реальных возможностей и несоответствие требований к ребенку.

Данная ситуация могла бы быть сглажена в случае проведения с родителями информационно-просветительской работы как можно раньше, уже в момент обнаружении тех или иных трудностей, как в медицинских, так и в образовательных организациях. Благоприятно повлияло бы проведение аналогичной работы с ближайшим окружением. Результатом такой работы было бы формирование у родителей и непосредственно ухаживающих взрослых психолого-педагогических и эмоционально - ценностно-смысловых компетенций. Психолого-педагогическая компетентность подразумевает готовность овладевать базовыми психолого-педагогическими знаниями, выполнять функции в соответствии с принятыми стандартами и требованиями воспитания, развития и обучения ребенка с особыми образовательными потребностями семье, создавать адекватную развивающую среду в условиях семейного воспитания.

Эмоциональная компетентность подразумевает готовность понимать и принимать когнитивные и эмоциональные особенности ребенка, создавать эмоционально комфортное развивающее взаимодействие и общение. Ценностный компонент включает в себя способность принимать ребенка с особыми образовательными потребностями не зависимо от психофизических особенностей. Под смысловым компонентом понимается готовность действовать для достижения положительной динамики развития ребенка с ОВЗ, реализация потенциала ребенка в полном объеме.

Мотивационная компетентность включает в себя готовность семьи к взаимодействию с специалистами различного профиля в системе

здоровоохранения, образования и социальной защиты, осознавая необходимость для достижения эффективности развития не только ребенка, но и саморазвития в процессе воспитания ребенка.

Воспитательная компетентность подразумевает готовность к освоению теоретических знаний и практических умений в области семейного воспитания.

Большое значение имеют компетенции самопомощи, которые необходимы для распознавания и исправления своих неконструктивных поведенческих реакций во взаимоотношении с членами семьи и социальным окружением. Овладение адекватными формами реагирования на успехи и неудачи ребенка, способность к конструктивному преодолению стрессового состояния в процессе позитивного взаимоотношения с близким окружением и социумом, что необходимо для самоактуализации и самоутверждению себя как успешного родителя.

Исторически сложившаяся форма поддержки семей с детьми с особыми образовательными потребностями в системе образования - образовательно-просветительская. Она включает в себя формирование психолого - педагогических знаний у родителей в области современных технологий воспитания коррекции и развития. Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя консультирование, изучение и коррекция проблем семьи.

Благодаря слаженной работе специалистов, сопровождающих семью ребенка, у родителей формируются объективные представления об особенностях развития ребенка, его возможностях и перспективах, создается позитивный взгляд на будущее ребенка и семьи.

Развитие ребенка от нуля до года

Анцыгина Л.А., учитель-логопед ВКК, методист СИМО

<https://nsportal.ru/detskiy-sad/materialy-dlya-roditeley/2012/09/26/razvitie-rebenka-ot-0-do-goda-sbornik-metodicheskikh>

Первый год жизни имеет важнейшее значение в психическом развитии ребенка. Мозг развивается в наиболее высоком темпе. Ребенок, вначале беспомощный, к концу первого года жизни овладевает прямостоянием, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной речи. Именно в этот период начинается становление речи как средства общения, т. е. формируется сугубо человеческая функция, на развитие которой в эволюции ушли миллионы лет.

Уже в первый период - период новорожденности (0 - 1 мес.) наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма, можно с 3 - 4-й недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое внимание — ребенок замирает, его губы слегка вытягиваются вперед, он как бы «слушает» губами. Вслед за этой реакцией появляется улыбка. Уже в период новорожденности можно отметить, что ребенок быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

Во втором периоде (1 - 3 мес.) у ребенка наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение со взрослым: стабилизируется улыбка, а к концу периода появляется смех. К 3 месяцам у ребенка начинает развиваться выраженная эмоциональная реакция на появление взрослого — «комплекс оживления». Попытка вступить в контакт с ребенком 10—12 недель вызывает у него радостное оживление, повизгивание, вскидывание ручек, перебирание ножками, голосовые реакции. На этом возрастном этапе комплекс оживления возникает при виде как знакомого, так и незнакомого лица.

Своевременное появление и хорошая выраженность комплекса оживления свидетельствуют о нормальном психическом развитии ребенка. В третьем периоде (3 - 6 мес.) реакции, входящие в комплекс оживления, все более дифференцируются. Ребенок старше 4 месяцев при приближении к нему взрослого и при попытке вступить с ним в контакт внимательно всматривается в лицо взрослого, широко открывает глаза и рот, притормаживает общие движения. Таким образом, у него проявляется

ориентировочная реакция, которая в одних случаях переходит в радостное оживление, а в других сменяется страхом и криком.

К концу этого возрастного этапа ребенок начинает узнавать мать. Правда, эта реакция еще очень непостоянна и ее появление зависит от многих условий, поэтому ее отсутствие не имеет самостоятельного диагностического значения. Однако если ребенок узнает мать, то это говорит о хорошем психическом развитии ребенка.

Для оценки психического развития на этом возрастном этапе важно проследить, как ребенок реагирует на игрушку. Ведущей формой деятельности в этом возрасте становится манипулирование игрушкой. Ребенок не только длительно фиксирует взор на игрушках и прослеживает за их перемещением, но направляет к ним руки, схватывает их, тянет в рот. Это сопровождается выразительными эмоциональными реакциями: он то улыбается, то хмурится.

В этот период интенсивно развиваются голосовые реакции, которые начинают приобретать некоторую самостоятельность. Наряду с певучим гулением к концу периода появляются лепет, а также избирательность и дифференцированность реакций на звук и способность локализовать звук в пространстве.

В развитии движений рук ведущую роль начинает играть зрительный анализатор: к концу периода ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения.

На следующем этапе развития (6 - 9 мес.) при общении ребенка со взрослым у него отчетливо проявляется ориентировочная реакция, которая сменяется реакцией радостного оживления на знакомые лица и реакцией страха на незнакомые. В некоторых случаях можно наблюдать, как ориентировочная реакция переходит в познавательный интерес, минуя реакцию страха.

Отличительной особенностью психического развития ребенка на этом возрастном этапе является его готовность к совместному со взрослым манипулированию игрушкой. Кроме того, к концу этого этапа у ребенка появляются начальные элементы общения со взрослым с помощью жестов. Он протягивает к взрослому руки, показывая, что хочет на руки, либо тянется руками к далекому предмету, если хочет его получить.

При нормальном развитии к концу этого этапа ребенок должен проявлять начальное ситуационное понимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию. Например: он поднимает голову и глаза к лампе на вопрос: «Где огонек?», прижимается щекой к матери на

просьбу «Поцелуй маму» и т. п. К концу периода он также обучается игре в «ладушки», ищет спрятанную у него на глазах игрушку.

Закономерным в этом возрасте является появление лепета. При общении со взрослым после того, как преодолена ориентировочная реакция и страх, ребенок начинает произносить цепочки слогов ба-ба-ба, ма-ма-ма. Если взрослый начнет отвечать ему тем же, голосовая активность ребенка возрастает, появляется радостное оживление и ребенок будет стараться подражать взрослому и самому себе. К 9 месяцам наблюдается расцвет лепета, он обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого.

Пятый период возрастного развития ребенка первого года жизни (9 - 12 мес.) характеризуется прежде всего появлением нового типа общения со взрослым, а именно предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми ребенок активно манипулирует. При этом он начинает проявлять избирательное отношение к различным предметам, но у него всегда отчетливо выражена реакция на новизну. Характерной особенностью этого этапа развития является то, что активная ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка начинает подавлять реакцию страха на новые раздражители.

Начиная с 9 месяцев дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые знакомые словосочетания типа: «открой рот», «дай ручку» и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, т. е. действия ребенка начинают более отчетливо подчиняться словесным командам, что свидетельствует о начале развития регулирующей функции речи.

К году ребенок понимает и простую обиходную речь. Однако необходимо отметить, что указанные функции развиваются у ребенка не спонтанно, а лишь в процессе специальных занятий. Поэтому они могут отсутствовать при педагогической запущенности.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. Для начала этого этапа развития характерен активный лепет, состоящий из 5 - 6 слогов. Ребенок эхоталично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звукосочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К концу периода ребенок чаще, чем раньше, обращает внимание на лицо говорящего, кивает головой в знак утверждения и качает головой в знак отрицания. Его голосовое общение со взрослым расширяется, он выражает эмоции удовольствия и неудовольствия. Большинство детей сигнализирует о биологических потребностях и интонационно выражает просьбу.

Качественной особенностью этого периода является начало общения ребенка со взрослым при помощи звукосочетаний. В норме на этом этапе у большинства детей кончается доречевой период и начинается развитие речи. Одновременно появляется и новый интерес - рассматривание книг с картинками. В результате специальных занятий ребенок научается узнавать на картинках знакомые предметы, показывать их по инструкции и затем обозначать лепетными словами. Развивается также интерес к ритмам простых песен. Развитие речевого общения в указанном объеме является показателем хорошего психического развития.

При нормальном психическом развитии к концу этого этапа наблюдается выраженная дифференцированность сенсорных реакций, которые можно оценить, наблюдая за игровыми действиями ребенка. Он радостно играет в прятки, звонит в колокольчик, привлекая внимание окружающих, играет со своим изображением в зеркале, ищет спрятанный предмет, предпочитает пользоваться звучащими игрушками, начинает применять предметы по их назначению — пить из чашки, есть ложкой и т. п. Формирование психических функций у ребенка раннего возраста в значительной степени зависит от условий среды и воспитания (в широком смысле). При этом ведущая роль принадлежит общению с матерью.

Особо важная роль в психическом развитии ребенка принадлежит речи, причем не только в развитии высших форм логического мышления, но и в формировании восприятия.

Речевое недоразвитие обычно сочетается с отставанием в общем психическом развитии.

Физиологические нормы раннего психомоторного развития:

- голову держит с 1-1,5 мес., удерживает к 2-2,5 мес.;
- сидит с 6 мес., без помощи взрослого к 8 мес.;
- стоит с 7-8 мес., самостоятельно (пытается сделать шаг) к 9 мес.;
- ходит с 10-12 мес., без помощи взрослого с 11-12 мес.

Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста

Возраст	Речевые навыки
1-й год жизни	
1 месяц	Крик, кряхтение
1-3 месяца	Формирование гуления, появление «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций, "экспериментирование" с гласными звуками
3-6 месяцев	Активное гуление, (отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонаций), появление губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету.
6-9 месяцев	Активный лепет, усложнение и расширением объема движений губ, языка, мягкого неба, совершенствование функции дыхания, удлинение произвольный выдоха. Способность к регуляции громкости и тембра своего голоса, в зависимости от эмоционального состояния. Ситуационное понимание обращенной речи.
9-12 месяцев	Переход лепета в слоги, появление способности понимать и выполнять простые инструкции «дай», «на» (способность воспринимать функцию обращенной речи, регулирующую поведение), первые односложные слова «ба-ба», «ма-ма».
2-ой год жизни	
1 год	Появление однословных предложений.
1 год 3 месяца	Увеличение запаса слов до 30.
1 год 6 месяцев	Увеличение запаса слов до 40-50, легко повторяет часто слышимые слова.
1.5-2 года	Появление фраз, двухсловных предложений.
2 года	Появление вопросов: «Что это?», «Куда?», «Где?»
2 года	Увеличение запаса слов до 200-300.
3-ий год жизни	
2 года	Начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и предлогами.
2 года	Появление трехсловных предложений.
2 года 6 месяцев	Появление многословных предложений.
2 года 6 месяцев - 3 года	Активная речь с использованием сложноподчиненных предложений, при этом могут сохраняться трудности звукопроизношения (свистящие, шипящие).
3 года	Запас слов до 800-1000. Появление вопросов: «Когда?», «Почему?»

Здоровье начинается с мелочей

Красикова И.С.

<https://kubshn.ru/document/library/massage/2.pdf>

Игровой массаж - это нетрадиционный вид упражнений, помогающий естественно развиваться организму ребенка . Игровой массаж способствует социализации детей, развивает у них внимание, терпение и чувство юмора.

Чем полезен игровой массаж? Стихи и песенки для игрового массажа обеспечивают весёлое общение, снимают напряжение, учат малышей доверять другим и сопереживать. Детский игровой массаж отлично развивает и крупную, и мелкую моторику.

Дети воспринимают интонации голоса, содержание текста, темп и ритм музыки. Игровой массаж способствует развитию фантазии детей. Благодаря массажу, дети начинают лучше различать части тела. Детский игровой массаж также способствует развитию речи. Стихи и песенки малыши быстро запоминают, а движения, иллюстрирующие текст, способствуют выразительному исполнению.

Как проводить игровой массаж

- 1.Материал для массажа следует подбирать с учётом возраста ребёнка
2. Изначально прочитайте ребёнку стихи, чтобы ребёнок смог представить ваши следующие действия.
3. В период чтения стихов делайте паузы для массажа.
4. Движения выполняйте ритмично, избегая сильного нажима или похлопывания.
5. Игровой массаж можно проводить поверх лёгкой одежды, а также, если нравится малышу, на обнаженной спинке.
6. Возможно использовать соответствующие предметы – кисточку, резиновый ёжик, поролоновую губку, игрушечную машинку, кусочки ваты, бумажные листочки и др., а также мягкие игрушки в соответствии с текстом песенок
7. Если малыш гиперактивный, откажитесь от резких и щекочущих движений.

8. Виды игрового массажа можно использовать для успокаивающего ритуала перед сном, тогда напевайте или приговаривайте слова тихо, спокойно.

Дыхательные упражнения

Эти упражнения просто необходимы детям, довольно часто болеющим простудными заболеваниями, бронхитами, выздоравливающим после воспаления легких, детям, страдающим бронхиальной астмой. Дыхательная гимнастика прекрасно дополняет любое лечение (медикаментозное, гомеопатическое, физиотерапевтическое), развивает еще несовершенную дыхательную систему ребенка, укрепляет защитные силы организма.

«Надуй шарик»

Ребенок сидит или стоит. «Надуй шарик» — широко разводит руки в стороны и глубоко вдыхает. Затем медленно сводит руки, соединяя ладони перед грудью и выдувает воздух — «ффф...». «Шарик лопнул» — хлопнет в ладоши. «Из шарика выходит воздух» — малыш произносит:

«шшш...», делая губы хоботком и опуская руки.

«Курочка»

Ребенок стоит прямо, слегка расставив ноги, руки опущены. Разводит руки широко в стороны, как крылья — вдох. Наклоняется, опустив голову и свободно свесив руки. Произносит: «тах-тах-тах», одновременно похлопывая себя по коленям — выдох.

«Жук»

Малыш стоит или сидит, скрестив руки на груди. Разводит руки в стороны, поднимает голову — вдох. Скрещивает руки на груди, опускает голову — выдох.

Жу-у,— сказал крылатый жук, Посижу и пожужжу.

«Трубач»

Ребенок стоит или сидит, руки согнуты, кисти сжаты, как бы удерживая трубу. Произносит:

Тру-ру-ру, бу-бу-бу! Подудим в свою трубу.

«Подуем на плечо»

Ребенок стоит, ноги слегка расставлены, руки опущены. Поворачивает голову направо и, сделав губу трубочкой, дует на плечо. Голова прямо — вдох носом. Голову влево — выдох. Голова прямо — вдох.

Подуем на плечо,

Подуем на другое.

На солнце горячо

Пекло дневной порой.

Опускает голову, подбородком касаясь груди, снова делает спокойный выдох. Голова прямо — вдох носом. Поднимает лицо кверху — выдох через губы, сложенные трубочкой.

Подуем на живот,

Как трубка, станет рот.

Ну а теперь — на облака

И остановимся пока.

«Подуй на одуванчик»

Мальш стоит или сидит. Делает глубокий вдох носом, затем — длинный выдох, как будто хочет сдуть с одуванчика пух (рис. 118).

Подуй на одуванчик,

Как дует этот мальчик.

Подуй, подуй сильнее

И станешь здоровее.

«Косарь»

Ребенок стоит, ноги на ширине плеч, руки опущены. Машет обеими руками вправо и слегка назад: «зз-уу». Возвращается в исходное положение — вдох. Машет руками влево и слегка назад: «зз-уу».

Косарь идет косить жнивье: Зу-зу, зу-зу, зу-зу.

Идет со мной косить вдвоем! Зу-зу, зу-зу, зу-зу.

Замах направо, а потом

Налево мы махнем.

И так мы справимся с жнивьем.

Зу-зу, зу-зу вдвоем.

«Хомячок»

Предложите малышу пройти несколько шагов (10-15), надув щеки, как хомячок. Затем легко хлопнуть себя по щекам — выпустить воздух изо рта и пройти еще немного, дыша носом.



Рис. 118. «Подуй на одуванчик»

«Ворона»

Ребенок стоит прямо, слегка расставив ноги и опустив руки. Разводит руки широко в стороны, как крылья. Медленно опускает руки и произносит на выдохе: «каррр», максимально растягивая звук «р».

Упражнение с флажками

Исходное положение прежнее, в опущенных руках — флажки. Ребенок поднимает руки вверх через стороны — вдох, опускает через стороны — выдох через сложенные трубочкой губы.

Игра «Булькание»

Малыш сидит, перед ним — стакан (или бутылочка) с водой, в котором — соломинка для коктейля. Научите ребенка, как нужно дуть в стакан через соломинку, чтобы за один выдох получилось долгое булькание. Вдох — носом, выдох — в трубочку: «буль-буль-буль» (рис. 119).

Игра «Мыльные пузыри»

Эта забава известна всем. Научите малыша пускать мыльные пузыри: вдох — носом, а выдох — через сложенные в трубочку губы, длинный и мягкий, тогда пузырь получится большой и красивый.



Рис. 119. «Булькание»

Игра «Филин»

«День» — ребенок стоит и медленно поворачивает голову вправо и влево. «Ночь» — смотрит вперед и взмахивает руками — «крыльями», опуская их вниз, произносит «у...ффф».

Игра «Кто дальше загонит шарик»

Сядьте с малышом за стол. Положите перед собой два ватных шарика. Дуйте на шарики, как можно сильнее, стараясь сдуть их со стола.

Игра «Пушок»

Привяжите на веревочку легкое перышко. Предложите ребенку дуть на него. Следите за тем, чтобы вдох делался только носом, а выдох — через сложенные трубочкой губы.

Игры с воздушным шаром, вертушкой

Воздушный шар или вертушку держите на уровне лица ребенка. Предложите малышу сильно подуть на шар, так, чтобы он взлетел, на вертушку — чтобы она вертелась.

Игры с дудочками, рожками, свистками, пищалками

Подберите дудочку или свисток с мелодичным звуком и позвольте ребенку дудеть или свистеть столько, сколько он захочет. Это очень полезное занятие.

Пальчиковая гимнастика

Упражнения для пальцев рук — развитие тонких движений, очень полезны маленьким детям. Известно, что речевой центр и центр, управляющий движениями пальцев, расположены в коре головного мозга рядом друг с другом. Поэтому работа пальцев оказывает стимулирующее воздействие на речевой центр и способствует умственному развитию ребенка. Вы хотите, чтобы ваш малыш побыстрее заговорил? Тогда занимайтесь с ним пальчиковой гимнастикой каждый день.

«Ладони на столе»

Ребенок сидит за столом. Руки лежат на столе ладонями вниз. На счет «Раз» — пальцы врозь, «Два» — вместе.

«Пальчики здороваются»

Малыш сидит, руки держит перед собой. На счет «раз» соединяются большие пальцы обеих рук, «два» — указательные, «три» — средние, «четыре» — безымянные, «пять» — мизинцы.

«Человечек»

Ребенок, сидя за столом, изображает «человечков». Сначала указательный и средний пальцы правой руки «бегают» по столу, затем — левой.

«Дети бегут наперегонки»

Движения, описанные в предыдущем упражнении, обе руки выполняют одновременно.

«Коза»

Малыш изображает «козу», вытянув указательный палец и мизинец одной, затем другой руки.

«Козлята»

То же упражнение, но выполняется обеими руками одновременно.

«Очки»

Ребенок изображает «очки», образовав два кружочка из большого и указательного пальцев обеих рук и соединив их.

«Зайчик»

Малыш вытягивает вверх указательный и средний пальцы, большой, и безымянный и мизинец соединяет — «зайчик» слева.

«Ладонка — кулачок — ребро»

Ребенок сидит за столом. На счет «раз» кладет руки на стол ладонями вниз, «два» — сжимает кулачки, «три» — кладет кисти ребром.

«Деревья»

Малыш поднимает обе руки ладонями к себе — «деревья стоят».

Широко разводит пальцы — «ветки раскинулись».

«Флажок»

Большой палец вытянуть вверх, остальные соединить вместе.

«Гнездо»

Соединить обе руки в виде чаши, пальцы плотно сжаты.

«Корни растения»

Прижать руки тыльной стороной друг к другу, опустить пальцы вниз.

«Пчела»

Указательный палец правой, затем левой руки вращать по оси.

«Солнечные лучи»

Скрестить пальцы, поднять руки вверх, расставить пальцы.

«Паук»

Пальцы согнуты, медленно передвигаются по столу.

«Стол»

Правую руку согнуть в кулак, на нее сверху положить горизонтально левую руку.

«Ворота»

Соединить кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук, большие пальцы поднять вверх и согнуть внутрь.

«Мост»

Поднять руки вверх ладонями друг к другу, расположить пальцы горизонтально, соединить кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук.

«Ромашка»

Соединить обе руки, прямые пальцы развести в стороны.

«Ежик»

Ладони соединить, прямые пальцы выставить вверх.

«Бочонок с водой»

Слегка согнуть пальцы левой руки в кулак и оставить сверху отверстие.

Игра «Прятки» (сжимание и разжимание пальцев рук)

В прятки пальчики играли

И головки убирали.

Вот так, вот так.

Так головки убирали.

Игра «Сорока»

При произнесении текста ребенок водит указательным пальцем правой руки по ладони левой руки: на слова «этому дала» сгибает поочередно каждый палец руки, кроме мизинца.

Сорока, сорока, кашу варила...

Игра «Пальчик-мальчик»

Ребенок соединяет большой палец поочередно с указательным, средним, безымянным, мизинцем на одной руке, затем на другой.

Пальчик-мальчик, где ты был?

С этим братцем в лес ходил.

С этим братцем щи варил.

С этим братцем кашу ел.

С этим братцем песни пел.

Игра «Белка»

Малыш держит руку ладошкой кверху. Указательным пальцем другой руки водит по ладони, затем поочередно загибает пальцы.

Сидит белка на тележке,

Продает она орешки:

Лисичке-сестричке,

Воробью, синичке,

Мишке толстопятому,

Заиньке усатому.

Игра «Этот пальчик»

Ребенок поочередно разгибает пальцы, сначала на одной руке, затем — на другой, начиная с большого:

Этот пальчик — дедушка,

Этот пальчик — бабушка,

Этот пальчик — папочка,

Этот пальчик — мамочка,

Этот пальчик — я,

Вот и вся моя семья.

Затем поочередно сгибает пальцы:

Этот пальчик хочет спать.

Этот пальчик прыг в кровать!

Этот пальчик прикорнул.

Этот пальчик уж заснул.

Тише, пальчик, не шуми,

Братиков не буди...

Встали пальчики. Ура!

В детский сад идти пора.

Игра «По грибы»

Малыш поочередно сгибает пальцы, начиная с мизинца:

Раз, два, три, четыре, пять — Мы грибы идем искать.

Этот пальчик в лес пошел,

Этот пальчик гриб нашел, Этот пальчик чистить стал. Этот пальчик все съел, Оттого и потолстел.

Игра «Апельсин»

Малыш поочередно разгибает пальцы, сжатые в кулачок, начиная с мизинца:

Мы делили апельсин, Апельсин всего один. Эта долька для кота. Эта долька для ежа. Эта долька для бобра. Эта долька для чижа. Ну, а волку кожура.

Игра «Ну-ка, братцы, за работу!»

Ребенок разгибает пальцы, на одной руке, поочередно постукивая по ним указательным пальцем другой руки:

Ну-ка, братцы, за работу!

Покажи свою охоту.

Большому — дрова рубить.

Печи все — тебе топить.

А тебе — воду носить.

А тебе — обед варить.

А малышке — песни петь.

Песни петь да плясать,

Родных братьев забавлять.

Игра «Алые цветы»

Малыш соединяет обе руки ладонями друг к другу, в форме тюльпа-на. Медленно раскрывает пальцы:

Наши алые цветки Раскрывают лепестки.

Покачивает кистями рук:

Ветерок чуть дышит, Лепестки колышет.

Медленно закрывает пальцы:

Наши алые цветки Закрывают лепестки.

Покачивает сложенными кистями:

Тихо засыпают, головой качают.

Консультации для родителей «Значение и рекомендации о пользе прогулок с детьми 2-3 лет»

<https://infourok.ru/konsultaciya-dlya-roditelej-znachenie-i-rekomendacii-o-polze-progulok-s-detmi-2-3-let-5103205.html>

Одно из самых главных условий воспитания здоровых детей – прогулки. Закаливающее действие колебания температур, свежий воздух, открытое пространство, общение с природой – всё это благотворно сказывается на растущем организме, укрепляет физическое и психологическое состояние ребёнка.

Непременным условием для развития и воспитания детей на прогулке является одновременное сочетание следующих структурных компонентов:

- разнообразные наблюдения
- дидактические занятия
- трудовые действия
- подвижные игры и игровые упражнения

* * *

Учите детей замечать состояния погоды в разные времена года.

Осенью обращать внимание детей на то, что идет дождь, стало холодно, дует ветер, ветер качает деревья, срывает листья, и они падают на землю. Листья в это время желтые, красные. Показывать детям, что все стали одеваться теплее, ходят в сапогах и пользуются зонтами. Во время прогулки можно наблюдать за трудом дворника (как он подметает, убирает листья).

Проведите обучающие игры: предложите ребёнку найти листья одинаковой окраски (все желтые или красные листья); одинакового размера (все маленькие или большие); найти самый маленький и самый большой лист.

Игры с вертушками – когда есть ветер, дети замечают, что вертушки крутятся. Поиграйте в подвижные игры. Даже если вы не знаете слов подвижных игр, можно просто побегать, попрыгать, «полетать» как птички. В такие игры можно играть в любое время года. Также можно предложить порисовать палочкой на влажном песке, а в сухую погоду мелками на асфальте. В конце прогулки предложите детям собрать игрушки.

Знакомьте детей с зимой во время игр, наблюдений и посильного труда. Привлекайте внимание детей к состоянию неживой природы, учите замечать погоду.

* * *

В зимний период наблюдайте за снегом. Как падает снег, за его свойствами (белый, холодный, пушистый, тает). Предложите рассмотреть снежинку, упавшую на рукавицу. Какие бывают сосульки, что ходить под ними нельзя! В морозный день можно послушать, как хрустит под ногами снег. Что зимой лёд - он гладкий и скользкий. Выходить на лёд естественных и искусственных водоемов нельзя! Малышам нравится лепить из снега (колобки, снеговика, вместе с детьми постройте крепость и устройте игру в «снежки»).

Зимой можно рисовать на снегу. Для этого вы разводите цветную воду на основе красок, можно добавить в воду зеленку или марганцовку. Наполнить 2-х литровую бутылку, а в крышке сделать небольшое отверстие. Можно рисовать. Детям очень нравится!

Можно рассматривать следы кошки, птичек или санок, а также предложите малышам самим сделать следы на снегу. Можно заморозить подкрашенную воду, получается цветной лёд. Таким льдом можно украсить кустик, снежную постройку.

Вместе с детьми покормите птиц, объясните, что зимой птицы нуждаются в заботе. Наблюдайте, как птицы прыгают, перемещаются, клюют крошки, как воробьи чирикают. Расскажите о строении птицы: голова, туловище, крылья, хвост, лапки, оперение.

Обращайте внимание детей на работу дворника: он сгребает снег, расчищает дорожки, сыплет их песком, чтобы не падали люди.

* * *

Важно вызвать у ребенка живой интерес к изменениям, происходящим в природе. Обращайте внимание детей на первые признаки весны: солнышко не только ярко светит, но уже и начинает греть, поэтому тает снег, сугробы, тают сосульки, появляются ручейки, земля подсыхает. Дети пускают лодочки. Наблюдайте за ветром при помощи вертушек. В солнечные дни пускайте солнечных зайчиков. В весенний период наблюдайте за тем как набухают почки. Потом появляются листочки на деревьях, они зелёные. На фруктовых и ягодных деревьях вместе с листочками появляются цветочки,

их рвать нельзя, так как на месте цветочка появится фрукт или ягода. Покажите во время прогулок первую траву или цветы (мать – и – мачеха, одуванчики). Учите бережно относиться к окружающей природе, не рвать, не ломать, насекомых не давить. Вызывает у малышей интерес появление насекомых: бабочки, жуки, муравьи. Понаблюдайте за внешним видом, движениями: бабочки порхают, жуки летают и ползают, кузнечик прыгает.

Наблюдайте с детьми за трудом дворника. Можно привлечь детей к уборке на площадке, разбросать снег, расчистить дорожки.

* * *

Летом возможности для ознакомления с природой значительно расширяются. Обратите внимание на состояние погоды. Постепенно знакомьте детей с названиями некоторых цветов; ромашка, колокольчик. Учите определять листья, стебель, цветок. Расскажите, что цветы по окраске, величине разные, учите бережному отношению к растениям. Привлекайте внимание детей к деревьям и кустарникам. Расскажите, что у деревьев и кустарника есть: корни, ствол, ветки, листья, плоды. Их рвать не надо и есть их тоже нельзя, потому что могут быть не съедобными и экологически не безопасными. Летом можно рисовать мелками, пускать мыльные пузыри, строить из влажного песка дома, кулички, башни и др.

* * *

Только в процессе взаимодействия с природой можно расширить представления об окружающем мире. Дети, при этом, должны обследовать предметы с помощью всех анализаторов и пытаться самостоятельно сделать самостоятельно элементарные умозаключения. Прогулки способствуют закаливанию детей, повышению их двигательной активности в разные периоды года, а также развивается мелкая моторика рук; развивается речь у детей. Прогулки способствуют развитию: умственного, нравственного, эстетического, физического, трудового воспитания, развития тактильного восприятия и речевых навыков на материале природного окружения. Творчество, фантазия, а главное – любовь к ребёнку сделают прогулку удивительной и неповторимой! Помните, что каждый день в природе неповторим!

Каждому возрасту - своё купание. Советы мам

<https://msbaby.ru/dlya-mam/kazhdomu-vozhrastu-svo-ye-kupanie/>

Купание — полезный и приятный ритуал, который помогает поддержать здоровье, обеспечить необходимый гигиенический уход, улучшить настроение и здорово провести время с крохой. У купания в каждом возрасте есть свои особенности, различаются и рекомендации.

Рассмотрим подробнее, как купать ребенка от рождения и до 3 лет.

Особенности купания для малышей 0-6 месяцев

Мама и младенец по приезду домой из роддома начинают знакомиться с новым порядком жизни. Первое купание — особенно волнительное мероприятие, ведь столько всего важно принять во внимание: оптимальная температура, правильное средство для купания, положение младенца. Рассмотрим самые распространенные вопросы и развеем тревоги молодых мам и пап.

Временные и температурные ориентиры

Комфортной температурой воды для младенца считается 37-38°C. Она приближена к температуре околоплодных вод, поэтому малыш будет чувствовать себя комфортно. Важно обратить внимание и на температуру воздуха в ванной комнате — лучше прогреть помещение до 24-26°C перед купанием. Сделать это легко — достаточно включить горячую воду на несколько минут и закрыть дверь в ванную. Такое соотношение температуры воды и воздуха необходимо для предотвращения простуды младенца.

Перед тем как искупать кроху, стоит убедиться в том, что все двери и окна в его комнате закрыты и нет сквозняка. Как убедиться, подходящей ли температуры вода? Лучше всего с помощью термометра. Некоторые современные пластиковые ванночки оснащены им, к тому же термометр можно приобрести отдельно. Ребенку постарше можно приобрести игрушку-термометр, с ней он будет играть в воде. Если термометра нет, можно воспользоваться “локтевым методом” — окунуть локоть в воду, если температура окажется комфортной, она подойдет и крохе. Если вода слишком горячая, кожа ребенка быстро покраснеет. А если холодная, он рефлекторно сожмет кулачки, а кожа побледнеет.

Со временем можно начать экспериментировать с температурой, снижать ее на 1-2 градуса, чтобы понять, как малышу нравится больше.

В первый раз новорожденного можно купать не более 5-10 минут. Постепенно увеличивайте время водных процедур, ориентируясь на настроение малыша. Если кроха легко и с удовольствием купается 10-15 минут, не стоит его торопить — процедуры полезны для эмоционального и физического развития.

Для водных процедур лучше выбрать время, когда малыш достаточно активен и еще не хочет спать, находится в хорошем настроении. В какое время лучше купать кроху, выбирать родителям: все зависит от особенностей характера малыша и того, как купание влияет на его настроение. Некоторые предпочитают утренние ритуалы — в это время ребенок активен, бодр и находится в хорошем настроении. Но чаще все же выбирают вечерние купания — многим малышам они помогают успокоиться, настроиться на крепкий сон. Для хорошего сна есть одна хитрость — использование специальных экстрактов. Подготовить успокаивающую ванночку для малыша легко с помощью экстрактов Баю-Баюшки®. Комплекс содержит экстракт и эфирное масло лаванды, что помогает создать приятную атмосферу. Волшебный аромат настроит кроху на крепкий и спокойный ночной сон.

Аксессуары для комфортного купания

У малыша должна быть собственная ванночка для купания. Во-первых, так младенец будет чувствовать себя комфортнее в небольшом пространстве. К тому же её легче наполнить и проще поддерживать в чистоте. Лучше покупать ванночку в специализированном магазине, чтобы быть уверенным в ее качестве. Оптимальным считается размер от 65 см. Анатомические ванночки удобнее в использовании, имейте это в виду — их дно размещено под наклоном, и головка ребенка всегда остается над водой. Используя такую ванночку, вы не будете заморачиваться созданием "подушечки" из пеленок. По желанию можно использовать гамак или установить специальную горку.

Также следует обязательно запастись дезинфицирующим средством. Лучше выберите для этого детское мыло, оно безопасно для кожи ребенка, его можно использовать для очищения ванночки перед каждым купанием. К тому же следует дополнительно обдать ванночку кипятком перед первым использованием.

В среднем до 3 месяцев малыш может купаться в детской ванночке с небольшим количеством воды. С трех месяцев, когда он становится более подвижным, можно начать купаться в большой ванне. В этом случае можно

купить надувной круг. И при купании в ванночке, и после перехода в большую с использованием круга важно находиться с малышом в течение всего времени купания без исключений.

Необходимо использовать специальные средства, разрешенные к применению с первых дней жизни малыша. Для этого подойдет пенка для купания с чередой “Мое солнышко®”. Пенка бережно очищает волосы и кожу малыша, а за счет рисового молочка и череды в составе она смягчает нежную детскую кожу и не пересушивает ее.

Особенности купания детей 6 месяцев - 1 год

Малыш 6-12 месяцев уже достаточно активен и вряд ли сможет спокойно лежать. Этим определенно стоит воспользоваться — можно смело превратить вечерний ритуал в интересную игру.

Безопасное купание

Даже если вы используете детский стульчик для купания, малыш обязательно должен быть под вашим присмотром в течение всего периода водных процедур. Несмотря на то, что стульчик обеспечивает поддержку, малыш все равно может опрокинуться.

Безопасность также предполагает и правильный подбор средств для купания. Они должны соответствовать возрасту, чтобы не пересушить кожу ребенка и очищать ее бережно, не вызвать аллергической реакции. Отлично, если ароматные средства настроят кроху на крепкий сон. Продукты Мое Солнышко® серии Баю-Баюшки® помогают малышу быстрее заснуть. Расслабляющие ароматы настраивают на здоровый ночной сон.

Варианты игр и развлечений в ванне

Необходимо тщательно выбирать игрушки для купания. Они также должны соответствовать возрасту и быть пригодными для контакта с водой. Идеально подойдут водонепроницаемые книги с яркими рисунками, плавающие резиновые игрушки.

Одной из интересных игр может быть переливание воды из разных емкостей — она надолго увлечет малыша. Можно поиграть с крохой в “рыбалку” — ловить рыбок магнитной удочкой или небольшим сачком. В качестве рыбок могут выступать даже пластмассовые шарики из Киндер-сюрприза.

Малыши 6-12 месяцев, как правило, начинают активно интересоваться свойствами предметов. Крохе наверняка понравится наблюдать, как меняются разные материалы в воде — например, как намокает бумага, ткань и др. Также интересно будет узнать, какие игрушки тонут, а какие остаются на поверхности. Некоторые игрушки, например, мячики или емкости вроде бутылочек, можно запускать со дна вверх — понаблюдайте, какая игрушка выше выпрыгнет из воды. Для развития моторики рук можно предложить ребенку набирать губками воду и выжимать их. Вы можете приобрести интересные губки разных цветов или изделия в форме зверей, цветков, морских звезд и т.д. Если вы поместите губку в емкость с небольшим количеством воды на дне, ребенку понравится наблюдать, как вода буквально исчезает за считанные секунды. Такая же магия ждет вас, если вы предложите малышу собрать капли воды с бортиков ванной.

Что делать, если ребенку не нравится купаться?

Если кроха капризничает и отказывается купаться каждый день, на это стоит обратить внимание. Вероятно, условия водных процедур его совсем не устраивают — быть может, слишком холодная или горячая вода, неподходящее время проведения процедур (например, к тому моменту, как родители предлагают ребенку искупаться, он уже устал и хочет спать). Если вы всегда устраиваете ритуал перед сном, попробуйте перенести его на первую половину дня. Можно постараться изменить очередность пищи и водных процедур.

Ищите причину капризов в одной из следующих:

- хочется есть. Попробуйте купать малыша не за час до еды, в это время он вполне уже может проголодаться и раскапризничаться. Выберите время через 1-1,5 часа после последнего приема пищи;
- вода неподходящей температуры. В этом случае стоит поэкспериментировать, изменяя температуру воды буквально на один градус, и понаблюдать за малышом;
- страшно. Бывает и такое, что кроха боится воды. Это может быть связано с тем, что кроха когда-то случайно хлебнул воды, или был напуган во время купания. Иногда очевидных причин для страхов и вовсе нет. В таком случае можно попробовать купание с мамой или папой. Также можно попробовать окунать его в воду постепенно, сначала только ножки. Конечно, в ход могут пойти и разные игрушки, лучше — знакомые и те, которые нравятся.

Во время купания малышей до года важно пользоваться подходящими средствами с приятным ароматом. Ребенок будет в восторге от пышной нежной пенки. А шампунь должен быть таким, который не щиплет глазки.

Особенности купания малышей в 1-2 года

Ребенок 1-2 лет может быть уже довольно самостоятельным в своих играх в ванной. Но почерпнуть вдохновения для веселого и разнообразного ритуала купания может быть очень интересно.

Чем занять ребенка в ванной?

Игры с мыльной пеной

Ребенок будет в восторге от игр с мыльной пеной. Многие дети обожают собирать пену от шампуня с волос и делать из нее причудливые фигуры, например, “бороду” или высокую прическу. Можно воспользоваться пенкой для купания или взять крем для бритья — с его помощью разрисовать стены в ванной.

Имитация аквариума

Можно вырезать из разноцветных махровых салфеток или губок морских обитателей и рыбок. Красная рыбка может быть для мытья правой руки, желтая — левой и т.д. Малыш 1-2 лет может охотно поиграть с рыбками, а потом весело и интересно завершить ритуал купания.

Пузырьки

Соломинка для напитков может стать настоящей находкой в ванной. С ее помощью весело пускать пузыри. Можно добавить немного пены в емкость, например, пластиковую чашку, налить в нее воды и опустить соломинку. Кстати, соломинкой легко двигать легкие предметы по поверхности воды, достаточно на них подуть — вы можете смастерить кораблики и устроить соревнование, чей кораблик придет первым к финишу.

Игрушки для веселого купания

Одним из лучших вариантов игрушек для купания является небольшое ведерко с множеством пластмассовых животных, человечков и др. Ребенок сможет разместить их на углах ванны. Безусловно, огромной популярностью у детей до 2 лет пользуются специальные игрушки для ванной:

-всевозможные кораблики и подводные лодки

- заводные игрушки в виде рыбок, морских животных
- магнитная рыбалка — специальная удочка и рыбки;
- мельницы, управляемые водой
- стикеры и резиновые наклейки для бортиков ванной
- разного рода брызгалки и водяные пистолеты.

Купаемся и развиваем речь ребенка

Отлично развивает речь малыша мелкая моторика. И даже во время водных процедур можно уделять ей внимание. Например, с помощью рисования. Для этого можно использовать специальные карандаши или пальчиковые краски для ванной, а за неимением — и гуашь. Во время рисования можно изучать цвета, буквы, цифры. Малыш с удовольствием будет делать разноцветные штрихи на бортике ванной, изобразит простые рисунки, которые потом можно смыть душем — а это тоже своего рода развлечение.

Здорово, если водные процедуры будут сопровождаться приятными ароматами. Для этого можно использовать шампуни, пенки и гели с разными запахами, чтобы сделать процесс купания ярче и разнообразнее.

Особенности купания детей в 2-3 года

2-3-летний малыш проявляет еще большую самостоятельность в своих водных играх, но все еще нуждается в участии родителя в процедурах купания. Чтобы не скучать, пока следите за крохой, а провести время вместе с пользой и весело, можно попробовать новые игры и занятия.

Игры, игрушки и эксперименты в ванне

Для развития мелкой моторики отлично подойдет игра “На дне морском”. Для этого нужно взять несколько тонущих игрушек или других предметов с гладкими краями. Создайте в воде побольше пены, предложите ребенку бросить предметы в воду и поискать на импровизированном морском дне свои сокровища. Можно дать задание искать какой-то конкретный предмет или выловить все, предварительно угадав, что у него в руках. Такая игра очень полезна для обогащения сенсорного опыта, развития тактильной памяти, мелкой моторики.

Для такой игры легко использовать пенку-гель Медовая дыня “Мое Солнышко®”. Средство поможет создать пышную пену, наполнит воздух приятным ароматом. Пенка-гель подходит для малышей с 1 года.

Кстати, для моторики будет полезной игра “Поймай, если сможешь” — для нее потребуется разрезать кусочек детского мыла на несколько частей. Пусть кроха попробует ловить добычу “голыми руками” — подбодрите его, когда “рыбки” будут то и дело выскальзывать из рук.

Примерно с 3 лет детям становится понятна и интересна сюжетно-ролевая игра. Можно смело приобретать тематические наборы, дорожки для водяных горок и персонажей — ребенок обязательно увлечется.

Что делать, если ребенок боится купаться в ванне

У 2-3 летнего ребенка выяснить причину страха перед купанием несколько проще. Обычно источником тревог становится пережитый ранее дискомфорт или новшества, которые не пришлись по душе — новая колючая мочалка, шампунь, щиплющий глазки, ссадина, которая начала болеть в горячей воде. Важно найти причину и постараться справиться с ней вместе. Старайтесь не проявлять излишнюю настойчивость, действуйте мягко — попробуйте поэкспериментировать, поменять время купания или другие условия. Не сдавайте позиций — малышу нужно понимать, что гигиенические процедуры являются обязательными.

Есть несколько советов, которые могут помочь побороть страх:

- начните с небольшого количества воды — тем более, что ее уровень поднимется, когда ребенок сядет в ванну
- регулируйте, ищите вместе с ребенком комфортную температуру, используя термометр
- приобретите резиновый коврик в ванную, чтобы кроха не боялся травм и не мог поскользнуться
- выбирайте детские шампуни для головы с пометкой “Без слез”
- не оставляйте кроху одного в ванной даже на считанные секунды — он может испугаться.

Ритуалы после мытья

Время после веселых водных развлечений тоже можно превратить в приятное времяпрепровождение. Для малышей, которые боятся купаться, оно

может помочь полюбить ежедневные гигиенические процедуры — сформируются приятные ассоциации.

После принятия ванны укутайте ребенка в мягкое полотенце, отлично подойдет махровое полотенце из пористой ткани. Здорово, если оно будет с капюшоном, так вы сможете сразу промокнуть волосы головы. Не нужно тереть кожу, достаточно мягкого промакивания. В первые минуты важно укутать кроху, чтобы не допустить резкого снижения температуры. А в течение трех минут наступает время позаботиться о здоровье и мягкости кожи — необходимо восстановить ее защитные свойства после контакта с водой. Используйте смягчающую косметику, которая подойдет по возрасту.

Ежедневное купание — приятная рутина, обычно малыши всех возрастов обожают воду и охотно соглашаются на гигиенические процедуры. Желаем сделать эти ритуалы действительно приятными и теплыми!

Кормление малыша с синдромом Дауна

Гимадеева Миляуша Фаритовна, Благотворительный фонд «Даунсайд Ап»,

<https://downsideup.org/elektronnaya-biblioteka/kormlenie-malysha-shag-za-shagom/>

Кормление ребенка с синдромом Дауна – один из самых часто задаваемых вопросов. Родителям необходимо знать об особенностях этого процесса, чтобы избежать серьезных проблем в развитии малыша. Не менее важно, всегда помнить, что детям с синдромом Дауна, как и всем младенцам, показано грудное вскармливание.

В начале жизни малыша один из самых часто задаваемых вопросов, который действительно тревожит родителей, – как правильно кормить ребенка. В этой статье рассказывается об особенностях кормления малыша с синдромом Дауна и о том, как сделать этот жизненно важный процесс приятным и для мамы, и для ребенка.

Организация кормления: первые месяцы

Младенцам с синдромом Дауна, как и всем детям, показано грудное вскармливание. Оно дает ребенку не только возможность получать самое лучшее питание, но и укрепляет его иммунитет, предупреждает появление отитов, развивает мышцы органов речи. Формируя правильные навыки кормления, мы закладываем базу для развития органов артикуляции. Несмотря на некоторые особенности строения челюстно-лицевого аппарата, кормление грудью детей с синдромом Дауна вполне достижимо.

Важно помнить, что кормление малыша – это не только процесс насыщения. Первые несколько недель после рождения ребенок адаптируется к маме, а мама учится понимать ребенка. Именно в это время у малыша появляется чувство, что его любят. Формирование настраивающего поведения и всех дальнейших этапов привязанности во многом зависит от того, как мама кормит малыша, в каком эмоциональном состоянии она находится, как понимает сигналы младенца и реагирует на них. Трудности с сосанием могут отрицательно сказаться не только на физическом развитии ребенка, но и на установлении эмоционального контакта с матерью. Мама, в свою очередь, должна научиться дифференцировать потребности ребенка, не кормить каждый раз, как он заплачет, в противном случае у ребенка в будущем может развиваться булимия (Расстройство процесса приема пищи, которое сопровождается резким усилением аппетита. – Прим. ред.)

Существует ряд причин, которые могут вызвать сложности при организации кормления ребенка с синдромом Дауна:

- медицинские проблемы – нарушение сердечной деятельности, расстройство пищеварения и другие, в том числе длительное нахождение ребенка на интенсивной терапии;
- проблемы с мышечным тонусом – трудности, которые возникают при осуществлении движений языка, губ, челюстей;
- сенсорные проблемы – при наличии повышенной чувствительности у детей может наблюдаться срыгивание и рвота, а при пониженной чувствительности младенцу трудно ощутить, что происходит во рту, ему сложно пережевывать и проглатывать твердую пищу, и она часто скапливается во рту;
- проблемы, связанные с анатомическими особенностями строения ротовой полости;
- проблемы поведения – ребенок может испытывать отвращение к пище, потому что ему часто дают лекарства. Во избежание этого лучше выделить для приема лекарств особую ложку, отличающуюся от обычной, или использовать для этой цели пипетку.

Иногда наблюдается сочетание нескольких осложняющих кормление факторов.

Прежде всего, важно установить, не лежат ли в основе проблем с кормлением медицинские причины. Если дело в них, то нужно провести соответствующее лечение. Во всех остальных случаях проблемами кормления занимается педагог – специалист по ранней помощи.

Советы по организации грудного вскармливания и кормления из бутылочки.

Сразу после рождения ребенок готов сосать грудь или соску. Время кормления – это период установления особых взаимоотношений между мамой и ее малышом. Не случайно оптимальное расстояние, на котором видит новорожденный, – около 20–25 см, – соответствует дистанции между глазами младенца и матери во время кормления грудью. Природа заложила в каждого ребенка желание общаться и взаимодействовать с людьми. Начало этого взаимодействия – возникающий во время кормления контакт глаз, который всю жизнь будет оставаться важным элементом общения. Возможно, и первая улыбка малыша, предназначенная матери, появится у него именно в эти мгновения.

При кормлении из бутылочки ребенка нужно держать в позе грудного вскармливания, то есть на руках у матери и с приподнятой головой. Если он лежит на горизонтальной поверхности, жидкость из бутылочки может попасть в евстахиевы трубы (каналы, соединяющие нос с ушами), а это часто вызывает отит. После года конфигурация евстахиевых труб меняется, и кормление из соски в положении лежа еще чаще ведет к заболеванию ушей.

Поскольку у малыша часто снижен мышечный тонус, снижена и чувствительность его ротовой полости. Чтобы ребенок почувствовал соску во рту, она должна быть не слишком мягкой, а плотной, тугой. В ней лучше сделать не одно, а несколько маленьких отверстий или крестообразное сечение. Основание соски должно быть достаточно широким, чтобы малыш мог захватить ртом только ее кончик. В противном случае она продвинется слишком глубоко, что может вызвать рвоту.

Если малышу трудно сосать, вы можете подготовить его к приему пищи. Так, за 15 минут до начала кормления можно проводить стимуляцию мышц лица и шеи ребенка:

- поглаживать круговым движением пальца вокруг угла рта (палец движется сверху вниз);
- поглаживать лицо в направлении от щек ко рту;
- поглаживать шею в области гортани сверху вниз;
- осторожно поглаживать одним пальцем десны и небо спереди назад; – поглаживать льдом вокруг рта;
- прикоснуться соской к щечке малыша;
- легко надавливать соской на нижнюю губу и кончик языка ребенка;
- стимулировать сосание с помощью пальца: положить указательный палец в рот подушечкой вниз. Осторожно нажимать на язык ребенка, пока он не обхватит языком ваш палец и не начнет совершать сосательные движения. Далее следует быстро вынуть палец и заменить его соском или соской.

Во время кормления используйте для стимуляции сосания свободную руку:

- держите малыша в позе, удобной для сосания;
- возьмите руку ребенка и поглаживайте ее, особенно у основания большого пальца;

– поглаживайте его щеки, подбородок и верхнюю губу по направлению ко рту, стимулируя хороший захват соска или соски.

Если до четырех месяцев между мамой и ребенком установился эмоциональный контакт и малыш маме доверяет, то проблем с кормлением быть не должно.

Жидкая пища: 4–6 месяцев

После четырех месяцев в питание ребенка вводится фруктовый сок, а спустя несколько недель – фруктовое пюре (строго по показаниям врача). Если ребенок находится на грудном вскармливании, прикорм дают с шести месяцев (после консультации с врачом). Особенности строения ротовой полости и языка у детей с синдромом Дауна, а также гипотония всей группы мышц, ответственных за прием пищи, требуют от педагога помощи в организации кормления.

Малыша учат есть с ложки, а также держать бутылочку, регулируя поступление жидкой пищи. Но следует помнить, что если постоянно заставлять ребенка кушать, навязчиво приучать его есть самостоятельно, то ребенок вообще может отказаться от еды.

Как кормить малыша в этот период жизни

Кормить ребенка с ложки можно начинать при введении в его рацион сока и пюре. Пища должна быть мягкой и ровной по консистенции. Однако здесь есть один нюанс: старайтесь реже использовать блендер для перемалывания пищи ребенка, так как он измельчает продукты до состояния однородной массы, которая имеет очень своеобразную консистенцию и вкус, часто отличный от вкуса исходного продукта. Лучше всего тщательно разминать кусочки вилок, тогда ребенок будет ощущать и текстуру продукта, и его реальный вкус.

Ложку с пищей нужно аккуратно положить ребенку на язык и слегка направить язык вниз и вглубь ротовой полости. Очень важно делать небольшую паузу, давая малышу время вытянуть вперед губы и снять пищу с ложки. Если взрослый, приподнимая ложку и проводя ею по верхней губе ребенка, сам «счищает» пищу с ложки, то малыш вынужден закидывать голову назад, а это затрудняет глотание. Возможно, сначала у малыша еще будут присутствовать сосательные движения, но постепенно он поймет, как есть с ложки.

Во время кормления с ложки мама должна сидеть к ребенку лицом, желательно чуть ниже его. В этом случае у нее просто нет возможности приподнимать ложку, «вытирая» пищу о верхнюю губу ребенка, а тот при этом может отлично контактировать с мамой.

Для кормления используется ложка, по размеру близкая к чайной. Она должна быть не очень широкой, чтобы не касаться щек, и не очень длинной, чтобы не вызвать рвоту. Кроме того, ложка должна быть не слишком глубокой, чтобы ребенок легко снимал губами пищу, и не гибкой, чтобы ее было легко ощущать во рту. Учтите, что ложка для еды и ложка для лекарства должны быть разными.

Чашка, из которой пьет малыш, должна быть пластмассовой, с отогнутым краем. Иногда используют чашки с вырезом, который помогает малышу пить жидкость, не закрывая глаза краями чашки. Такой вырез вы можете сделать сами в обычной пластиковой чашке. Начинать лучше с густого питья, например, с кефира или сока с мякотью. Положите край чашки малышу на нижнюю губу и вылейте в рот немного жидкости. Если ребенок не поймет, что нужно закрыть рот, аккуратно приподнимите его подбородок вверх, рот закроется, и малыш рефлексивно сделает глоток.

Введение твердой пищи: 6–9 месяцев

Во время еды ребенок уже может держать в руке сухарик, а возможно, и ложку. Кормите малыша с ложки, пить давайте из чашечки. Как только он захочет есть ложкой сам, обязательно пойдите ему навстречу. Это очень важный момент! Конечно, ребенок сделает это не так аккуратно, как вам бы хотелось, но если вы не будете поощрять его инициативу, период такой активности быстро пройдет и тогда приучить ребенка есть самостоятельно будет очень трудно.

Еда руками

У каждого малыша бывает период, когда он, схватив игрушку или другой предмет, обязательно тянет его в рот. Попробуйте предложить ему вместо игрушки печенье, вполне вероятно, что и его он захочет «попробовать». Если вкус печенья ребенку понравится, он повторит это действие снова и снова. Иногда родители опасаются, что малыш поперхнется, поэтому лучше использовать рассыпчатое песочное печенье, которое практически сразу растворяется во рту. Сначала ребенок будет держать печенье, сухарик или кусок хлеба в кулачке, позже он сможет брать маленькие кусочки пищи щепотью (соединяя большой, указательный и

средний пальцы) или пинцетным захватом (соединяя указательный и большой палец).

Как научить ребенка жевать

Попробовав кусочек пищи, малыш часто выталкивает его изо рта движением языка вперед. Это совсем не означает, что ребенок не хочет съесть этот кусочек. Выталкивание пищи происходит потому, что именно такое движение языком малыш всегда совершал при сосании, и теперь, когда в его рот попала твердая пища, он рефлекторно начинает делать то же самое, что и раньше. Для пережевывания твердой пищи нужны другие движения языка, в частности, не вперед, а из стороны в сторону. Кстати, это очень важно для развития речевых навыков. Как же помочь малышу совершать эти новые манипуляции? Поместите кусочек печенья между щекой и верхней челюстью в районе жевательных зубов. Стараясь передвинуть еду в привычное место в центре языка, малыш просто вынужден будет начать двигать языком из стороны в сторону. Не забывайте класть кусочки еды то слева, то справа. Если вы будете совершать эту процедуру регулярно во время приема еды, по три-четыре кусочка с каждой стороны, результат не замедлит сказаться: через какое-то время вы заметите, что у ребенка появился навык правильного жевания.

Для стимуляции жевания некоторые родители успешно используют узкие длинные дольки вяленого (сушеного) яблока. В этом случае один конец дольки нужно поместить сбоку на десну ребенка, а другой удерживать своей рукой. Не жалейте времени на обучение малыша жеванию! Еще раз напоминаем, что совершаемые при этом движения являются моделью произнесения слога: рот открыт – произносится гласный звук, рот закрывается – согласный.

Общение во время еды

Еда – одна из самых благоприятных ситуаций для развития навыков общения. Нарушение процесса приема пищи – это нарушение процесса взаимодействия. Вот некоторые советы, которые помогут вам при организации такого общения.

Во время кормления называйте вслух продукты, которые вы предлагаете малышу. Ваши комментарии к происходящему за столом должны быть ясными и краткими.

Предлагайте ребенку выбрать, что он сейчас будет есть. Если у вас один вид пищи, пусть он выберет, что он хочет, еду или питье. Если он не знает, как ответить, помогите ему. Ребенок может использовать указательный жест или даже взгляд. Внимательно наблюдая за ним и поняв, что он выбрал, прокомментируйте это словами.

Научите ребенка отказываться от еды, используя отстраняющий жест, тогда вам не придется сталкиваться с выплёвыванием пищи и возмущенным криком. Вы должны признать, что какая-то пища может не нравиться ребенку и он имеет полное право отказаться от нее. Когда малыш поймет, что он не объект, в который «закидывают» еду, а полноправный участник процесса, его попытки сообщить о своем желании или нежелании станут более активными.

«Закрепление пройденного»: 9–12 месяцев

На этом этапе продолжают совершенствоваться навыки самостоятельной еды. Ребенку необходимо научиться брать руками твердую пищу, есть ложкой вязкую пищу, пить из чашки, держа ее двумя руками. Предложите малышу пить жидкость из трубочки. Для этого возьмите маленькую упаковку сока, вставьте в отверстие трубочку и, когда малыш возьмет ее в рот, осторожно сожмите упаковку. При этом часть сока поступит в рот ребенка. Постепенно он приучится сам сосать сок. Питье жидкости из трубочки помогает научиться плотно смыкать губы.

Известно, что до года ребенка можно научить есть любую пищу. А вот после полутора лет сделать это гораздо сложнее. Во многом потому, что проблема кормления как таковая перерастает в проблему поведения, причем и ребенка, и матери. Малыш к этому времени уже научился вести себя за столом определенным образом, он отвергает ту или иную пищу, а маме часто трудно «перестроиться»: терпеливо относиться к «выходкам» ребенка, избавиться от собственных страхов и беспокойств (например, что ребенок подавится, если ему давать сухари) или заставить себя перестать кормить малыша с ложечки. Именно поэтому заниматься организацией правильного кормления необходимо с первых дней жизни ребенка.

Литература по теме:

1. Гимадеева М. Ф., специалист Центра ранней помощи «Даунсайд Ап»
2. Жиянова П.Л. Формирование навыков общения и речи у детей с синдромом Дауна: Пособие для родителей / фото Е.Гросман, Е.Зотова, А.Португалова. - 2-е изд. - М.: Благотворительный фонд "Даунсайд Ап", 2013.-140с.: ил- (Ребенок с синдромом Дауна и особенности его развития)

3. Чубарова А. И. Грудное вскармливание – путь, данный нам природой // Хрестоматия для родителей: Сборник статей, опубликованных в журнале «Сделай шаг» в 1997–2008 гг. – Изд. 3-е. / сост. П. Л. Жиянова, Н. С. Грозная. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2010. – С. 184–190.
4. Чубарова А. И. Как разобраться с нарушениями стула у младенца // Там же. – С. 199–214.

Таблица 1. Структура и базовые компоненты модели психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ

Потребности родителей детей с ОВЗ	Проблемы	Форма коммуникации родителя со специальным педагогом	Комплексы и блоки	Примерное обобщенное содержание конструирования вариативных модулей
1. Комплекс психологического сопровождения				
Потребность в психологической помощи	А. Негативные состояния, связанные с появлением «особого» ребенка.	А. Онлайн	А. Блок преодоления негативных состояний, связанных с рождением/ наличием «особого» ребенка.	А. Знакомство со стадиями переживания стрессовой ситуации, которую провоцирует рождение больного ребенка. Информирование о различных типах реагирования членов семьи на такую ситуацию. Знакомство с причинами, вызывающими чувство вины, и путями преодоления этого состояния. Информирование родителей о психологических портретах родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья.
	Б. Необходимость в сопровождении семейной системы.	Б. Офлайн/ онлайн/ смешанное	Б. Блок сопровождения семейно-центрированной системы.	Б. Психокоррекционный процесс строится с учетом дифференцированного подхода к личностным особенностям родителей детей с

				отклонениями в развитии и включает ряд направлений. Обучение родителей создавать комфортную среду в семье, организовывать вокруг себя и ребенка с ОВЗ позитивную атмосферу. Подготовка взрослых членов семьи к эффективному использованию методов и приемов коррекции взаимоотношений в диадах «взрослый — ребенок», «ребенок — ребенок» и «взрослый — взрослый».
	В. Проблемы психологических установок на изоляцию от социума.	В. Онлайн	В. Блок преодоления психологических установок на изоляцию от социума.	В. Изучение родителями методов и приемов эффективной коммуникации с «особыми» детьми и другими взрослыми, стратегиями поведения в конфликтных ситуациях. Знакомство с приемами и методами расширения социальных связей: уточнение роли общественных организаций в восстановлении социальных связей, освоение технологии поиска различных общественных организаций и сотрудничество с ними. Знакомство родителей с определенными направлениями деятельности существующих групп

				взаимопомощи и самопомощи родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и детей инвалидов, а также с различными технологиями организации таких групп.
	Г. Проблема эмоционального выгорания	Г. Офлайн/ онлайн/ смешанное	Г. Блок преодоления эмоционального выгорания	Г. Учет и преодоление психологических трудностей членов семьи (сам ребенок с ОВЗ, его родители, сиблинги, бабушки/дедушки), профилактика и коррекция эмоционального выгорания, улучшение взаимоотношений всех членов семьи. Оценка родительской эффективности и личностных качеств родителей, их совершенствование. Создание комфортной психологической среды в семье, воспитывающей «особого» ребенка. Изменение неадекватных моделей семейного воспитания такого ребенка на гармоничную. Обучение умению строить взаимоотношения с ним с учетом удовлетворения его базовых психологических потребностей: в безопасности, любви, уважении и принятии.
2. Комплекс информирования и обучения				
Потребность в информировании об особенностях	А. Ограниченные знания об	А. Офлайн/ онлайн/ смешанное	А. Блок информирования	А. Формирование у родителей знаний о

детей с нарушениями развития их возможностях.	особенностях развития детей с ОВЗ и их возможностях.		я об особенностях развития ребенка	возрастных и индивидуальных особенностях ребенка с ОВЗ. Формирование компетентности понимания и заботы о физическом (соматическом) здоровье ребенка (проведение необходимых профилактических мероприятий, медицинское обследование ребенка, направленное на выявление проблем в здоровье ребенка и своевременное их лечение).
	Б. Ограниченные знания о возможностях обучения, коррекции и коммуникации ребенка.	Б. Офлайн-/онлайн-/смешанное диагностирование	Б. Блок информирования об оценках возможностей обучения, коррекции и коммуникации ребенка	Б. Определение оптимального вида обучения и системы образования для ребенка. Обучение наблюдению за развитием ребенка с нарушениями развития, умению контролировать и правильно интерпретировать его изменения. Постоянное обновление информации на основе таких наблюдений позволяет оценить возможности и перспективы развития ребенка, организовать целенаправленные коррекционные занятия, способствовать адекватному планированию коррекционного и образовательного маршрута. Работа строится по следующим


				<p>направлениям: организация наблюдения за развитием своего ребенка; знакомство родителей с приемами и методами диагностики развития ребенка в домашних условиях с учетом основных линий развития; информирование родителей о специалистах, которые профессионально обучают психолого- педагогическому сопровождению ребенка или осуществляют его; знакомство с образовательными организациями различного типа, в которых может обучаться «особый» ребенок, а также с организациями, которые могут оказать помощь ему с учетом нозологии его нарушения.</p>
	<p>В. Недостаточные знания о способах и методах обучения ребенка с нарушениями развития.</p>	<p>В. Офлайн/ онлайн/ смешанное диагностирован ие</p>	<p>В. Блок информировани я о способах и методах обучения ребенка с нарушения- ми развития.</p>	<p>В. Обучение родителей эффективным педагогическим методам и приемам взаимодействия со своим ребенком. Привитие необходимости информирования и обучения адекватным и доступным методам и приемам работы с особым ребенком для преодоления незнания и неумения родителей заботиться о правильном взаимодействии и обучении ребенка. Актуальность</p>

				<p>овладения родителями особых детей</p> <p>инструментарием взаимодействия с ребенком в зависимости от конкретного нарушения/отклонения, возраста, индивидуальных особенностей;</p> <p>освоение технических средств реабилитации и ассистивных технологий обучения и воспитания;</p> <p>изучение и использование специальных методов и приемов обучения дошкольника/школьника с ОВЗ; умение отбирать адекватный наглядный, дидактический и др. материал.</p>
3. Комплекс социального адвокатиования и жизненной навигации				
<p>Потребность в социальном адвокатиовании и жизненной навигации</p>	<p>А. Ограниченное владение информацией В правовых вопросах, направленных на социальную поддержку лиц с ОВЗ и инвалидностью, а также их семей</p>	<p>А. Офлайн/онлайн/смешанное диагностирование</p>	<p>А. Блок информирования о правовых вопросах, направленных на социальную поддержку лиц с ОВЗ и инвалидностью, а также их семей</p>	<p>А. Формирование понимания важности социально-правовой помощи детям с ОВЗ и инвалидностью. Такая помощь является составным элементом государственной системы социальной защиты наиболее уязвимых слоев населения. Изучение основных законов и нормативных документов для обеспечения жизни и деятельности «особого» ребенка и его родителей, а также правовых основ реабилитации. Вопросы организации правовой навигации родителей особого</p>

				ребенка; формирование и развитие навыков толерантного взаимодействия; соблюдение необходимых требований при подготовке документов и организации переписки; знание правовых и организационных вопросов по созданию доступной и без барьерной среды в зоне жизнедеятельности ребенка.
	В. Слабые навыки жизненного прогнозирования	В. Онлайн	В. Блок обучения взрослых членов семьи жизненному прогнозированию	В. Понимание необходимости получения помощи от специалистов, обучение рассмотрению проблемы как задачи, решение которой ориентировано не только на достижение практического результата, но и на выработку у самих родителей новой позиции. Рассмотрение психолого-педагогической помощи как ориентированной на развитие потенциала личности и нахождение внутреннего ресурса родителей для самостоятельного решения проблем и преодоления сложных жизненных обстоятельств. Расстановка целевых ориентиров, определение имеющихся ресурсов и ограничений семьи. Разработка

				индивидуальных планов достижения значимых целей родителей особого ребенка, а также сценарно-ролевая и социальная навигация семьи ребенка с ОВЗ
--	--	--	--	--

Диагностика развития детей раннего возраста

№	Название диагностики	Ссылка на источник
1.	Компьютерная диагностика уровня развития детей (Шкалы KID/RCDI) – услуга предоставляется бесплатно (ГАУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»).	
2.	Печора К.Л., Пантюхина Г.В. Диагностика развития детей раннего возраста. Развивающие игры и занятия. — М.: ТЦ Сфера, 2022 — 80 с. (От рождения до трех)	
3.	Шкала психомоторного развития по Гриффитс (перевод Кешишян Е.С.)	
4.	Детский массаж от рождения до 3 лет	
5.	Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (M-CHAT-R/F)	
6.	Модифицированный Скрининговый Тест на Аутизм для Детей (пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью)	
7.	Тест готовности к детскому саду	
8.	Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста методическое пособие	
9.	Экспресс-диагностика в детском саду	

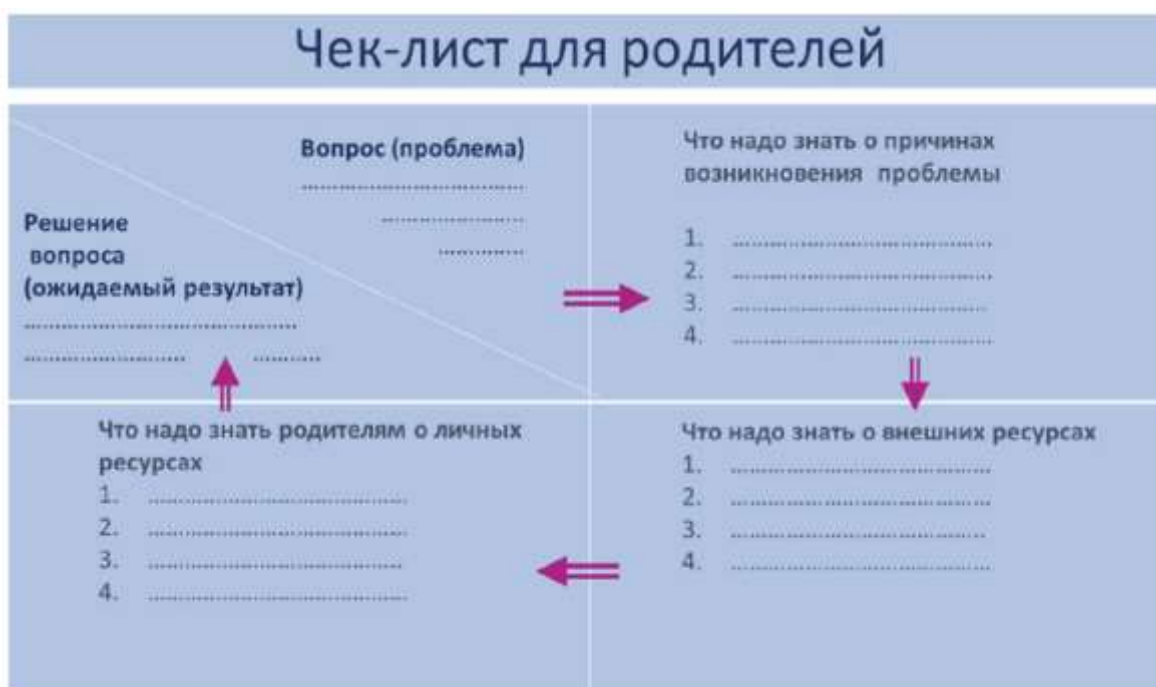
Технология организации консультативной помощи родителям - ориентировочная основа навигации¹

Чек-лист

Этап 1



Этап 2



¹ А.А. Майер, Г.Н. Гришина, Т.В. Зеленкова Ранний возраст: модели и технологии сопровождения развития ребенка в семье: Методические рекомендации / А.А. Майер, Г.Н. Гришина, Т.В. Зеленкова.– Орехово-Зуево: Редакционно-издательский отдел ГГТУ, 2020–70с.– (Навигатор специалиста центра консультирования родителей)

Работа с картой «Ориентировочная основа навигации»
(на примере наиболее частых запросов родителей детей раннего возраста)

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЗАПРОСЫ, С КОТОРЫМИ ОБРАЩАЮТСЯ
К КОНСУЛЬТАНТУ РОДИТЕЛИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**



- Ребенок не хочет идти в детский сад
- Детские истерики
- Ребенок кусается и дерется с родителями
- Конфликтует и дерется с другими детьми
- Ребенок не разговаривает



1. Ребенок не хочет идти в детский сад

На что обратить внимание

- Является ли возраст ребенка благоприятным для начала посещения детского сада.
- Степень привязанности к дому и родителям.
- Готовность ребенка остаться без родителей на какое-то время.
- Как родители готовили ребенка в детский сад.
- Как проходил период адаптации.
- Насколько развиты у ребенка навыки самообслуживания.
- Как ребенок строит отношения с окружающими.

Возможные ресурсы и решения

- Методическая помощь по адаптации ребенка к условиям детского сада.
- Методическая помощь по развитию навыков самообслуживания.
- Подбор психолого-педагогической литературы для родителей по выявленной проблеме.
- Психолого-педагогическая экспресс-диагностика детско-родительских отношений.
- Направление к другим специалистам, если требуется.

2. Детские истерики: ребенок кричит, катается по полу, бьет руками и ногами

На что обратить внимание

- Какие методы используют родители для того, чтобы успокоить малыша.
- Какие ситуации провоцируют состояния истерики у ребенка.
- Режим сна и отдыха у ребенка.
- Достаточно ли внимания уделяет мама малышу. Есть ли в семье другие дети, которым требуется много заботы.
- Были ли изменения в составе и образе жизни семьи.
- Стиль воспитания в семье.
- Есть ли конфликты между членами семьи по вопросам воспитания ребенка.

Возможные ресурсы и решения

- Психолого-педагогическая диагностика стиля семейного воспитания.
- Совместный с родителем анализ семейного воспитания.
- Обучение родителей приемам и правилам поведения при состояниях истерики у ребенка.
- Информационно-просветительская поддержка родителей по данному вопросу.
- Направление к психоневрологу или другим специалистам, если требуется.

3. Ребенок кусается и дерется с родителями

На что обратить внимание

- Уровень и степень жесткости родительских запретов.
- В каких ситуациях проявляется агрессия у ребенка.
- Реакции родителей в ситуациях агрессивного поведения ребенка.
- Стиль семейного воспитания.
- Система поощрений и наказаний в семье.
- Разрешают ли родители быть ребенку самостоятельным.
- Наличие открытых конфликтов в семье.

Возможные ресурсы и решения

- Информационно-просветительская помощь по вопросам возрастного развития эмоциональности ребенка.
- Обучение родителей приемам и правилам поведения при состояниях агрессии у ребенка.
- Совместный анализ ошибок воспитания.
- Диагностика стиля семейного воспитания.
- Методическая помощь родителям в вопросах поощрений и наказаний.
- Направление к психоневрологу или другим специалистам, если требуется.

4. Конфликтует и дерется с другими детьми

На что обратить внимание

- В каких ситуациях ребенок проявляет агрессию к другим детям.
- Реакции родителей в ситуации детского конфликта.
- Формы запретов на агрессию.
- Степень вседозволенности в воспитании ребенка.
- Какое наказание ждет ребенка за агрессию к другим детям.
- Наличие открытых конфликтов и проявление агрессии в семье.
- Достаточно ли внимания уделяется малышу в семье.

Возможные ресурсы и решения

- Совместный с родителями анализ причин детских конфликтов.
- Обучение родителей приемам и правилам поведения в ситуациях детских конфликтов в раннем возрасте.
- Информационно-просветительская помощь по вопросам возрастных кризисов.
- Методическая помощь по вопросам обучения ребенка навыкам общения с детьми.
- Направление к психоневрологу или другим специалистам, если требуется.

5. Ребенок не разговаривает

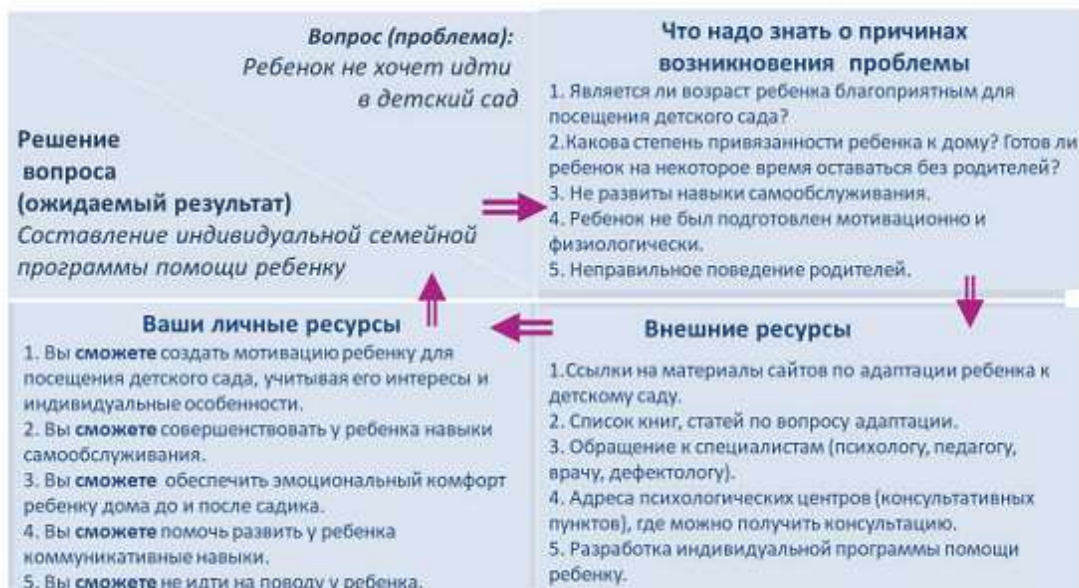
На что обратить внимание

- Степень тревоги родителей по поводу задержки активной речи у ребенка.
- В чем проявляется задержка речи.
- Избегает ли ребенок ситуаций общения.
- Степень насыщенности языковой среды в семье.
- Как родители стимулируют речевое развитие ребенка.
- Условия детско-родительского взаимодействия.
- В какие игры играет ребенок самостоятельно.
- Степень опеки ребенка в семье.
- Организовано ли в семье ситуативно-деловое общение со взрослыми.

Возможные ресурсы и решения

- Методическая помощь по вопросам организации языковой среды в семье.
- Обучение родителей методам стимуляции речевого развития ребенка.
- Методическая поддержка родителей по организации в семье ситуативно-делового общения со взрослыми.
- Информационно-просветительская помощь по игровому сопровождению развития речи ребенка.
- Диагностика детско-родительских отношений.
- Направление к психоневрологу или другим специалистам, если требуется.

Работа с чек-листом для родителей



Готовый чек-лист для родителей

Чек-лист



Содержание

Глава 1. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с трудностями развития	3
Психолого-педагогическое сопровождение взаимодействия с семьями воспитанников с ограниченными возможностями здоровья	3
Психолого – педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ	7
Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: организация, содержание, технологии	13
Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с трудностями в развитии	21
Психолого-педагогические аспекты работы с детьми раннего дошкольного возраста в период адаптации к условиям дошкольного образовательного учреждения	26
Создание модели комплексного сопровождения родителей детей с ограниченными возможностями здоровья посредством информационно-коммуникационных технологий.....	33
Глава 2. Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья; проведение диагностических мероприятий	42
Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья	42
Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития у детей первых лет жизни	53
Алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья	62
Рекомендации при проведении первичного приема с детьми, имеющими РАС.....	66
Глава 3. Особенный ребенок в семье	73
Психологические особенности матерей, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью	73
О практике сообщения диагноза в случае подозрения или обнаружения инвалидизирующей патологии или риска ее развития у ребенка (в том числе внутриутробно) в субъектах Российской Федерации	81
Пути принятия «особого» ребенка	83
Психологическая поддержка родителей детей с ОВЗ при эмоциональном выгорании	89
Семейно-ориентированный подход: что это такое?	94
Глава 4. Развитие родительских компетенций	107
Компетенции родителей детей раннего возраста с особыми образовательными потребностями и инвалидностью как важное условие успешного развития детей группы риска	107
Развитие ребенка от нуля до года	110
Здоровье начинается с мелочей	115
Консультации для родителей «Значение и рекомендации о пользе прогулок с детьми 2-3 лет»	126
Каждому возрасту - своё купание. Советы мам	129
Кормление малыша с синдромом Дауна.....	137

Приложение	145
Приложение 1	145
Приложение 2	153
Приложение 3	154

Иркутск, 2025