Министерство образования и науки Челябинской области

Государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации
работников образования»

О. Б. Конева

# Психологическое консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

*Учебное пособие*

Челябинск
ЧИППКРО
2019

УДК 159.9
ББК 88.4+88.9
К64

*Рекомендовано к изданию решением ученого совета*
*ГБУ ДПО ЧИППКРО*

*Автор*
**О. Б. Конева**, кандидат психологических наук, доцент

**Конева, О. Б.**
**К64** Психологическое консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. Б. Конева. – Челябинск : ЧИППКРО, 2019. – 104 с.

В учебном пособии изложены теоретические и практические основы семейного консультирования и психотерапии детей с ограниченными возможностями развития. Особое внимание уделяется методам изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В пособии содержатся сведения о современных техниках консультирования и психотерапии семьи ребенка с ограниченным возможностями развития: сенсорными нарушениями, интеллектуальной недостаточностью, речевыми расстройствами, эмоциональной сферы и поведения.

Пособие предназначено для слушателей курсов Челябинского института переподготовки и повышения квалификации работников образования, а также психологов, дефектологов, социальных педагогов, воспитателей, учителей.

УДК 159.9
ББК 88.4+88.9

© Конева О. Б., 2019
© ГБУ ДПО ЧИППКРО, 2019

# Содержание

*Введение* .....5

**Глава 1.**
**Теоретические и практические основы семейного консультирования семьи, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями**

1.1. Концепции теорий семейных систем .....7
1.2. Жизненный цикл семьи и семейные функции .....16
1.3. Основы консультативного подхода к работе с семьей, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями .....18

**Глава 2.**
**Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

2.1. Информация, которую можно получить от родителей .....21
2.2. Информация, которую можно получить от ребенка с особыми образовательными потребностями .....28
2.3. Информация, которую можно получить при обследовании семьи .....31

**Глава 3.**
**Психологическое консультирование и психотерапия семьи в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

3.1. Психотерапия и консультирование детей дошкольного возраста .....36
3.2. Арттерапевтические методы психотерапии и психокоррекции в консультативной практике работы с детьми с ОВЗ .....38
3.3. Консультационная и психотерапевтическая работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ.....46

3.4. Общественные организации, центры ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья ..... 50

**Глава 4.**
**Основы компенсирующего подхода в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ**
4.1. Роль и основные положения консультационной и психотерапевтической работы с детьми с ОВЗ ..... 54
4.2. Основные формы организации взаимодействия специалистов и родителей ..... 57
4.3. Задачи и формы психотерапевтического воздействия на ребенка с ОВЗ в семье ..... 59

**Глава 5.**
**Ребенок с проблемами интеллектуального развития в семье**
5.1. Положение ребенка в семье ..... 68
5.2. Основные направления в работе специалистов с семьей ..... 74
5.3. Формы психотерапевтической работы специалистов образовательных учреждений с семьями, имеющими детей с нарушениями интеллекта ..... 76

**Глава 6.**
**Ребенок с нарушением коммуникативного поведения в семье**
6.1. Развитие общения в раннем возрасте ..... 79
6.2. Взаимодействие специалистов и родителей в работе с аутичными детьми ..... 85
6.3. Консультирование и психотерапия семьи ребенка с дефицитом внимания и гиперактивным поведением ..... 89

*Заключение* ..... 101

*Библиографический список* ..... 102

# Введение

Своевременная и квалифицированная помощь со стороны специалистов семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, существенно расширяет комплекс консультативных и психотерапевтических мероприятий. В настоящее время издается достаточно репрезентативной литературы для родителей. Однако было бы неверно полагать, что, прочитав эту литературу, родители смогут самостоятельно овладеть всеми необходимыми приемами и навыками без помощи и поддержки специалистов.

В большинстве случаев родителям, не получившим специальную подготовку, очень трудно оценить возможности ребенка и ситуацию, в которой находится ребенок с ОВЗ. Сотрудничество со специалистами необходимо не только для получения конкретных навыков и умений, но и для личностного роста самих родителей, которые становятся равноправными партнерами специалистов, а в чем-то могут и превзойти их. *Родители*, движимые чувством любви к ребенку, способны индивидуализировать, дополнить, расширить и развить предлагаемые специалистом методы обучения, проявить творчество и изобретательность в деле воспитания своего ребенка, взять на себя огромный повседневный труд помощи ребенку.

Большая ответственность за результат консультативной и психотерапевтической работы лежит на *специалистах: психологах, дефектологах, воспитателях, педагогах, логопедах.* Новые ФГОСы, консультативные и психотерапевтические технологии помощи для детей с ОВЗ еще более расширяют зону ответственности, включая в нее специалистов образовательных учреждений, родителей здоровых детей и все общество в целом.

Нередко *специалисты образовательных учреждений* проявляют нетерпимость к «нестандартному» ребенку. Они не могут оказать квалифицированную помощь родителям, наладить отношения ребенка с ОВЗ с детским коллективом. Единственным желанием у них является изолировать не такого ребенка от сверстников, направив его в какое-либо учреждение для аномальных детей.

Действительно, в ряде случаев это правомерно, так как именно в этих учреждениях детям с нарушением слуха, зрения, речи, интеллекта, моторики могут обеспечить наиболее эффективную коррекционную и психотерапевтическую помощь.

Однако далеко не каждый ребенок с особенностями в развитии должен воспитываться только в специальном детском учреждении. Существует много категорий детей с нерезко выраженными дефектами, а также детей, у которых отклонения в развитии сочетаются с различными заболеваниями внутренних органов, что требует определенного ухода. Для таких детей необходимо домашнее воспитание, не исключающее в то же время посещения образовательных учреждений. В настоящее время имеется *гибкая система интеграции* «особого» ребенка в образовательные учреждения. В зависимости от состояния здоровья ребенка и возможностей семьи она бывает *частичной, полной, комбинированной*, что предоставляет родителям свободу выбора оптимальных условий развития ребенка, а сделать этот выбор помогут специалисты.

Необходимость учебного пособия, посвященного *проблеме взаимодействия специалистов и семьи* в консультировании и психотерапии детей с ОВЗ, определяется более ранним и активным участием родителей в коррекционной работе. Это связано с тем, что в настоящее время социально приемлемым является воспитание «особых» детей в семье с самого их рождения.

Специалисты имеют уникальную возможность опереться в своей работе на самых заинтересованных в ее успешности людей – родителей, которые становятся их партнерами. Родители, в свою очередь, овладевают инструментарием, необходимым для эффективной помощи собственным детям.

*Цель* настоящего пособия – помочь специалистам в области специальной (коррекционной) психологии, дефектологии и педагогики овладеть знаниями и навыками, необходимыми для работы с семьей.

Пособие может быть полезно психологам, дефектологам, специалистам общеобразовательных учреждений, логопедам, врачам-психоневрологам, семейным врачам, родителям и широкому читателю.

# Глава 1.
# Теоретические и практические основы семейного консультирования семьи, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями

## 1.1. Концепции теорий семейных систем

Семейное консультирование представляет собой относительно новое по сравнению с семейной психотерапией направление оказания психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей детей с особыми образовательными потребностями. Первоначально основными открытиями и наработками эта область была обязана семейной психотерапии. Наиболее значимыми для развития семейного консультирования факторами стали: переориентация психоанализа на работу с семьей как в форме детско-родительских отношений, так и в форме совместной супружеской терапии в 1940-х гг.; начало разработки системного подхода Н. Аккерманом; создание Дж. Боулби теории привязанности; распространение бихевиоральных методов диагностики и терапии на работу с семьей, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями и создание совместной семейной психотерапии В. Сатир.

С точки зрения теории систем семья является живой системой и, как все живые системы, состоит из независимых частей, взаимодействие которых обеспечивает такие свойства системы, которыми ни одна из частей не обладает. Поэтому поведение и потребности членов семьи невозможно правильно понять, если рассматривать их изолированно от окружающей среды.

Семья – это нечто большее, чем простая сумма ее составляющих. Отдельные характеристики семьи можно понять, только изучив взаимоотношения между ее членами и взаимодействие ее различных параметров.

В соответствии с концепцией системного подхода выделяют структуру семьи, семейные взаимодействия, семейные функции и жизненный цикл семьи. Структура семьи включает ресурсы

семьи и характеристику ее отдельных членов. Это вход системы, формирующий семейные, культурные и идеологические стили семьи и семейные взаимодействия. В процессе семейных взаимодействий семья выполняет свои функции и удовлетворяет свои потребности. *Семейные функции* – это деятельность, которую семья выполняет, чтобы удовлетворить свои коллективные и индивидуальные потребности. Ее семейные функции являются выходом системы. Наконец, семья как целое постоянно изменяется по мере продвижения по стадиям своего жизненного цикла.

## Структура семьи

Разные семьи отличаются друг от друга по своей структуре: по своему составу, культурному и идеологическому стилю каждая семья является уникальной, что, в свою очередь, обусловливает уникальность процесса семейных взаимоотношений.

При этом наличие в семье ребенка с отклонением в развитии рассматривается лишь как одна из многочисленных особенностей структуры семьи.

**Характеристики членов семьи.** Специальные исследования показали, что этот параметр не является постоянным и изменяется во времени по мере продвижения семьи по стадиям своего жизненного цикла: в семье появляются новые члены, из нее уходят взрослые дети. В семье могут быть потери в связи со смертью ее членов. Меняется не только состав, но и возраст, и другие характеристики семьи. Эти изменения влияют на успешность семейных взаимодействий.

**Культурный стиль семьи.** Этот параметр структуры семьи включает особенности, связанные с этническими и расовыми факторами, различиями в религиозной принадлежности, социально-экономическом и образовательном статусе. Культурный стиль является наиболее статическим компонентом семейной системы. Он непосредственно влияет на формирование семейного идеологического стиля, способов семейного взаимодействия и функциональных приоритетов.

**Идеологический стиль семьи.** Он складывается из верований, убеждений, ценностных ориентиров и адаптивности пове-

дения. На него влияет, как уже подчеркивалось выше, культурный стиль. Например, бедные семьи из-за финансовой нестабильности и невозможности контролировать условия окружающей жизни имеют низкий уровень планирования будущего. Или другой пример: еврейские семьи имеют тенденцию высоко ценить образование и интеллектуальные достижения. Итальянские семьи больше ценят семейную сплоченность, эмоциональную близость и любовь, поэтому поступление ребенка в колледж, территориально удаленный от места жительства, может восприниматься последним чуть ли не как угроза семейной стабильности. Еще одним примером может служить то, что представители среднего класса осуществляют контроль над своими детьми, развивая их внутренний контроль и инициативу, не требуя слепого подчинения власти. Все эти характеристики влияют на то, как семья взаимодействует с ребенком с отклонением в развитии, и на способы влияния такого ребенка на семью. Идеологический стиль семьи является критерием в выборе способов адаптации семьи и сильно влияет на способность семьи успешно функционировать на протяжении всего жизненного цикла.

Преодолевая хронический стресс, связанный с воспитанием нестандартного ребенка, семья использует различные *стратегии,* которые делят на *внутренние* и *внешние.* Любая стратегия семейной жизни заключается прежде всего в оценке ситуации в плане возможности ее изменения. В противном случае приходится изменять восприятие данной ситуации, т. е. примириться с ней.

## Внутренние стратегии

*Пассивная позиция.* Такая позиция является «страусиной» и заключается в избегании поиска решения проблемы. Она основана на надежде, что все уладится само собой. Что бы ни случилось – все воспринимается как должное.

*Активная позиция.* Такая позиция заключается в способности идентифицировать те условия, которые можно изменить, и активной деятельности по их изменению, а также в способности идентифицировать условия, которые изменить невозможно на данный момент и принять их как данность.

## Внешние стратегии

Такие стратегии основываются на умении опираться на экстрасемейные подсистемы, т. е. на индивидуумов и учреждения, не входящие в систему семьи:

– Умение находить и использовать *помощь других людей* – соседей, друзей, других семей, имеющих или не имеющих сходные проблемы.

– Способность находить *духовную поддержку* – советы и помощь религиозных деятелей, участвовать в работе религиозных институтов.

– Умение использовать *ресурсы государственной поддержки.* Разные виды поддержки неодинаково используются на разных этапах жизненного цикла. Как показывают специальные исследования, духовная и общественная поддержка реже используется в полном объеме молодыми супружескими парами, чем парами более старшего возраста.

## Модели семейных взаимодействий

Дети с ограниченными возможностями живут и развиваются в контексте семьи, где любое событие, происходящее с одним человеком, непременно затрагивает остальных. Семейные взаимоотношения можно рассматривать в системе четырех понятий: *подсистемы, сплоченности, адаптивности, коммуникации*.

Внутри каждой семьи выделяют четыре *подсистемы*:

– *Супружеская* (муж – жена).

– *Родительская* (родитель – ребенок).

– *Сибсовая* (брат – сестра).

– *Расширенная семейная* (экстрасемейная) – взаимодействие с друзьями, профессионалами и др.

Ребенок с отклонениями в развитии нарушает все четыре подсистемы. При этом нарушение хотя бы одной из подсистем вызывает изменение и во всех остальных.

Подсистемы описывают, кто и с кем взаимодействует в семье, а сплоченность и адаптивность определяет то, как происходит взаимодействие. *Сплоченность* обычно описывается с помощью двух полярных состояний: *переплетенности* и *разобщенности.*

Семьи, имеющие слабые границы между подсистемами, являются сильно переплетенными и обычно характеризуются гиперопекой и гипервовлеченностью членов семьи в жизнь друг друга. Такая семья, имеющая ребенка-инвалида, испытывает сильный страх перед самостоятельными действиями ребенка, что мешает развитию у него способности действовать и жить независимо. Напротив, в разобщенных семьях границы между подсистемами и вовлеченность некоторых членов семьи в жизнь больного ребенка и тех, кто его окружает, может быть сведена до минимума (например, отец, который избегает супружеских и родительских взаимодействий из-за отклонений развития ребенка). Нормально функционирующие семьи характеризуются балансом между переплетенностью и разобщенностью. Члены такой семьи способны как на тесные связи, так и на определенную автономность.

*Адаптивность* (гибкость) связана со способностью изменяться в ответ на стрессовую ситуацию. Ригидные семьи испытывают трудности, приспосабливаясь к новой ситуации, связанной с необходимостью заботиться о ребенке со значительными нарушениями развития. Например, жесткая роль отца-кормильца не позволит ему разделить с женой тяжесть домашних хлопот, занятий с ребенком. В этом случае мать, заботясь о ребенке, будет вынуждена посвящать ему все свои силы, оставляя без внимания других членов семьи. Такая семья окажется подверженной дисфункциональным состояниям.

Хаотическая семья, живущая без особых правил и принципов, часто нарушает и меняет и те немногие правила, которые все же существуют. Хаотические семьи часто переходят от чувства эмоциональной близости и сплоченности к враждебности и разобщенности.

Проблемы коммуникации возникают в процессе взаимодействия людей. Зачастую члены семьи считают одного человека (например, ребенка с отклонениями в развитии) единственным источником их собственных проблем и пытаются тем самым уменьшить степень собственного беспокойства. Членов семьи не следует обвинять за подобную практику, им следует помочь в понимании того, что их проблемы не объясняются такими простыми причинно-следственными факторами.

Семья, как известно, является для ребенка наименее ограничивающим, наиболее мягким социальным окружением. Ситуация, когда в семье есть ребенок с особенностями развития, может привести к созданию более жесткого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих функций. Присутствие ребенка с нарушениями в развитии в сочетании с другими факторами может сократить возможности для заработка и отдыха. Увеличение нагрузки на одну из функций или ролей сказывается на множестве других функций или ролей членов семьи. Необходимо различать желание родителей и их подготовленность к определенной роли. Специалисты, работающие с детьми, порой создают дополнительный стресс для семьи, когда возлагают на родителей такие обязанности, с которыми те не в силах справиться.

В зависимости от *соотношения сплоченности, гибкости* и *коммуникации* семьи подразделяется на сбалансированные, среднесбалансированные и несбалансированные.

*Сбалансированные* семьи достаточно сплоченные и в то же время гибкие, с доступной всем членами семьи коммуникацией, в целом легче справляются с семенными кризисами и стрессами, чем несбалансированные.

Сбалансированность не является абсолютным показателем, так как, приспосабливаясь к обстоятельствам, сбалансированные семьи могут временно переходить в разряд *среднесбалансированных* и несбалансированных. Однако лишь застревание надолго на крайних позициях приводит к нарушению функционирования.

Объективно складывающиеся взаимоотношения в семье характеризуют семейную целостность. В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого члена семьи, формирование семейного «мы», способности членов семьи самостоятельно решать противоречия и конфликты.

В *несбалансированных* семьях нарушает равновесие во взаимоотношениях, супруги стараются избегать изменений – развития семейного цикла и связанных с этим возможных тревог и потерь, либо, наоборот, взаимодействуют разобщенно, хаотично.

Т. М. Мишина выделяет три основных типа нарушений супружеских взаимодействий у «невротических супружеских

пар»: с отношением соперничества, псевдосотрудничества и изоляции.

*Соперничество*

Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнеру характеризуются незрелостью, несформированностью семейкой роли и оказываются не в состоянии принимать на себя ответственность. Конфликты могут быть представлены как противоречия Главным образом в сферах заботы и опеки.

*Псевдосотрудничество*

С внешней стороны отношения выглядят ровными и согласованными. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат во внесемейной сфере и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, касающимися работы или общения.

*Изоляция*

В совместной деятельности супруги остаются эмоционально обособленными, оказываются не заинтересованными друг в друге как в муже и жене. В основе семейных конфликтов, т. е. дисгармоничного взаимодействия, лежит неадекватность восприятия (Д. А. Петровская), незрелые отношения, служащие удовлетворению и поддержанию «невротических» потребностей в соперничестве, доминантности, защите, опеке.

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия и конфликты. В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности (неспособность к согласованности в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, неврастеническим реакциям ее членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей.

Таким образом, дисгармония в супружеских отношениях создает *неблагоприятный фон* для эмоционального развития ребенка и может стать источником возникновения преневротического патохарактерологического радикала.

Помимо воздействия на развитие ребенка в семье со стороны супружеских отношений, многими авторами изучались

непосредственно детско-родительские отношения, типы воспитания в семье, позволяющие говорить о дисгармонии семейного воспитания.

Были выделены четыре *родительские установки* и соответствующие им типы поведения:

– *«Принятие и любовь»*.

– *«Явное отвержение»*.

– *«Излишняя требовательность»*.

– *«Чрезмерная опека»*.

Между поведением родителей и поведением детей прослеживается определенная зависимость: *«принятие и любовь»* порождают в ребенке чувство безопасности и способствуют нормальному развитию личности, *«явное отвержение»* ведет к агрессивности и эмоциональному недоразвитию. В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев считают, что решающим фактором, который формирует личностные черты, предрасполагающие к возникновению неврастенических реакций у детей, является неправильное воспитание.

Среди *неправильных типов воспитания*, приводящих к возникновению неврозов у детей, выделяют:

– *Отвергающее.* Оно обусловлено рядом осознаваемых и чаще неосознаваемых моментов. Суть его заключается либо в чрезмерной требовательности, жесткой регламентации и контроле, либо в недостатке контроля на почве попустительства.

– *Гиперсоциализирующее.* Возникает на почве мнительности родителей в отношении здоровья ребенка и других членов семьи, социального статуса ребенка среди сверстников и особенно его успехов в учебе, равно как и в отношении к социальному статусу других членов семьи.

– *Эгоцентрическое.* Наблюдается в семьях с низким уровнем ответственности, когда ребенку навязывают представление «я большой» в качестве самодовлеющей ценности для окружающих.

А. И. Захаровым при исследовании семей, в которых дети страдали различными формами неврозов, выделены следующие *параметры воспитательного процесса*:

– *Интенсивность эмоционального контакта* родителей по отношению к детям:

а) гиперопека;

б) опека;
в) приятие;
г) неприятие.
– *Параметр контроля:*
а) разрешительный;
б) допускающий;
в) ситуативный;
г)ограниченный.
– *Последовательность – непоследовательность.*
– *Аффективная устойчивость – неустойчивость.*
– *Тревожность – нетревожность.*

Кроме того, автор исследует различные сочетания этих параметров, их соотнесение с различными видами неврозов. Например, ограничительства, аффективная неустойчивость со стороны родителей приводят к развитию у ребенка невроза страха.

«Сверхпринятие» – к развитию истерического невроза. Выраженное ограничительство в отношении родителей к детям приводит к неврозу навязчивых состояний.

В общем виде выделяются следующие *черты патогенного воспитания*:

– *Низкая сплоченность ж разногласия* членов семьи по вопросу воспитания.

– *Высокая степень противоречивости*, непоследовательности, неадекватности.

– *Выраженная степень опеки* и ограничительства в каких-либо сферах жизнедеятельности детей. *Повышенная стимуляция возможностей* детей, в связи с этим частое применение угроз, осуждений.

В работе А. Я. Варги описаны три неблагоприятных для ребенка с особыми образовательными потребностями *патогенных типа родительского отношения*:

– *Симбиотический.*
– *Авторитарный.*
– *Эмоционально отвергающий.*

Последний характеризуется приписыванием ребенку болезненности, слабости, личностной несостоятельности. Это тип воспитания с отношением к ребенку как к «маленькому неудачнику».

## 1.2. Жизненный цикл семьи и семейные функции

Американский исследователь семьи Торнбалл в 1986 г. выделил пять *периодов, связанных со стрессом*, на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей с отклонениями в развитии.

– *Рождение ребенка* – получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи.

– *Школьный возраст* – становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (интегрированное, специализированное обучение), хлопоты по устройству, переживание реакций сверстников, заботы по внешкольной деятельности ребенка.

– *Подростковый возраст* – привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отвержением, планирование будущей занятости ребенка.

– *Период «выпуска»* – признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей социализации семьи инвалида.

– *Постродительский период* – перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно выпущен из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

Таким образом, чтобы иметь возможность объективно рассматривать проблемы семей с детьми, имеющими ограниченные возможности, недостаточно учитывать лишь внутрисемейные возможности и внутрисемейные факторы.

Маленькие дети с недостатками развития живут не в изоляции. Семья, являясь для них первичным социальным окружением, сама погружена в более широкий социальный контекст. В России социально-экологическая модель привлекает все больший интерес исследователей. Существует концепция проницаемости семьи во взаимодействии с другими экстрасемейными системами. Примером может служить ситуация, в которой семья с ребенком замкнута или открыта для получения поддержки от других семей с подобными проблемами, групп поддержки, социальных институтов и других источников помощи.

## Семейные функции

Семейные функции с точки зрения теории систем являются выходом семейной системы. Выполнение семейных функций является важным условием существования семьи и требует ее определенной независимости от экстрасемейной подсистемы.

Существует множество *классификаций семейных функций* как в отечественной литературе, так и в зарубежной. Однако не многие из них учитывают специфику функций семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

Приведем одну из *классификаций семейных функций.* В соответствии с ней основными являются следующие: *экономическая*, связанная с оплатой банковских счетов, банковскими вкладами, заработной платой и другими финансовыми операциями. На семье лежат также обязанности по удовлетворению *физиологических* потребностей членов семьи, связанных с интимной близостью, приобретением и приготовлением пищи, покупкой одежды, лечением и профилактикой болезней, уходом за домом. Семья выполняет *восстановительную* функцию по организации индивидуального семейного отдыха, хобби ее членов. Важной функцией семьи является *социализация детей*, связанная с развитием социальных навыков и межличностных отношений. Семья способствует *самоидентификации детей.* Помогает им увидеть свои сильные и слабые стороны, способствует развитию чувства принадлежности. Велика *воспитательная* роль семьи. Именно в семье ребенок познает, что такое добро и зло, любовь, дружба, верность. Семья выполняет также *мировоззренческую* функцию, формируя систему ценностей у ребенка. *Образовательная* функция семьи связана с образованием детей и продолжением образования родителей. Наконец, семья играет важную роль *в профессиональной подготовке* и решении проблем, связанных с профессиональной деятельностью.

Для семьи, воспитывающей «особого» ребенка, важными являются такие функции, как *коррекционно-развивающая, компенсирующая* и *реабилитационная*, целью которой является восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Таким образом, понимание семьи как целостной системы позволяет распространить на нее положения, относящиеся к *функционированию системных объектов*:

– Семья обладает сложным внутренним строением, своей психологической структурой и специфическими функциями.

– Семья как целое определяет некоторые характеристики входящих в нее индивидов.

– Семейная система не является простой суммой составляющих ее элементов.

– Каждый индивид семейной системы влияет на других индивидов и сам находится под их влиянием.

– Семейная система обладает способностью к саморегуляции.

Понимание семьи как системы приводит, в свою очередь, к пониманию необходимости применения комплексного подхода к организации клинико-психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии детей, психофизиологической системы мать-ребенок, всей семейной системы в целом.

## 1.3. Основы консультативного подхода к работе с семьей, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями

Многообразие проблем семейной жизни соответствует многообразию теорий разного уровня, в пространстве которых оказывается возможным найти объяснительную модель практически для любого «единичного, особенного и специфического случая», составляющего объект консультирования. Теории дополняют и развивают друг друга, обогащая арсенал диагностических методов работы с семьей, воспитывающей детей с особыми образовательными потребностями и способов психологического воздействия. В работе с семьей важная роль отводится интегративному подходу к семейному консультированию.

Критериями дифференциации психотерапевтических подходов к работе с семьей, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями являются:

– «Единица» анализа семейного функционирования и проблем семьи. В этом случае семья рассматривается как совокуп-

ность взаимодействующих личностей, определенным образом сочетающихся друг с другом. Жизнедеятельность семьи есть результат простой суммации действий всех ее членов. Семья рассматривается как полноценный субъект жизнедеятельности и развития.

– Учет истории развития семьи, временной ретроспективы и перспективы. Соответственно, можно выделить два основных подхода: генетико-исторический и фиксация на актуальном состоянии семьи без учета ее истории.

– Направленность на установление причин возникновения проблем и трудностей жизнедеятельности семьи, ее дисфункции.

Опираясь на различные подходы во взглядах на причины и пути преодоления проблем в семьях, воспитывающих детей с особыми образовательными потребностями можно выделить общие цели семейной психотерапии:

– повышение пластичности ролевой структуры семьи – гибкости распределения ролей, взаимозаменяемости;

– установление открытой и ясной коммуникации;

– разрешение проблем семьи и снижение выраженности негативных симптомов;

– создание условий для развития Я-концепции и личностного роста всех без исключения членов семьи.

Одной из наиболее острых проблем является проблема оценки эффективности консультирования, а потому на первый план выступает вопрос о критериях такой оценки и организации соответствующих ее процедур. Не менее важной, но составляющей перспективу дальнейших теоретических и прикладных разработок семейного консультирования признаётся проблема определения значения факторов и переменных, влияющих на эффективность консультирования; решение ее позволит прогнозировать эффективность консультирования семей, воспитывающих детей с особыми образовательными потребностями, и придать ему более управляемый, планомерный характер.

Критерием оценки эффективности консультирования является реализация поставленных целей с точки зрения клиента. Однако оценка эта может меняться в зависимости от того, кто

из членов семьи ее (семью) оценивает, так как его позиция в значительной мере определяет и итоговую оценку ее успешности. Поскольку каждый из членов проблемной семьи достаточно часто преследует интересы, противоречащие интересам остальных членов семьи, что, собственно говоря, и делает семью проблемной, то оценка итогов консультирования различными членами семьи часто может быть диаметрально противоположной. Разрешение указанного противоречия кроется в обращении к работе с семьей в целом как клиентом и требовании к консультанту занимать позицию защиты интересов семьи в целом, а не отдельных ее членов. Это требование может быть реализовано и при работе со всей семьей, и при работе с индивидуальным клиентом. Чем раньше семья обращается в консультацию, тем больше вероятность успешного разрешения ее трудностей. Важный фактор, влияющий на эффективность консультативной работы – это психологическая готовность всех членов семьи к совместной деятельности, направленной на поиск путей разрешения проблемы.

Эффективность может быть оценена также с точки зрения различных уровней функционирования семьи. Во-первых, на уровне долгосрочного эффекта повышения жизнестойкости семьи, возрастания ее устойчивости к воздействию стрессогенных факторов, успешности разрешения нормативных кризисов жизненного цикла ее развития. Во-вторых, на уровне разрешения реальных трудностей и проблем семьи и, в-третьих, на уровне оптимизации ролевой структуры, общения, сотрудничества и более полного удовлетворения потребностей как семьи в целом, так и каждого ее члена, роста сплоченности семьи и субъективной удовлетворенности браком.

# Глава 2.
# Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

## 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 родителям и 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-четырех 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 истерии. (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 (более подробно эти методы описаны в главе 5).

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;

– 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.

## 2.2. Информация, которую можно получить от ребенка с особыми образовательными потребностями

Для получения информации о семье нередко используются *проективные методики*, основанные на принципе проекции, т. е. перенесения на других людей своих собственных потребностей, отношений, качеств, желаний.

### Методика «Рисунок семьи»

Этот метод используется для исследования восприятия детьми семейных взаимоотношений. Маленькие дети яснее выражают себя через действие, чем словами. Тест доступен детям с невысоким интеллектом. Они в состоянии улавливать нюансы отношения к ним членов семьи и ощущать свое одиночество в семье (Е. С. Романова, С. Ф. Потемкина). Метод является эм-

пирическим и может являться базисом для построения различных гипотез в совокупности с другими методами обследования.

Ребенку предлагают нарисовать свою семью. Интерпретацию рисунка условно разделяют на три части: 1 – анализ структуры «Рисунка семьи»; 2 – интерпретацию особенностей графических презентаций членов семьи; 3 – анализ процесса рисования.

Анализ структуры «Рисунка семьи» и сравнение состава нарисованной и реальной семьи. Ожидается, что ребенок, переживающий эмоциональное благополучие в семье, будет рисовать полную семью.

Принято считать, что отсутствие кого-то из членов семьи на рисунке или оттягивание времени их изображения – один из симптомов и признак конфликтных семейных взаимоотношений, психического дискомфорта ребенка в семье.

Отсутствие на рисунке автора означает конфликт между ним и семьей или кем-то из ее членов. Таким способом ребенок выражает свой протест против неприятия его в семье. Если ребенок из всей семьи рисует только себя, это, скорее всего, признак его одиночества в семье. Рисунок без кого-то из родителей или других членов семьи (например, сестры, брата) указывает, что именно этот родственник – источник дискомфорта и переживаний ребенка. Если ребенок «расширяет» свою семью, вводя в нее постороннего человека, этим он пытается восполнить дефицит любви, недополученный от близких.

Значимость членов семьи ребенок обозначает с помощью размеров фигур. Чем больше значимость, тем больше размер его фигуры. Когда все хорошо в семье, ребенок изображает себя ростом с маму и папу, рядом с ними. Если он рисует себя с краю после братьев и сестер, далеко от папы и мамы, это может говорить о его ревности к другим детям.

Об эмоциональной близости или разобщенности родственников может свидетельствовать маленькое или большое расстояние между ними. Чем ближе эмоционально члены семьи друг другу, тем ближе они расположены на бумаге. В неблагополучных, конфликтных семьях родственники изображаются далеко друг от друга, а пространство между ними заполнено вещами, предметами.

*Кинетический рисунок семьи.* Ребенку дается инструкция нарисовать каждого члена семьи, включая себя, делающего что-нибудь. Эти кинетические (изображающие действие) рисунки могут быть более информативными, чем рисунки, выполненные по традиционным инструкциям.

Таким образом, детские рисунки человеческих фигур могут быть получены с использованием различных инструкций и методов анализа.

*Для изучения семейных взаимоотношений* педагог может использовать методики комментирования картинки, завершения рассказа, неоконченных предложений, а также игровые задания.

**Игровые задания**

Педагог может предложить ребенку поиграть в игру «Чем я близких своих порадую, чем могу огорчить». Предлагаются два контура лица человека (хмурое и улыбающееся) и набор сюжетных картинок, отражающих и плохие, и хорошие поступки детей.

Ребенку предлагается рассмотреть картинки, представить себя главным действующим лицом и затем разложить картинки. Если маме (папе, бабушке) поступок понравится, картинку надо положить к улыбающемуся лицу, а если огорчит, – к хмурому. Анализ выполнения задания дает основание судить о взаимоотношениях взрослых и ребенка, о единстве требований, предъявляемых ребенку взрослыми членами семьи, ценностных ориентациях семьи.

**Методика комментирования картинок.** Ребенку предъявляются картинки, изображающие сцены из семейной жизни. Предлагается описать картинку (что нарисовано?) и озвучить (например, что мама или папа говорили дочке или сыну). Ребенок рассказывает о картинке, опираясь на собственный опыт, наделяя персонажей своими переживаниями и отношениями.

**Методика завершения рассказа.** Педагог предлагает ребенку сочинить вместе рассказ: «Я придумаю начало, а ты конец». Конец рассказа придумывает ребенок в зависимости от того, как реагировала бы его собственная мама в подобной ситуации.

**Методика неоконченных предложений** используется достаточно часто. Педагог предлагает ребенку «поиграть»: «Я начну предложение (фразу), а ты закончишь». Педагог играет роль ребенка, а ребенок мамы (папы). В ходе игры «ребенок» (педагог) обращается к «маме» (ребенку) с просьбами. Как и в других проективных методиках, предлагаются хорошо известные ребенку ситуации.

Проективные методики и игровые методы помогают педагогу увидеть «глазами ребенка» стереотипы повседневного общения в семье, помочь родителям понять мотивы поведения собственного ребенка, убедить в целесообразности изменения отношения к нему, если в этом назрела необходимость.

Широкие возможности для изучения семейных взаимоотношений и положения ребенка в семье предоставляет *проективная методика Рене Жиля*, содержащая 42 вопроса и рисунки, на которых ребенок определяет свое место среди членов семьи в разных ситуациях.

С детьми начиная с 6-летнего возраста можно использовать метод интервью. По наблюдениям специалистов ребенок с особыми образовательными потребностями способен точно определять суть семейных взаимоотношений, семейные роли.

## 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 Ге-*

*ринга»*. Эмоциональная близость между членами семьи представлена на здесь как расстояние между фигурами. Этот показатель точно отражает восприятие ими отношений в семье. Тестовый материал состоит из доски, разделенной на 81 квадрат (9×9), 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 рас – положения 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 инструментарии 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 проведе-

нии, 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 стандартизованной рисуночной методикой является тест «Нарисуй человека» Ф. Гудинаф, 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 обусловливает 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 помесячно.

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 и 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.

# Глава 3.
# Психологическое консультирование и психотерапия семьи в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

## 3.1. Психотерапия и консультирование детей дошкольного возраста

Семейная, консультационная, психотерапевтическая и психокоррекционная работа представляет собой стадии единого психоконсультативного и терапевтического процесса, направленного на восстановление и укрепление психического здоровья личности посредством нормализации отношений в семье.

*Консультирование семьи* – это разновидность психологического группового консультирования, объектом которого является семья, или как часто говорят, подчеркивая системный характер отношений – семейная система.

*Психотерапия* – это комплексное лечебно-психолого-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений и их предупреждений, развития адекватного отношения к себе, своему дефекту и окружающей среде. *Психотерапия у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)* в развитии тесно связана с лечебно-педагогическими мероприятиями, со всем процессом лечения, обучения и воспитания. Для проведения психотерапии специалист должен быть хорошо ориентирован в специфике заболевания ребенка.

Психические особенности детей дошкольного возраста (повышенная внушаемость, эмоциональная чувствительность, привязанность к врачу, воспитателю, педагогу) раскрывают *широкие возможности для эффективного использования психотерапии* совместно с педагогическими мероприятиями.

Современная концепция реабилитации детей с отклонениями в развитии предусматривает интегральный подход к ребенку, комплексную оценку структуры дефекта и установление не только традиционного медицинского диагноза, включающего

оценку как нарушенных, так и сохранных компонентов психики, взаимосвязь интеллектуально-познавательных нарушений, эмоционально-личностных особенностей и коммуникативного поведения. При этом особенно важно выявить у каждого ребенка специфику его взаимодействия с матерью и другими членами семьи, а также его избирательные интересы и способности. Психотерапия представляет собой сочетание лечебной^ педагогики и воспитания личности.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у многих детей с отклонениями в развитии рано возникают *вторичные эмоциональные расстройства реактивного характера* в виде чувства неуверенности, страха речевого общения, пониженного фона настроения, чрезмерной обидчивости, тревожности. Все эти эмоциональные расстройства ослабляют еще больше нервную систему ребенка и создают неблагоприятные условия для развития различных невротических состояний (заикания, энуреза, страха, насильственных движений – тиков и т. п.).

Важное значение при работе с дошкольниками имеет *игровая психотерапия.* В играх подбираются специальные ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него. В процессе игры ребенок обучается адекватному взаимоотношению с окружающими.

Метод игровой психотерапии в лечении детей с шизофренией, аутизмом разработан А. С. Спиваковской, В. В. Лебединским, О. С. Олихейко и др. На первом этапе психотерапевтической работы педагог наблюдает за ребенком в различных игровых ситуациях. На втором этапе ребенок активно вовлекается в целенаправленную игровую деятельность. Важен дифференцированный подбор сюжетов для игр, способствующих адаптации ребенка к своему окружению. Содержание игр должно всегда соответствовать уровню умственного развития ребенка.

Игротерапия включает специальные игры с музыкальным сопровождением, игры с перевоплощением, а также особые приемы психотерапевтической работы при прослушивании сказок, рисовании и т. п.

В играх подбираются специфические ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него. В процессе игры педагог обучает ребенка адекватному взаимодействию с окру-

жающими детьми и взрослыми. На первом этапе игровой терапии педагог наблюдает за ребенком в различных игровых ситуациях. На последующих этапах ребенок активно вовлекается в целенаправленную игровую деятельность. Педагог подбирает специальные игры и пособия, направленные на развитие адаптации к окружающему миру, развивающие предметно-практическую деятельность, речь, познавательные процессы. Содержание игры должно всегда соответствовать уровню умственного развития ребенка. Педагог-дефектолог помогает родителям в разработке специальных игр, выполняющих развивающую и коррекционную функции.

При этом не следует недооценивать роль матери. Помните, что лучшим психотерапевтом для ребенка является мать.

## 3.2. Арттерапевтические методы психотерапии и психокоррекции в консультативной практике работы с детьми с ОВЗ

Психотерапия и психокоррекция, используемая в консультативной практике работы с детьми с ОВЗ, включает в себя различные методики, среди которых особо выделяются арттерапевтические.

Термин «арттерапия» состоит из двух частей: «арт» означает *искусство*, «терапия» – *лечебное воздействие*; во второй части понятия отражены направленность, цели, задачи, технология и содержание.

Арттерапия особенно эффективна в коррекционной работе с детьми с *нарушениями эмоционально-личностного развития* (И. Ю. Левченко):

– эмоциональной и другими формами депривации, переживаниях эмоционального отвержения, стрессовых ситуациях, депрессивных состояниях, снижении психического тонуса, эмоциональной лабильности, импульсивности, синдроме дефицита внимания повышенной тревожности, страхах, повышенной аффективной возбудимости;

– нарушениях в сфере коммуникативных процессов: наличие конфликтных межличностных отношений, напряженных

отношениях в микросоциуме, негативной Я-концепции, низкой, дисгармоничной, искаженной самооценкой, низкой степени самоприятия, повышенной агрессивности;

– психосоматические отклонения, расстройства, которые могут проявляться в виде вегето-сосудистой дистонии, повышенной склонности к головным болям, аллергическим реакциям, нарушениям аппетита.

*Основную цель арттерапевтической работы* можно определить как коррекцию отклонений в эмоционально-личностном развитии на основе создания оптимальных психологических условий для стимуляции развития индивидуального творческого потенциала личности средствами искусства.

Арттерапевтическая работа с ребенком с отклонениями в развитии может дать положительную динамику, если она, опираясь на основные принципы, реализуется во взаимодействии психолога, педагога с ребенком и его родителями, при активной роли самого ребенка, а также когда задачи такой работы ставятся с учетом понимания целостной личности, в совокупности всех ее качеств и свойств.

Арттерапевтическая работа с детьми с ОВЗ опирается на принципы психокоррекционной работы и непосредственно арттерапевтические принципы.

## Принципы психокоррекционной работы

*1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач.* Этот принцип указывает на необходимость определения в любой коррекционной программе *трех видов задач*:

1. *Коррекционной* – исправление отклонений и нарушений.

2. *Профилактической* – предупреждение отклонений и трудностей в развитии.

3. *Развивающей* – оптимизация, стимулирование, обогащение содержания развития.

Единство всех трех видов задач обеспечивает эффективность коррекционно-развивающей программы.

*2. Принцип единства диагностики и коррекции развития.* Началу осуществления коррекционной работы должен предшествовать этап комплексного диагностического обследования.

Цели и содержание коррекционной работы могут быть определены только на основе комплексного, системного, целостного, динамического изучения ребенка, его дифференциально-диагностического и клинико-психолого-педагогического обследования. Реализация коррекционной задачи требует постоянной фиксации происходящих изменений в состоянии ребенка, при этом сам процесс коррекции дает материал для более точной диагностики.

*3. Принцип взаимосвязи коррекции и компенсации.* Вся система коррекционной работы призвана компенсировать нарушения в развитии и направлена на реабилитацию и социальную адаптацию ребенка с проблемами в обществе. Коррекция и компенсация – это тесно связанные между собой процессы, которые обусловливают друг друга и не могут рассматриваться один без другого. Цель коррекционной работы непосредственно связана с результатом – компенсацией нарушения.

*4. Принцип комплексности методов клинико-психолого-педагогического воздействия.* Принцип утверждает необходимость использования всего многообразия методов, технологий и приемов из арсенала специалистов разных профилей: клиницистов, психологов, педагогов-дефектологов, воспитателей, психотерапевтов. Выбор определяется целями, задачами программы оказания ребенку помощи, его возрастных и индивидуальных особенностей и семейной ситуации.

*5. Принцип учета возрастных психологических и индивидуальных особенностей развития.* Принцип согласует требования соответствия хода психического и личностного развития ребенка нормативному развитию и признание факта уникальности и неповторимости пути развития конкретной личности с другой. Определяет индивидуальный подход к ребенку и построение коррекционной работы на базе основных закономерностей психического развития с учетом сензитивных периодов, понимания значения последовательных возрастных стадий для формирования личности ребенка.

*6. Принцип личностно ориентированного и деятельностного подхода в осуществлении коррекционной работы.* Этот принцип основан на признании развития личности в деятельности, а также того, что активная деятельность самого ребенка в рамках веду-

щей для возраста деятельности является движущей силой его развития (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, В. Н. Мясищев и др.).

*7. Принцип оптимистического подхода в коррекционной работе с ребенком с особенностями в развитии.* Предполагает организацию «ситуации успеха» для ребенка, веры в ее положительный результат, утверждение этого чувства в ребенке, поощрение даже самых незначительных достижений.

*8. Принцип учета эмоциональной сложности материала.* Проводимые игры, занятия, упражнения должны создавать благоприятный эмоциональный фон, стимулировать положительные эмоции.

*9. Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком.* Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений, субъектом которой он является (Л. С. Выготский, Л. А. Венгер и др.). Развитие ребенка происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми. Особенности межличностных отношений, общения, форм совместной деятельности и способов ее осуществления составляют важнейший компонент развития, определяют зону его ближайшего развития. Успех коррекционной работы с ребенком наряду с другими составляющими зависит и от сотрудничества с родителями. Объектом развития является не отдельный ребенок, а целостная система социальных отношений, субъектом которых он является, и в первую очередь его семья.

*10. Принцип программированного обучения.* Данный принцип предусматривает разработку программ, состоящих из последовательных операций, выполнение которых ребенком сначала с помощью взрослого, а затем самостоятельно приводит к формированию у него необходимых умений, навыков и действий.

*11. Принцип усложнения.* Переходя от простого к сложному, каждое задание должно проходить ряд этапов: от минимально простого к максимальному сложному.

*12. Принцип дифференцированного и индивидуального подхода в условиях коллективного обучения.* Этот принцип принимает во внимание как индивидуальные особенности каждого

ребенка (особенности высшей нервной деятельности, темперамент, уровень развития эмоционально-волевой сферы, уровень знаний и навыков и т. д.), так и специфические особенности, присущие детям с различными категориями нарушения развития, т. е. позволяет избирательно осуществлять коррекционно-образовательную деятельность согласно природе индивидуального недостатка развития. Дифференцированный подход учитывает вариативные типологические особенности в рамках одной категории нарушений. Он позволяет в пределах общего содержания обучения организовать его в соответствии с возможностями и особенностями детей в каждый отдельный период обучения; программный материал имеет разные уровни трудности.

**Четыре принципа арттерапевтического воздействия (по А. И. Копытину)**

*1. Принцип использования разнообразных материалов.* Данный принцип означает, что в арттерапевтической работе следует использовать «разнообразные изобразительные материалы и средства визуальной, пластической экспрессии» с целью самовыражения с их помощью.

*2. Принцип создания условий.* Работа с изобразительными материалами и различными «средствами визуальной, пластической экспрессии» должна быть организована в определенных условиях (кабинете психотерапевта, художественной студии/ателье, специально приспособленного для занятий), помогающих создать у него ощущение безопасности и способствовать свободному самовыражению.

*3. Принцип посредничества.* Работа с «изобразительными материалами и средствами визуальной пластической экспрессии» должна проводиться в присутствии специалиста, обладающего достаточными навыками изобразительной деятельности и в то же время способного понимать психологическое содержание изобразительной продукции клиента и выступать в качестве посредника в «диалоге» автора со своей изобразительной продукцией.

*4. Принцип использования специфических приемов в арттерапевтической работе.* Арттерапевтическая деятельность

предполагает использование специалистом определенных приемов, помогающих осознать отраженное в изобразительной продукции содержание внутреннего мира.

*Использование арттерапии* в специальном образовании предполагает *две формы организации: индивидуальную и групповую.* Однако, несмотря на различия, групповая и индивидуальная формы едины в том, что фокусом психокоррекционного воздействия в том и другом случаях является каждый ребенок, а не группа в целом. Форма организации определяется характером нарушений в развитии ребенка и коррекционными задачами. Если проблемы ребенка лежат в сфере эмоциональных отношений и эмоционального развития, более эффективно на начальном этапе использование индивидуальной формы арттерапии; а когда трудности в развитии ребенка концентрируются вокруг социального приспособления, то предпочтительной является групповая форма работы.

Арттерапевтические методики в психокоррекции способствуют гармонизации личности детей с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивают коррекцию психоэмоционального состояния ребенка, психофизиологических процессов посредством соприкосновения с искусством.

Методы арттерапии предоставляют ребенку с ОВЗ возможности для самовыражения и саморазвития, самоутверждения и самопознания. Созданные ребенком в процессе арттерапии творческие работы и их признание взрослыми повышают его самооценку, степень его самопризнания, что особенно важно для ребенка, постоянно переживающего ситуацию неуспеха.

*Основным методом* арттерапевтического воздействия является *коммуникация,* активное сотрудничество, творческий диалог, партнерство. В этом заключается его принципиальное отличие от традиционных схем взаимодействия «врач – пациент», «учитель – ученик».

Преодоление внутренних барьеров возможно средствами искусства, через изменение образа себя, преобразования ситуации изоляции и отчуждения в ситуацию диалога и взаимодействия. Терапевтический эффект возникает как дополнительная

функция искусства, помогающая избавиться от стрессов, страхов и других психологических проблем.

Два механизма психологической коррекции с помощью арттерапии по О. А. Карабановой (1997 г.):

1. Искусство позволяет в своеобразной символической форме переконструировать травмирующую ситуацию и найти выход из нее, используя креативные способности ребенка.

2. Под воздействием искусства появляется эстетическая реакция, изменяющая действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л. С. Выготский, 1987 г.).

*При коррекции средствами изобразительного искусства используются разнообразные приемы (А. И. Копытин):*

1. Упражнения, предполагающие работу с разными изобразительными материалами и имеющие целью общую *активизацию и развитие сенсомоторной сферы* (например, разминая кусок глины, сосредоточить внимание на своих ощущениях).

2. «Общие» темы и упражнения, позволяющие изучать проблемы детей и выражать самые разнообразные переживания (рисунки на свободную тему или на заданную значимую тему – «добро и зло», «страх» и пр.).

3. Темы, связанные с *восприятием себя,* позволяющие изучать систему отношений детей и положительно влиять на ее изменения (нарисовать или вылепить автопортрет; изобразить, каким тебя видят друг и недруг; нарисовать свой герб, отражающий характерные свойства личности и т. п.).

4. Упражнения и темы, позволяющие изучить *отношения в семье ребенка* с целью выявления причин нарушений поведения и их последующей коррекции (с помощью песочницы и разных фигурок скомпоновать какую-то бытовую сцену; изобразить членов семьи в виде животных или предметов).

5. Работав парах, направленная *на развитие коммуникативных возможностей школьников* («каракули Винникота» – один участник рисует каракули и передает другому, чтобы тот создал образ; один участник начинает рисунок на свободную или заданную тему, а другой заканчивает; затем результаты совместной работы обсуждаются).

6. Совместное групповое рисование, также направленное на *развитие социальных навыков* («групповая фреска» – на боль-

шом листе бумаги рисуют одновременно или по очереди на ту или иную тему: «жизнь в школе», «поход», «день рождения», «мир вокруг нас»).

7. *Групповые изобразительные* игры («странное животное» – один ребенок рисует голову животного, загибает лист и передает следующему участнику; тот рисует туловище, загибает лист и передает дальше; в конце каждый пытается рассказать от первого лица о какой-либо части фигуры, которую он не рисовал; аналогично изображается и человек).

8. Изобразительная работа на основе *направленной визуализации* (представления какого-то зрительного образа) или материала сновидений (дети с помощью арттерапевта вызывают у себя образ на какую-то тему, например путешествие на ковре-самолете или образ из сна, и изображают наиболее яркие впечатления, которые затем обсуждаются).

9. Техники, *сочетающие изобразительную деятельность с другими формами творческого самовыражения* (передача впечатлений от музыки с помощью рисования в процессе ее прослушивания; изображение образов, вызываемых звучанием собственного имени, ощущениями от своих танцев под музыку, изображение в рисунке или скульптуре каких-то своих качеств в виде отдельных персонажей и разыгрывание диалогов между ними, отражение в рисунке впечатлений от поэтических произведений и т. д.).

10. Упражнения, помогающие при разрешении конфликтных ситуаций или служащие для *профилактики конфликтного поведения в семье*, в школе (изображение конфликта в конкретном или метафорическом виде с последующим обсуждением; создание композиций на тему «шторм», «взрыв»; крупномасштабная работа с использованием малярных кистей, губки и пр. для «выпускания пара»; рисование историй возникновения конфликтов в подгруппах по 2–5 человек с последующей передачей рисунков другой подгруппе, которая пытается определить содержание рисунка, роли отдельных участников и их точки зрения).

Как один из удачных примеров арттерапевтической практики можно привести апробацию разработанных автором программ «Формирование эмоционально-волевой сферы у детей с

проблемами в развитии средствами искусства» и «Применение арттерапевтических приемов на занятиях изобразительным искусством».

После выполнения заданий, предложенных в программах, учащиеся, независимо от возраста и отклонений в развитии, получили основные навыки изобразительной деятельности. Помимо этого у детей, занимавшихся по данной программе, повысилась самооценка, улучшились отношения дома и со сверстниками, поведение, прилежание и успеваемость в школе.

## 3.3. Консультационная и психотерапевтическая работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ

Психологическое консультирование рассматривается как особый вид социального и межличностного воздействия, направленного на оказание психологической помощи клиенту, в котором специально обученный, компетентный и облеченный соответствующими социальными полномочиями консультант помогает клиенту в разрешении его проблем и трудностей психологического характера. Принципиальное различие консультирования и психотерапии связано с каузальной моделью объяснения причин трудностей и проблем развития семьи, воспитывающей детей с ОВЗ, ставшей объектом психологического воздействия. Соответственно, психотерапия ориентируется на медицинскую модель, в которой семья выступает важным этиологическим фактором, обусловливающим возникновение и патогенез личности ребенка, с одной стороны, и ее ресурсы жизнестойкости и устойчивости – с другой. Так, в этой модели акцентируется важность наследственного фактора и конституциональных особенностей человека, неблагоприятных средовых факторов в возникновении дисфункции семьи. Психотерапевт выступает «посредником» между клиентом (семьей) и проблемой, играя ведущую роль в ее разрешении. В модели консультирования в фокусе внимания оказываются задачи развития семьи, особенности ее ролевой структуры и закономерности функционирования. Консультант создает условия для организации ориентировки членов семьи, воспитывающей ребен-

ка с ОВЗ в проблемной ситуации, анализа ситуации, планирования «веера» возможных решений. Ответственность за принятие решения и его реализацию составляет прерогативу самого клиента, способствуя его личностному росту, жизнестойкости его семьи.

Цели семейного консультирования могут быть определены как развивающие, коррекционные, профилактические, адаптивные. *Развивающие цели* связаны с ростом ресурсов семьи в сфере самоорганизации и саморазвития. Итогом психологической работы становится рост компетентности семьи в разрешении нормативных и ненормативных кризисов и проблем. *Коррекционные цели* предполагают оптимизацию ролевой структуры семьи, повышение уровня ее сплоченности, улучшение межличностной коммуникации. *Профилактические цели* связаны с ростом фрустрационной толерантности семьи, *адаптивные* – с успешным разрешением конфликтов, кризисов, проблем семьи.

К сожалению, в некоторых случаях сама семья может являться источником психической травмы.

*Психическая травма* – это прежде всего психическое переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние. *Психотравмирующее переживание* – это состояние, сильно воздействующее на личность. Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний является их центральное место в структуре личности и особая значимость для Индивида.

Хроническая психическая травматизация у ребенка может быть обусловлена воспитанием его родителями с психическими расстройствами, хроническим семейным алкоголизмом, неврозами, эпилепсией и другими заболеваниями.

Так, известно, что дети родителей, страдающих алкоголизмом, относятся к группе риска по множественной нервно-психической патологии.

Неблагоприятное влияние на развитие ребенка может оказывать так называемая *«семейная тревога»* у обоих или одного из членов семьи. Характерным признаком этого типа тревоги является то, что она проявляется в виде постоянных сомнений, страхов, опасений, касающихся прежде всего семьи. Это страх

в отношении здоровья членов семьи, беспокойство при их отлучках, поздних возвращениях.

В основе «семейной тревоги», как правило, лежит неуверенность, чувство беспомощности.

В настоящее время предлагается много различных психотерапевтических программ по работе с родителями, в которых большое место уделяется групповой психотерапии. Ее целью является *создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях* детей с проблемами в развитии, вооружение родителей знаниями по возрастной и специальной психологии. При этом выделяются *следующие задачи*:

– формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;

– развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров, мешающих полному самовыражению;

– формирование позитивных установок в сознании родителей;

– оптимизация родительско-детских отношений;

– гармонизация супружеских отношений;

– совершенствование коммуникативных форм поведения;

– формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Оптимальный размер психокоррекционной группы – четыре человека. Занятия проходят один раз в неделю продолжительностью четыре академических часа.

В программе используются методы *гештальттерапии, арттерапии, танцтерапии, трансактный анализ.*

Каждое групповое психокоррекционное занятие имеет *несколько этапов работы.*

*Разминка.* На этом этапе идет подготовка к психологической работе. Для этой цели используются специальные психогимнастические упражнения, направленные на создание позитивного настроения, помогающие участникам настроиться на доброжелательное отношение к себе и друг другу, на доверительный стиль общения. На этом этапе применяются упражнения на внимание, на снятие напряжения и раскрепощение, на сокращение эмоциональной дистанции, на тренировку способностей выражения своих чувств с помощью мимики и жестов.

*Основная часть.* На этом этапе идет основная психокоррекционная работа по переоценке и переосмыслению жизненных позиций и установок родителей. Этому помогают следующие формы.

*Разыгрывание ролевых ситуаций.* Участникам предлагается проигрывать различные ситуации, причем роли подбираются соответственно личностным особенностям и установкам участников. Разыгранные ролевые ситуации затем также подвергаются обсуждению и анализу участниками группы.

*Аутотренинг.* Применяется техника релаксации по Э. Джейкобсону и И. Шульцу, направленная на выработку способности к расслаблению мышц в состоянии покоя, снятию в них локального напряжения. В целом занятия аутотренингом формируют у членов группы способность к переключаемости с травмирующих переживаний к гармоничным состояниям.

*Упражнения арттерапии.* Применяется индивидуальное, групповое рисование, рисование в парах, на заданную тренером тему или тема не оговаривается, и в этом случае создаются «групповые фрески», когда участники рисуют все, что хотят, на общем рисунке. Упражнения направлены на работу с эмоциями, на создание образов, ассоциаций к понятиям (наша группа, надежда). Рисунки обсуждаются участниками в процессе рисования и повторно после окончания работы.

*Танцтерапия.* Танец является средством выражения мыслей и чувств, которые нелегко перевести в слова, вербализовать, помогает снять эмоциональное напряжение и увеличить подвижность участников группы.

*Музыкальные релаксации.* Преследуемые цели могут быть различны: снижение тревожности, укрепление веры в себя, переоценки прошлого опыта. Во время релаксации участники сидят или лежат в расслабленной позе с закрытыми глазами. После окончания упражнения осуществляется опрос членов группы для выяснения тех образов, которые возникли в их сознании при проведении этого этапа работы.

*Подведение итогов занятия.* Используется упражнение-анкета «Мнение», предложенная А. С. Прутченковым; участники получают домашнее задание (аутотренинг, зарядка позитивного мышления, предложенные В. В. Ткачевой).

Опыт проведения подобных тренингов показывает, что систематическая работа с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями, помогает решить задачи по повышению социального и психологического статуса матерей, оптимизации отношений в диаде мать – ребенок и гармонизации семейного климата.

## 3.4. Общественные организации, центры ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья

Психотерапевтический эффект на родителей оказывает *информация о возможных источниках помощи.*

В последнее время во многих странах мира организуются различные ассоциации родителей, в которые объединяются родители детей с определенной нозологической формой нарушения развития, чтобы оказать друг другу психологическую поддержку и поделиться опытом по воспитанию аномального ребенка в семье. Иногда знакомства осуществляются через специальные публикации адресов и фамилий родителей, желающих познакомиться с товарищами по несчастью.

Члены ассоциаций участвуют в работе научных конференций, спрашивают, делятся своим опытом. Более того, страницы печати этих специальных выпусков используются, чтобы глубже информировать общественность о проблемах семей, имеющих аномальных детей, а также способствовать более раннему и более полному выявлению детей с отклонениями в развитии и оказанию им помощи. Предполагается, что организация таких обществ родителей содействует объединению усилий специалистов и родителей, направленных на возможно более полную реабилитацию детей с различными ограничениями в возможностях здоровья.

Психотерапевтический эффект на родителей может оказать *информация о доступных ребенку с ОВЗ формах интеграции.* Такая интеграция осуществляется в интересах ребенка с учетом уровня его психофизического развития. Предложено несколько моделей, реализация которых предполагает участие в этом процессе специалистов в области специальной педаго-

гики и специальной психологии. Последний помогает педагогам общеобразовательных учреждений организовать обучение и воспитание ребенка с ОВЗ в коллективе здоровых сверстников.

Для детей с уровнем психофизического развития, близким к норме, возможна *комбинированная интеграция*, они по одному – два человека вливаются в массовые группы, получая систематическую коррекционную помощь.

*Полная интеграция* эффективна для детей с достаточно высоким уровнем психофизического развития, психологически подготовленных к совместному со здоровыми детьми обучению.

Для большинства детей с ОВЗ в развитии доступны *частичная* и особенно *временная формы интеграции*, способствующие ранней социализации детей с ОВЗ.

При частичной интеграции «особый» ребенок находится в общеобразовательной группе (1–2 чел.) лишь часть дня.

Временная интеграция предполагает объединение детей специальных и массовых групп на различных мероприятиях не реже двух раз в месяц независимо от тяжести нарушений.

Создание гибкой системы коррекционного воспитания и обучения детей с ОВЗ позволяет расширить возможности выбора адекватных и эффективных форм педагогического воздействия и отвечает интересам как нетипичного ребенка, так и его семьи.

Семьи, воспитывающие детей раннего и дошкольного возраста с ОВЗ, нередко остро нуждаются в консультативной помощи специалистов.

Создаются группы надомного обучения, а также учреждения с консультативными функциями, осуществляющие прием детей с конкретной патологией. При этом контингент детей не ограничивается только жителями определенного города или района. Консультируют всех, кто нуждается в помощи и может приехать. Семьям, не имеющим такой возможности, необходимые материалы могут быть высланы по почте.

*Центры ранней помощи* организованы во всех районах Москвы и в других городах. В 1992 году с помощью специалистов из Швеции в Санкт-Петербурге создан Институт раннего

вмешательства, который разрабатывает программы ранней стимуляции развития детей (2–3 года).

Различные реабилитационные центры ставят перед собой задачи по социализации детей, обучению родителей, гармонизации семейных отношений; обеспечивают родителей специальной литературой, аудио– и видеоматериалами.

Проблемы реализации новых подходов к содержанию, обучению и воспитанию «особых» детей решаются в НИИ коррекционной педагогики РАО, на кафедрах дефектологических факультетов и факультетов специальной педагогики и психологии педагогических университетов. В Челябинске функционирует ресурсный центр развития и обучения для детей с ОВЗ.

## Некоторые проблемы консультирования и психотерапии семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ

Особые трудности, связанные с воспитанием детей с ОВЗ, испытывают родители-инвалиды, родители с интеллектуальной недостаточностью, с психическими заболеваниями.

Для этих людей роль родителя объективно трудна. Они сами могут неправильно себя вести с ребенком, не оказывать ему должного внимания, не создавать необходимую развивающую среду, т.е. являются неэффективными родителями. Им требуется специальная помощь: обучение уходу за ребенком.

Молодые родители с интеллектуальной недостаточностью могут не принять совет или помощь, если она предлагается формально. Оптимальной формой общения является групповая дискуссия или неформальная беседа с тем, кого они знают и кому доверяют. Вопросно-ответная форма дискуссии предупреждает игнорирование с их стороны и является одновременно приемлемой формой совета. В групповой беседе может быстро выясниться, что в такой группе имеется свой моральный кодекс, отклонение от которого осуждается членами группы. Это относится к сексуальному поведению, личной собственности и к поведению в целом.

Эффективность групповой психотерапии при работе с молодыми умственно отсталыми родителями подтверждена специальными исследованиями. В одном из таких исследований (Б. Кирман, 1972) психотерапевтическая группа включала

семь молодых отцов, которые участвовали в 32 недирективных беседах на протяжении полугода. Их поведение и навыки воспитания детей сравнивали с двумя сходными контрольными группами. В экспериментальной группе отмечались более высокая компетентность в области семейных взаимоотношений и воспитания. Значительно улучшилось поведение и умение выражать вербально свою позицию. Отмечалось значительно более частое выражение добрых чувств и существенное снижение негативных позиций, отражающих жестокость (садизм) по отношению к другим и направленную на себя (самоповреждение).

Таким образом, консультирование и психотерапия способствует уменьшению частоты психопатических проявлений и тенденций за относительно короткий отрезок времени. Наблюдалось значительное улучшение семейных взаимоотношений и навыков ухода за ребенком с ОВЗ.

Результаты подобных исследований показывают, что нередко у молодых людей с легкой интеллектуальной недостаточностью какие-то ситуативные негативные проявления возводятся в ранг перманентных.

# Глава 4.
# Основы компенсирующего подхода в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ

## 4.1. Роль и основные положения консультационной и психотерапевтической работы с детьми с ОВЗ

Л. С. Выготский подчеркивал, что особенности личности ребенка с ОВЗ во многом определяются его положением в семье.

Негативные факторы семейного воспитания способны вызвать задержку психического развития, нарушения поведения и личностного развития в целом. В связи с этим помощь семье со стороны специалистов, государства и общества является составной частью любой коррекционной программы.

Практический опыт работы убеждает в том, что современные родители основную роль в преодолении нарушений психомоторного развития отводят медикаментозному лечению. Действительно, в последнее время появилось много эффективных препаратов, способствующих созреванию мозга и улучшающих его функционирование. Но даже самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при правильном семейном воспитании и проведении родителями целевой системы специальных упражнений. Воспитание ребенка с ограниченными возможностям развития является коррекционным, т. е. оно направлено на современные тенденции в организации лечебно-педагогического процесса.

Значение воспитания в развитии ребенка в период раннего детства признается на государственном уровне. Практический опыт последнего десятилетия показывает, что семья нуждается в помощи государственных учреждений и работающих в них специалистов.

Появление новых форм организации коррекционно-педагогического процесса предоставляет широкие возможности внедрения новых педагогических технологий воспитания и обучения детей раннего и дошкольного возраста в семье с детьми с ОВЗ.

Все эти новые формы направлены на создание единого образовательного пространства, сближение и взаимодействие общего и специального образования, что соответствует мировым тенденциям в воспитании подрастающего поколения.

Основы коррекционного воспитания надо знать и тем людям, с которыми ребенок будет взаимодействовать в интегрированных группах (воспитатели, педагоги массовых учреждений). В целом, чем больше людей будут осведомлены о проблемах, а значит, подготовлены к общению с детьми с ОВЗ, тем будет лучше для всех.

## Основные положения консультативной и коррекционной работы

В процессе проведения консультативной и коррекционной работы необходимо *соблюдать права ребенка*, закрепленные в Конвенции о правах ребенка: право на образование, направленное прежде всего на развитие личности, умственных и физических способностей человека, воспитание уважения к правам человека в свободном обществе, в частности, к праву ребенка на сохранение своей индивидуальности.

*Включать в коррекционные занятия всех*, в том числе и самых тяжелых детей с множественными отклонениями в развитии, разрабатывая для каждого из них индивидуальную развивающую и коррекционную программу.

*При оценке динамики* продвижения ребенка *сравнивать* его не с другими детьми, а главным образом *с самим собой на предыдущем уровне развития.*

Создавать для ребенка *атмосферу доброжелательности*, психологической безопасности. Педагог должен стремиться к безоценочному принятию ребенка с ОВЗ, пониманию его ситуации.

Корректно и гуманно оценивать динамику продвижения ребенка. *Педагогический прогноз* строить на *основе педагогического оптимизма*, стремясь в каждом ребенке найти сохранные психомоторные функции, положительные стороны его личности и развития, на которые можно опереться при педагогической работе.

*Диагноз и прогноз* должны быть *предметом профессиональной тайны* специалистов. Это важное условие профессиональной этики медицинского и педагогического персонала.

При проведении коррекционно-развивающего обучения важно усиливать и *развивать положительную уникальную неповторимость каждого ребенка*, его индивидуальные способности и интересы, помогая ему осознать свою самоценность, развить чувство самоуважения с учетом реального осознания своих трудностей и проблем.

Разрабатывать динамичную индивидуальную развивающуюся коррекционную программу для каждого ребенка с ОВЗ *совместно с родителями.* Стимулировать умственное развитие с опорой на психическое состояние радости, спокойствия, раскованности. Постепенно, но систематически включать ребенка в оценивание своей работы.

*Учить ребенка* делать перенос сложившегося способа действия в сходные условия, *переключаться* с одного способа действия на другой, *выполнять задания с проявлением творчества* и изобретательности.

*При разработке специальной методики* дошкольного воспитания и обучения детей с ОВЗ необходимо: опираться на общие закономерности возрастного развития как в норме, так и в условиях патологии. Соблюдать основные принципы методического подхода к воспитанию и обучению: создавать специальные условия для обеспечения мотивационной стороны деятельности. Осуществлять коммуникативную направленность обучения. Строго индивидуализировать обучение. Всесторонне развивать у ребенка все продуктивные виды деятельности: лепку, рисование, ручной труд, аппликации и т. п.

Относиться к *родителям как партнерам* при организации различных форм лечебно-коррекционного процесса.

*В коррекционной работе* использовать особые приемы и методики *с опорой на различные виды деятельности* – предметно-практическую, игровую, элементарно-трудовую, но основное внимание уделять игре как ведущей деятельности этого возрастного этапа развития:

– Разрабатывать различные методики с учетом возраста и особенностей развития и структуры дефекта.

– Соблюдать принцип ранней стимуляции психомоторного развития.

– Оказывать квалифицированную психотерапевтическую поддержку родителям.

– Помогать близким взрослым создать развивающую комфортную семейную среду для ребенка.

– Создать условия для активного участия родителей и замещающих их лиц в воспитании и обучении детей.

– Формировать адекватные взаимоотношения в родительской и детско-родительской семейных подсистемах.

– Соблюдать принцип комплексного подхода к диагностике и коррекции с привлечением специалистов разного профиля.

– Соблюдать принцип сотрудничества во взаимоотношениях специалистов с родителями и детьми, являющимися партнерами в коррекционном процессе.

– Соблюдать принцип учета интересов в работе с семьей, что означает поддержку заинтересованности родителей в сотрудничестве.

## 4.2. Основные формы организации взаимодействия специалистов и родителей

Как показывает многолетний практический опыт, наиболее часто используются следующие формы организации психотерапевтического процесса:

– консультативно-рекомендательная;

– информационно-просветительская;

– практические занятия для родителей;

– организация «круглых столов», родительских конференций, семинаров, клубов, детских праздников и утренников;

– индивидуальные занятия с родителями и их ребенком;

– психотерапия и психокоррекционная арттерапия;

– подгрупповые занятия.

Определив цели и задачи работы с семьей, воспитывающей детей с ОВЗ необходимо выбрать наиболее эффективные формы организации психотерапевтического и коррекционно-педагогического процесса сотрудничества специалистов с родителями.

Как свидетельствует практика, наиболее широко используется *консультативно-рекомендательная* форма. В таких консультациях участвуют специалисты разных профилей, которые проводят первичное обследование ребенка с ОВЗ и затем отслеживают динамику его развития. С первой консультации начинается активное сотрудничество специалистов и семьи.

Специалисты по желанию родителей выбирают те или иные вопросы воспитания и освещают их в своих *лекциях.* Слушая лекции и вопросы других родителей, слушатели лучше осознают и решают свои проблемы. Кроме того, они имеют возможность познакомиться и оказать поддержку друг другу.

Наряду с лекциями проводятся *практические занятия*, на которых родители имеют возможность приобрести навыки по формированию нарушенных функций, умений и навыков у своих детей.

Хорошо зарекомендовали себя и такие формы как организация *«круглых столов», родительских собраний, конференций, детских праздников, клубов.* В их подготовке принимают участие специалисты, дети и сами родители.

А также *индивидуальные занятия с семьей.* На таких занятиях осуществляется личностно ориентированный подход, направленный на выявление и поддержку положительных личностных качеств родителей, необходимых для сотрудничества, составления индивидуальной программы работы с семьей.

Первоначально от родителей требуется фиксировать ход занятия педагога с ребенком и повторять эти упражнения дома. Затем специалист оценивает, что получилось, и делает замечания о характере и видах следующих занятий.

В некоторых семьях матери предлагается участвовать в отдельных эпизодах занятия: специалист с ребенком действует как одно целое, а мать как партнер по игре. Затем мать и специалист меняются местами.

В других семьях специалист может предложить маме закончить задание, начатое им, а затем самостоятельно его выполнить, помогая в случае неудачи.

Для обучения родителей налаживанию сотрудничества родителей, детей, специалистов и других людей проводят занятия с двумя детьми и их мамами *(подгрупповые занятия).*

## 4.3. Задачи и формы психотерапевтического воздействия на ребенка с ОВЗ в семье

*Главной задачей специалистов* при их взаимодействии с семьей ребенка с ОВЗ является не только выдача рекомендаций по лечению и воспитанию ребенка, но и создание таких условий, которые максимально стимулировали бы членов семьи к активному решению возникающих проблем. В таких случаях родители выработанные в процессе сотрудничества со специалистами решения считают своими и более охотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребенка.

*Специалисты* информируют и обсуждают с родителями результаты своих обследований и наблюдений. *Родители* должны знать цели и ожидаемые результаты индивидуальной программы реабилитации ребенка. С самого начала знакомства необходимо определить готовность родителей сотрудничать со специалистами разных профилей, объем коррекционной работы, который они способны освоить. Родителей необходимо готовить к сотрудничеству со специалистами, потребующему от них немало времени и усилий. Родители нуждаются в поддержке и одобрении, так как результаты будут видны не сразу и родителям может показаться, что их усилия потрачены впустую. В неблагополучных семьях сотрудничество с родителями является особенно трудной задачей.

При разработке индивидуальной коррекционной программы родителей прежде всего необходимо ознакомить с особенностями заболевания ребенка.

Родители – самые заинтересованные участники процесса и хотят сделать ребенка максимально приспособленным к окружающему миру и в перспективе – к социально-полезной трудовой деятельности.

Родители и специалисты в процессе воспитания ребенка с ОВЗ ставят перед собой *коррекционные задачи, соответствующие возрасту ребенка.*

Известно, что в процессе развития ребенка *функциональные системы взаимовлияют друг на друга.* Особенно это влияние выражено в раннем возрасте. Так, на первом году жизни психическое развитие малыша тесно связано с развитием его сен-

сорных и моторных функций. Поэтому развитие сенсомоторных функций в процессе эмоционально-положительного взаимодействия ребенка с матерью составляет основу формирования всех психических функций: речи, внимания, памяти, целенаправленной деятельности, эмоциональной сферы, мышления и сознания.

Сенсомоторное воспитание направлено на развитие органов чувств и моторики малыша одновременно. Развитие зрительного сосредоточения и прослеживания предметов ведет к появлению у малыша положительных эмоций – первой улыбки, первых голосовых реакций.

При этом малыша следует радовать, обогащать световыми впечатлениями, показывая ему игрушки разного цвета, подвешивая их над кроваткой. Для привлечения внимания ребенка к игрушке взрослый приводит ее в движение, потряхивая и перемещая ее в пространстве.

У некоторых детей с ОВЗ, особенно при внутреннем косоглазии, поле зрения может быть сужено. Такой ребенок привыкает пользоваться ограниченным полем зрения. В этих случаях с помощью игрушек у ребенка следует стимулировать недостаточные движения глазных мышц, располагая игрушки и яркие предметы в направлении дефектного движения и активизируя развитие этого движения.

Уже *в конце первого года жизни* малыша следует знакомить с формой, величиной и цветом предметов, обучать его простым предметным действиям.

Для психического развития ребенка важное значение имеет взаимосвязь развития действий с предметами и речи. Известно, что действенный анализ и синтез предшествует развитию речи и словесному способу познания, однако в формировании представлений необходимо участие речи.

Отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнений, дифференцированного восприятия объектов.

При воспитании ребенка необходимо учитывать *особенности его поведения в кризисные периоды.*

К возрасту трех лет речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка. К трем годам ребенок

начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «я», то есть возможность выделения себя из окружающего мира. В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки же родителей относиться к нему как к малышу вызывает у него чувство протеста. Если родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируется упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Особенности поведения ребенка в этот период развития во многом зависят от отношения к нему взрослых. Упрямство и негативная форма поведения направлены в первую очередь против взрослых, которые постоянно ухаживают за ребенком и особенно если они чрезмерно его опекают, чаще это мать или бабушка.

Этот этап развития рассматривается как *кризис трех лет.*

На этом возрастном этапе формируется особое психологическое новообразование – обособление себя от окружающих, что имеет важное значение для личностного развития ребенка. Вместе с тем у детей с ОВЗ в развитии в этот период наиболее резко проявляются психопатологические нарушения. Например, обособление себя от окружающих может принимать болезненный характер у детей со спектром аутистических расстройств (РАС). Не случайно, что это отклонение в развитии наиболее ярко манифестирует в возрасте трех лет.

Важное значение имеет ранняя диагностика так называемого *«трудного темперамента»,* характеризующегося отклонениями поведения у детей раннего возраста. Этот синдром является достаточно устойчивым и нередко сочетается с отставанием речевого развития. Данный синдром наиболее отчетливо проявляется в возрасте *от одного до двух лет и от трех до четырех лет.*

Таким образом, *задачи родителей в коррекционном процессе зависят от возраста ребенка.* В возрасте 0–3 года родители стимулируют психофизическое развитие ребенка с помощью эмоционально-теплого общения, тактильных стимулов, зрительных и слуховых стимулов, в игровой форме производится стимуляция двигательной активности, речевой активности, развития пространственной ориентировки и схемы тела. Мать ве-

дет дневник наблюдений, организует охранительный режим для ребенка.

В возрасте 3–4 лет у ребенка развивают внимание, память, мышление, речь, общую и мелкую моторику, формируют навыки общения и расширяют круг общения, формируют навыки самообслуживания и гигиены, организуют ролевые и сюжетно-ролевые игры, привлекают детей к труду, расширяют представления ребенка об окружающем мире, организуют его отдых, выбирают детское дошкольное учреждение и участвуют в организации совместной работы с его специалистами. Родители организуют охранительный режим для ребенка и ведут дневник наблюдения.

Родители ребенка *в возрасте 5–6 лет* совместно со специалистами готовят ребенка к школе, организуют его режим дня. Ребенок участвует в распределении и обсуждении обязанностей. Родители формируют у ребенка трудовые навыки и приучают его к самостоятельности. Родители совместно со специалистами выявляют и развивают интересы и творческие способности ребенка, продолжают расширять представления ребенка об окружающем мире, ведут дневник наблюдения.

Помощь в воспитании и обучении родители получают у специалистов, ведущих ребенка. Кроме того, они могут обратиться в консультативные группы, которые организуются при специализированных детских садах, реабилитационных центрах. Основными задачами таких групп являются проведение коррекционной работы с детьми, обучение родителей, оказание психотерапевтической помощи. *Основная форма организации – индивидуальные* занятия и *занятия малыми группами* с обязательным *присутствием родителей.*

Прежде чем приступить к коррекционной работе с ребенком, необходимо выявить, какими знаниями, представлениями и умениями в пределах данной темы он владеет и какие проблемы у него имеют место.

Для выяснения фактического *уровня знаний ребенка* может проводиться *вопросно-ответная беседа.* В дальнейшем, в ходе коррекционных занятий, знания и представления будут уточняться.

Каждому ребенку, особенно если он имеет тяжелые нарушения речи, моторики, поведения, необходимо помочь найти адекватные способы общения со взрослым путем игрового контакта; малыша необходимо заинтересовать обследованием, усложнение заданий следует подбирать так, чтобы это не требовало от ребенка новых форм ответных реакций. Формы и характер ответных реакций не должны влиять на общую оценку уровня умственного развития ребенка. Методы обследования следует обязательно подбирать с учетом дефекта. Так, детям с речевыми нарушениями можно давать многие задания с помощью показа, не требуя от них речевого ответа.

При обследовании детей с повышенной нервной возбудимостью, негативизмом, агрессивным или импульсивным поведением вступление с ними в контакт может оказаться невозможным. В этих случаях используется метод наблюдения за поведением и игрой ребенка при специально подобранном для него материале.

Следует учитывать, что у некоторых детей с ранним органическим поражением мозга, например у детей с гидроцефалией, непродуктивность в игровой деятельности и при выполнении специальных заданий может быть связана с повышенной психической истощаемостью и в связи с этим с низким мотивационным уровнем. Ответы этих детей могут отличаться большой неравномерностью.

Поэтому эти дети нуждаются в дозированном по времени обследовании, в стимуляции к выполнению задания, похвале, одобрении. При обследовании детей раннего возраста желательно присутствие матери.

*Индивидуальные программы* коррекционно-развивающего обучения в семье ребенка составляются *совместно специалистами и родителями*.

## Примеры краткосрочных программ

*Индивидуальная программа воспитания, обучения, развития Вити Д. 3 лет*

*Диагноз*: Задержка речевого и психического развития.

*Результат обследования*: ребенок ходит самостоятельно достаточно уверенно, но не прыгает, не развита тонкая ручная

моторика. Говорит отдельные слова, понимает обращенную речь. Родителей больше всего волнует отставание в развитии речи.

Программа для родителей включает в себя развитие общей и речевой моторики.

*Необходимо развивать общие движения*, учить прыгать, ходить, опираясь на пятку, затем на носок. Стоять на одной, на другой ноге, сохранять равновесие, развивать моторику рук. Формировать пальцевый захват мелких предметов. Использовать различные игры со звукоподражанием (кто как кричит).

Для стимуляции речевого развития необходимо *обогащать пассивный словарь*: учить показывать в альбоме фотографии близких. В книжках показывать предметы, которые называет взрослый. Развивать и закреплять навыки самообслуживания. Формировать и стимулировать предметно-игровую деятельность.

Учить выделять «большой» и «маленький». Формировать предметно-игровые действия. Развивать интерес к сюжетным играм.

*Индивидуальная программа воспитания и стимуляции развития Вани Д. (возраст 3 года 2 мес.)*

Оценка ведется по *следующим параметрам*:

– *моторика*: (общая) соответствует возрасту; наблюдаются трудности в дифференцированных движениях пальцев рук, нечеткая латеральная доминантность (не может прыгать на одной ноге, не выполняет задания на ручной праксис);

– *моторика речевая*: неловкие движения языка, ограниченная подвижность языка вверх (при нормально развитой уздечке);

– *понимание обращенной речи* соответствует возрасту (собственная речь практически отсутствует).

*Диагноз*: задержка речевого развития. Элементы корковой дизартрии.

*Рекомендации*: развитие общей моторики и координации движений. Учить стоять на одной и другой ноге с закрытыми глазами. Прыгать ритмично под счет и музыку на двух ногах. От прыжков плавно переходить к ходьбе.

Специально подчеркиваем, что успех лечебно-педагогической, коррекционно-развивающей работы определяется не

только дифференцированностью подхода к каждому ребенку с ОВЗ, с учетом возраста, специфики отклонений в развитии, соматического, неврологического и психического развития, но и учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка.

Для того чтобы помочь родителям *установить эффективный контакт с ребенком* на довербальном этапе развития, следует обратить внимание на следующие моменты:

– ждет ли родитель сигнала от ребенка (плач, гуление) перед тем как удовлетворить его потребности;

– следит ли родитель за взглядом ребенка и называет ли предмет его интереса;

– имитирует ли родитель звуки и действия ребенка;

– изменяет ли слова в разговоре, затем ждет ответа (вербального);

– меняет ли родитель ситуацию, играя с ребенком (без слов), совершая действия с игрушками;

– объясняет ли родитель сигналы ребенка как желание общения, например: ребенок протягивает руки, родитель спрашивает: «Ты хочешь на руки? »;

– использует ли родитель бессловесные указания, чтобы добиться ответа, например: мимикой лица, изменяя голос;

– бывает ли родитель иногда требовательным, общаясь с ребенком.

*При общении на вербальном уровне важно выяснить:*

– дает ли родитель только одно указание на каждое задание;

– дает ли родитель ребенку время на ответ по каждому заданию, прежде чем вмешаться;

– если ребенок не отвечает, повторяет ли родитель указание, а затем физически помогает ребенку выполнить его;

– если ребенок отвечает правильно, реагирует ли родитель улыбкой, прикосновением и/или разговором с ребенком, обсуждая положительно проделанное задание;

–даются ли указания в простой и ясной форме или они сложны;

– моделирует ли родитель нужное поведение во время разговора и/или игры с ребенком;

– соответствуют ли используемые материалы заданию и возрасту ребенка;

– подкрепляет ли родитель внимание ребенка во время и между заданиями;

– меняет ли родитель выражение лица и интонацию при разговоре с ребенком.

**Информация для родителей**

Приступая к занятиям с ребенком, прежде всего родителям следует *посоветоваться с профессионалами* – педагогом и врачом-психоневрологом, чему прежде всего учить ребенка. Основная задача обучения определяется с учетом специфики сохранных и нарушенных функций, ведущего дефекта развития, состояния интеллекта, моторики, уровня речевого развития и медицинского диагноза. Необходимо четко *определить цели*, которые желательно достичь в процессе обучения. Перед началом обучения тщательно обследуют ребенка и составляют *этапную индивидуальную программу* обучения. На начальной стадии обучения большинство заданий можно и нужно выполнять в процессе повседневного ухода за ребенком.

Для того чтобы *помочь ребенку показать себя с лучшей стороны, следует*:

– предлагать ребенку короткие задания, стараясь делать их более разнообразными, чередовать разнообразные виды деятельности;

– начинать и заканчивать каждую серию заданий ситуацией успеха;

– сочетать новые более трудные задания с уже известными заданиями, более легкими;

– оценивать навыки самообслуживания в соответствующей обстановке;

– привлекать членов семьи к оценке сформированных навыков;

– помнить, что регулярные оценки выполнения заданий помогут вам проследить динамику достижений;

– старайтесь проводить оценку достижений ребенка в развитии в виде интересной игры;

– включайте в программу обучения развитие нескольких навыков, которые способствовали бы дальнейшему развитию ка-

кой-нибудь одной из относительно сохранных функций (таким путем у ребенка легче может появиться интерес к занятиям);

– составлять план занятий примерно на 2–3 недели с помощью педагога.

В процессе обучения могут возникнуть определенные трудности, к которым родители должны быть готовы. Например, когда ребенок может, но не хочет выполнять задания. В таких случаях ребенка необходимо прежде всего научить подчиняться требованиям взрослых.

Известно также, что наиболее часто *невыполнение заданий* может быть *связано с нарушениями внимания.*

Предлагается *три главных ступеньки*, преодолевая которые ребенок учится концентрировать внимание:

1. Концентрация внимания на человеке – обычно путем поддержания зрительного контакта.

2. Концентрация внимания на предмете или звуке.

3. Концентрация внимания на предмете одновременно с другим человеком (так называемое «совместное внимание»). Развитие совместного внимания имеет важное значение для психического развития ребенка. Без этого навыка ребенок не научится овладевать социальными навыками и навыками общения, а также в дальнейшем и навыками тонкой моторики и общения.

*Процесс обучения* ребенка родителям следует сделать *трехступенчатым*:

1. Вначале ребенку объясняют, что он должен делать.

2. Затем при необходимости оказывают ту или иную помощь.

3. Создают ситуацию успеха и поощряют за выполненное задание.

# Глава 5.
# Ребенок с проблемами интеллектуального развития в семье

## 5.1. Положение ребенка в семье

Более половины семей *отрицательно* влияют на развитие умственно отсталого ребенка, и лишь около 40% семей оказывают *положительное* воздействие. При этом следует отметить, что даже в тех семьях, где отношение к ребенку правильное, родители в большинстве случаев действуют, руководствуясь лишь собственным пониманием роли воспитания, не разбираясь в его специфике.

Почти 70% родителей маленьких детей склонны переоценивать их способности, а 25% – недооценивают. Только 15% родителей правильно оценивают возможности своих детей. Следовательно, большинство из них нуждаются в помощи специалистов в этом вопросе.

Воспитанием ребенка занимаются в основном матери, лишь в 24% случаев – отец и мать, а примерно в 6% семей ребенок предоставлен сам себе.

В семьях детей с легкими формами умственной отсталости примерно *1/3 родителей* являются выпускниками коррекционных школ VIII вида, т. е. сами *страдают интеллектуальной недостаточностью,* хотя и в легкой степени. Следствием этого является проблема дальнейшего образования и трудоустройства, материального благополучия. Родители умственно отсталых детей в среднем имеют тот же образовательный и социально-экономический статус, в то время как среднее число детей на такую семью несколько больше, чем у родителей детей, развивающихся нормально. Такие семьи распадаются чаще, а в нераспавшихся семьях родительские функции нередко перекладываются на бабушку со стороны матери. Дети нередко воспитываются в учреждениях интернатного типа, что разрушает не только детско-родительскую подсистему, но и детскую, так как не развиваются взаимоотношения с сибсами –

братьями и сестрами. Ребенок чувствует свое одиночество, отверженность в семье. Отцы практически устраняются от воспитания даже в тех случаях, когда не могут оправдать это занятостью на работе, так как не имеют работы. В таких семьях отмечается повышенная частота повторных случаев рождения умственно отсталых детей. Таким образом, необходим дифференцированный подход к оказанию помощи этим семьям, включая медико-генетическое консультирование и планирование семьи.

Среди детей с нарушениями умственного развития 27% представлено такими категориями, как *дети-сироты*, социальные дети-сироты, опекаемые дети, 43% из них проживают *в неполных семьях*, более 7% находятся *под опекой*, 62% проживают *в неблагополучных семьях*, 28% – в семьях *социального риска.* Большинство родителей детей с интеллектуальной недостаточностью имеют начальное (14%), среднее (26,3%) и среднее специальное (56,6%) образование. Высшее образование имели только 0,9% родителей. В исследовании Д. В. Зайцева было показано, что большинство родителей умственно отсталых детей принадлежали к двум профессиональным группам: рабочим (24,7%) и работникам сельского хозяйства (31,6%). Семей, воспитывающих одного ребенка, оказалось в два раза больше среди учащихся общеобразовательных учреждений по сравнению со специальными. В то же время почти 1/4 семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка, – многодетные. В неполных семьях, с отчимами или приемными отцами, живут 73,5% таких детей. Такое положение ребенка в семье в ряде случаев может определять неадекватные методы воспитания и нарушения поведения.

В 13% семей умственно отсталых детей родители являлись алкоголиками, наркоманами, правонарушителями. В этих семьях отмечалось насилие по отношению друг к другу и собственным детям.

*Характерными нарушениями родительского поведения* в случае рождения больного ребенка являются: потворствующая гиперопека, стиль «фобия потери ребенка» либо скрытая или открытая отчужденность, связанная с психической депривацией ребенка. Наиболее тяжелым последствием гиперопеки является отставание в психическом развитии ребенка.

Потворствующая гиперопека может быть связана с неверием в силы ребенка, его возможности, а также с «фобией утраты ребенка». Гипертрофированный страх за ребенка передается от матери самому ребенку, формируя у него «избегающее» поведение и определяя формирование его симбиотической связи с матерью. В таких случаях речь не идет даже об элементах самостоятельности у ребенка.

*Эмоциональное отвержение* чаще всего имеет место, когда ребенок не оправдывает ожиданий родителей, не удовлетворяет их социальных амбиций, что проявляется в повышенном уровне тревожности у ребенка, его педагогической запущенности, отставании в психическом развитии и девиантном поведении в более старшем возрасте.

*Недостаточная отзывчивость родителей* выражается в несвоевременном и недостаточном отклике на потребности детей, пренебрежении их чувствами. Они могут обнаруживать чрезмерно сильные реакции на отклонения в поведении ребенка и не замечать положительных явлений. Неотзывчивость родителей, особенно матерей, создает ситуацию депривации и еще более замедляет развитие ребенка, способствует нарушению его поведения. Привязанность к матери – необходимая стадия психического развития. Пользуясь поддержкой матери, ребенок приобретает уверенность в себе, становится активным в познании окружающего мира. Для ребенка, отстающего в психическом развитии, актуальность такой поддержки очевидна.

Специалисты должны помочь родителям найти адекватный состоянию ребенка стиль воспитания, в котором главным фокусом будет баланс необходимой опеки и требований, предъявляемых ребенку на разных этапах его развития.

Наиболее эффективными *формами работы при нарушениях стилей воспитания являются*: семейная психотерапия, групповая психотерапия с матерями, работа с несколькими родительскими парами, индивидуальная психотерапия (см. главу 5).

## Стереотипы отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей

Право людей с ограниченными возможностями на социальную интеграцию подтверждено международными законами.

Однако общество, более инертное по своей природе, может препятствовать социальной интеграции таких людей. При этом *деление* людей *на полноценных и неполноценных* опирается не столько на объективные факты, сколько на *отрицательные стереотипы*, издавна сложившиеся в обществе. От той или иной позиции родителей зависит достигаемый ребенком уровень развития. Позиция педагога, активно участвующего в процессе воспитания и обучения детей с ОВЗ, подвержена влиянию как *социальных стереотипов*, так и *профессиональных*, формирующихся в процессе обучения в вузе. Не вызывает сомнения, что позиция специалиста, его умение видеть проблемы семьи и изменять родительское отношение к ребенку имеют первостепенное значение для успешного развития ребенка с особыми нуждами.

Специальные исследования показали низкую готовность к взаимодействию с ребенком с отклонениями в развитии не только родителей, но и педагогов. Внимание *специалистов* часто концентрируется на подлежащих коррекции недостатках, в то время как значение других характеристик, особенно эмоционально положительного отношения к ребенку с особыми потребностями, упускается из виду.

*Учителя младших классов* массовой школы демонстрируют минимальное знакомство с проблемой ограниченных возможностей здоровья: они не знают специфических особенностей развития, таких как нарушения динамики психических процессов и повышенная чувствительность детей к отношению окружающих, характерные для «особых» детей.

*У родителей* наибольшую озабоченность вызывают нарушения поведения, речи и динамики психических процессов. Характерный внешний вид «особых» детей гораздо меньше тревожит социальные группы, знакомые с проблемой, а именно родителей.

*Социальный стереотип* образа «особого» ребенка у людей, мало знакомых с проблемой, не содержит таких категорий описаний, как нарушения динамики психических процессов и повышенная чувствительность к отношению окружающих. Эти характеристики познаются либо при практическом взаимодействии с этими детьми, либо в процессе их обучения.

*Родители* значительно *меньше значения* придают *нарушениям познавательной сферы*, чем педагоги. Возможно, это связано с застреванием родителей на более ранних стадиях кризисных переживаний, вызванных рождением ребенка с отклонением в развитии, – на *фазе имплицитного отрицания*, когда факт отклонения формально признается, но эмоционально отвергается. В результате у них не происходит идентификации собственного ребенка с группой «особых» детей в целом. Такой защитный механизм мешает родителям адекватно воспринимать особенности развития своего ребенка. По-видимому, осознание возможностей своих детей происходит у них постепенно, и задача педагога и психолога – не форсировать его, а облегчить, используя щадящую терминологию, изменяя отрицательный стереотип и убеждая родителей в возможности успеха. В целом полученные данные показывают, с одной стороны, относительную *устойчивость отрицательных стереотипов* отношения к «особому» ребенку у лиц обследованных категорий, с другой – их определенную *модификацию под влиянием профессионального образования.* Последнее свидетельствует о важности эмоционально положительного взаимодействия с ребенком и его родителями, о необходимости вселять в них уверенность в возможность успеха, поддерживать их при неудачах, привлекая внимание к положительным сторонам личности ребенка с особыми потребностями.

Для создания в семье климата, способствующего развитию ребенка, специалисту прежде всего следует проанализировать позиции, которые занимают по отношению к ребенку с ограниченными возможностями его родители и ближайшие родственники, и лишь после этого избирать ту или иную тактику общения с ними.

Необходимо *ликвидировать пробелы в образовании педагогов*, учителей младших классов массовых школ, их низкую информированность в области коррекционной педагогики и специальной психологии. *Введение в программу* педагогических учебных заведений (как средних, так и высших) *спецкурсов* с соответствующей тематикой могло бы изменить ситуацию в профессионально-педагогическом образовании и в сфере массового просвещения.

Традиционные представления о детях с нарушениями интеллекта в последнее время значительно изменились. Если раньше он мог вызвать лишь сочувствие, то теперь он считается равноправным. Если раньше он рассматривался как нуждающийся в помощи и ухаживающей системе услуг, то теперь как независимый, но нуждающийся в направлении и поддержке. С учетом современного подхода необходимо *изменить отношение родителей, специалистов и всего общества к ребенку с ограниченными возможностями.* Финская Ассоциация организаций для лиц с нарушениями интеллектуального развития предложила делать это на основе следующих принципов.

1. В каждом ребенке заложены возможности и способности, которые необходимо раскрыть, поддерживать и развивать.

2. Каждый ребенок является уникальной личностью.

3. Нарушение интеллектуального развития – это нарушение в сфере понимания. Неудовлетворительное окружение превращает это в недостаток, значит, это проблема окружения, а не больного.

4. Ребенок с нарушением интеллекта растет и взрослеет, его жизненный цикл такой же, как у других людей.

5. Ребенок с нарушением интеллектуального развития имеет возможность прожить хорошую и разнообразную жизнь. Давайте предоставим ему эту возможность!

Особые психологические проблемы возникают *в семьях, имеющих как больного, так и здорового ребенка.* Иногда родители предъявляют явно завышенные требования к здоровым детям, требуя от них ухода за больным и превращая его в «няньку». Свои потребности эти родители рассматривают как наиболее приоритетные и уделяют детям мало времени и внимания. Иногда здоровым детям приходится прибегать к своеобразной психологической защите с целью компенсации. Это может приобретать характер дезадаптации.

Кроме того, психологическая обстановка в семье может ухудшаться, когда у ребенка с ОВЗ наряду с его основным дефектом могут проявляться эпизодические или достаточно стойкие различные осложняющие психические расстройства. Высокая частота этих осложнений, до 50% и выше, и крайне неблагоприятное их влияние на общую адаптацию как ребенка, так и

членов семьи, обусловливают необходимость особого внимания к ним родителей и специалистов.

Для более успешного развития ребенка важен не только благоприятный *психологический климат* в семье, который зависит от *внутренних стратегий адаптации*, но и от успешности *внешних способов приспособления,* в частности, сохранение активных контактов семьи с друзьями, коллегами, с миром. Важно, чтобы семья не замыкалась в своем горе, не уходила «в себя», не стеснялась своего больного ребенка.

Для правильного воспитания и наиболее благоприятного развития ребенка с ОВЗ очень важна *адекватная адаптация семьи к его состоянию.*

Чем меньше ребенок, тем больше иллюзий удается сохранить родителям относительно его дальнейших успехов в развитии.

Большинство родителей маленьких детей с умственной отсталостью в первую очередь обеспокоены, сможет ли он обучаться в массовой школе. Они начинают обучать ребенка чтению, письму, счету, организуют дополнительные занятия с педагогом, стремятся дать ребенку такое количество информации, которое он не в состоянии осмыслить. При этом формированию социально-бытовых навыков уделяется значительно меньше внимания.

## 5.2. Основные направления в работе специалистов с семьей

Оказывая помощь семье, специалист дает родителям *полную информацию об особенностях их ребенка*: указывает его специфические положительные и отрицательные особенности, слабые и сильные стороны, подчеркивая последние. Можно определить следующие направления:

1. Гармонизация семейных взаимоотношений.
2. Коррекция психологического состояния матери.
3. Коррекция детско-родительских отношений.
4. Помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических).
5. Обучение матери специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях.

6. Обучение матери специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка.

*Ориентируясь на эти направления, специалист решает следующие задачи:*

1. Коррекция неконструктивных форм поведения матери, таких как агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, негативные желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой.

2. Формирование понимания матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенный отход от позиции, отрицающей наличие проблем («Он у меня такой же, как все»), и позиции противопоставления себя социуму и переход в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»).

3. Постепенное исключение проблем гиперболизации проблем ребенка, представления о бесперспективности развития ребенка («Нет, из него никогда ничего не получится»).

4. Повышение личностной самооценки матери в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка.

5. Коррекция внутреннего психологического состояния матери: переживания, связанные с психофизической недостаточностью ребенка, должны постепенно перейти в осознание возможностей ребенка, в радость от его маленьких успехов.

6. Осуществление личностного роста матери в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания с помощью психолога; переход матери из позиции переживания за недуг ребенка в позицию творческого поиска реализации его возможностей.

7. Трансформация воспитательно-образовательного процесса, реализуемая матерью по отношению к ребенку, в психотерапевтический процесс по отношению к себе самой; созидательная деятельность матери, направленная на ее ребенка, помогает ей самой, излечивая ее от негативного воздействия психологического стресса.

## Формы индивидуальной работы с родителями детей с ОВЗ

1. Демонстрация матери приемов работы с ребенком.

2. Конспектирование матерью уроков, проводимых педагогом.

3. Выполнение домашних заданий со своим ребенком.

4. Чтение матерью специальной литературы, рекомендуемой педагогом.

5. Реализация творческих замыслов матери в работе с ребенком.

**Этапы психолого-педагогической работы с матерью**

В работе специалиста можно выделить три основных этапа.

*Первый этап* направлен на привлечение матери к учебному процессу. Педагог должен убедить мать больного ребенка в том, что именно в ней очень нуждается ее малыш, что кроме нее, этим процессом заняться некому.

*Второй этап.* Формирование увлечения матери процессом развития ребенка. Педагог показывает матери возможность существования маленьких, но очень важных для ее ребенка достижений. Мать обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог.

*Третий этап* характеризуется раскрытием перед матерью возможности личного поиска творческих подходов к обучению ее ребенка и личного участия в исследовании его возможностей.

Именно проявление творчества**,** позволяет матери при столь длительном стрессе нейтрализовать негативное внутреннее психологическое состояние, переструктурировать свою иерархию установок и ценностей.

## 5.3. Формы психотерапевтической работы специалистов образовательных учреждений с семьями, имеющими детей с нарушениями интеллекта

В психотерапевтической деятельности специалистов образовательных учреждений необходимо придерживаться психокоррекционной модели, которая представлена следующими формами:

*1. Индивидуальное консультирование родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.* Проводится с целью преодоления различных трудностей в обучении, воспитании и общении с ре-

бенком в семье. Также служит основой установления личного контакта между педагогом и родителями.

*2. Участие родителей в тематических собраниях, проводимых коррекционным педагогом совместно с другими специалистами образовательных учреждений.* В результате осуществляется просвещение близких взрослых в области коррекционно-развивающей деятельности и эффективного взаимодействия с ребенком. Примерная тематика собраний:

– «Познание себя как родителя»;
– «Конфликты с детьми и их преодоление»;
– «Анализ различных подходов в воспитании детей»;
– «Наказания и поощрения – за и против»;
– «Как подготовить ребенка к школе».

*3. Посещение индивидуальных занятий коррекционного педагога родителями.* Направлены на формирование навыков сотрудничества при организации совместной деятельности, укрепление сплоченности и взаимопонимания в диаде «мать – ребенок». Благодаря демонстрации приемов работы с ребенком и конспектированию занятий дефектолога повышается уровень компетенции родителей в области обучения и воспитания детей.

*4. Совместное проведение досугов (праздников, развлечений).* Проводятся с целью раскрепощения, объединения родителей, детей и педагогов.

Предлагалась следующая тематика праздников:

– «Встреча Нового года»,
– «Рождественские забавы»,
– «Масленица»,
– «Наши милые мамы»,
– «Лучший папа» и др.

*5. Стенд для родителей.* Рубрики обновляются ежемесячно. Здесь в занимательной форме собрана вся полезная информация. Большую практическую значимость имеет раздел «Родительские университеты». Родители, которые по тем или иным причинам не смогли встретиться с дефектологом, психологом, логопедом имеют возможность в письменной форме задать ему вопрос и проконсультироваться лично.

*6. Ведение дневника «События нашей жизни».* Данное направление основано на разработках Е. Л. Гончаровой и О. И. Ку-

кушкиной и в модифицированном виде внедрен Е. Г. Дементьевой в психокоррекционную работу. Это специально организованная и систематическая работа самого ребенка, предметом которой является его собственная жизнь, отраженная в доступных ему знаковых формах. Цель этого направления – наладить сотрудничество и сотворчество между родителями и детьми.

*7. Работа с родительской группой, которая включает:*

– анализ конкретных проблем, связанных с воспитанием и обучением;

– выбор адекватных форм общения и поведения во взаимодействии с ребенком;

– установление конструктивных отношений со специалистами ГОУ.

Эта работа способствует расширению арсенала средств педагогического и психологического воздействия на ребенка, тренировке родителей в использовании новых приемов взаимодействия с ним. Служит гармонизации внутрисемейных отношений, социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с нарушением интеллекта.

*Отмечаются существенные позитивные изменения:*

– в восприятии семейных отношений умственно отсталым дошкольником;

– в осознании своего положения в семейном коллективе;

– в структурировании родительского отношения к детям;

– в динамике родительского отношения к детям, которое становится более теплым, принимающим; родители более адекватно оценивают состояние своих детей.

Во многих семьях ребенок принимается таким, какой он есть. Получив всесторонние сведения о закономерностях развития, различных моделях воспитания и обучения, особенностях личности и поведения детей, члены семьи более оптимистично оценивают свои перспективы.

# Глава 6.
# Ребенок с нарушением коммуникативного поведения в семье

## 6.1. Развитие общения в раннем возрасте

Начальные элементы развития общения у ребенка возникают достаточно рано, уже начиная с первого месяца жизни. Уже *на первом месяце жизни* наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма, можно с 3–4 недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое понимание – 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.

*В возрасте 1–3 месяцев* у ребенка наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение с 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 здоровье ребенка и нормальном психическом развитии.

*В возрасте от 2 до 5 месяцев* ребенок начинает проявлять все более сильную привязанность к какому-либо одному заботящемуся о нем лицу. Следит за ним глазами, выражает недо-

вольство при его уходе, улыбается больше этому лицу, чем другим, охотнее и длительнее гулит в его присутствии. К концу этого этапа он может показывать активное стремление к отказу от общения с другими лицами, страх при виде чужого лица.

*Примерно с 6–7 месяцев* лепет приобретает коммуникативный характер: ребенок более активно лепечет при общении и игре с взрослым, одновременно начинается развитие начального понимания обращенной речи.

Этот этап характеризуется постепенным развитием множественных привязанностей. *К году* у ребенка единственная привязанность начинает расширяться и распространяется еще на два-три лица из его окружения, обычно это другой родитель, бабушка или кто-либо из близких.

Некоторые дети в своем развитии минуют этапы единственной привязанности и быстро переходят к этапу множественных привязанностей. Особенно это характерно для детей, которые находятся в детских учреждениях.

Таким образом, специфические *эмоциональные привязанности* у ребенка раннего возраста наиболее интенсивно развиваются в период от 22 недель до одного года. *Структура эмоциональной привязанности* ребенка не всегда однотипна. Наиболее благоприятной для психического развития является так называемая структура *безопасной привязанности*, при которой ребенок чувствует себя уверенно и защищенно. Такая привязанность формируется в результате правильного взаимодействия матери с малышом, когда ребенок имеет, может быть не столь частый, но эмоционально-приятный физический контакт с матерью.

*Нарушения социально-эмоционального развития* у детей могут наблюдаться в случаях, когда мать малоэмоциональна и в общении с малышом больше руководствуется разумом. Она заботится о нем, соблюдает режим, но мало играет с ним, а если и играет, то не заражается одновременной с ним радостью, а играет потому, что так надо. Подобный тип общения может предрасполагать к развитию у ребенка невротических реакций, и прежде всего страха, а также аутизма. Трудности физического контакта матери с ребенком имеют место при заболевании малыша ДЦП. Такой ребенок часто с трудом удерживает голову, плохо сидит, у него могут наблюдаться насильственные движе-

ния, при взятии его на руки он выгибается, что пугает мать, она боится его выронить. Все это вызывает большое волнение и беспокойство.

Большое значение в формировании эмоционально-социального взаимодействия имеет *не только контакт-прикосновение, но и зрение, слух.*

У детей с нарушениями зрения и слуха при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может быть нарушено развитие социальных взаимоотношений, что имеет место особенно при наличии сложного дефекта, включающего как нарушение слуха, так и нарушение зрения.

Особенно большие сложности в развитии коммуникативного поведения и эмоционального взаимодействия с окружающими имеют место у детей с нарушением общения в виде раннего детского аутизма (РДА). Эти нарушения еще более усугубляются при наличии указанных выше расстройств.

**Аутизм**

Согласно *МКБ-10,* аутизм – это своеобразное нарушение психологического развития, которое обычно проявляется в первые 30 месяцев жизни. Аутизм впервые описан Лео Каннером в 1943 г. Основным признаком аутизма является нарушение контакта ребенка с окружающим миром, и прежде всего с людьми. Ребенок с аутизмом погружен в мир собственных переживаний, отгорожен от окружающего мира, не стремится или не переносит межличностных контактов. Он замкнут и сторонится коллектива сверстников, у него отсутствуют живая выразительная мимика и жесты, он старается не смотреть в глаза окружающим. Эти дети избегают также телесных контактов, отстраняются от ласки близких. Лучше всего они себя чувствуют, когда их оставляют в покое. Ребенок с аутизмом как бы не замечает других людей; предоставленный самому себе, он может однообразно повторять одни и те же движения, что-то нашептывать, временами выкрикивать отдельные, лишенные конкретного смысла слова или звуки. Если взрослый все же пытается вступить с ним в контакт, он возбуждается, становится напряженным, негативистичным, может проявлять агрессию по отношению к окружающим.

Для детей с аутизмом характерна *однообразная*, как бы *нецеленаправленная двигательная активность*, которая проявляется в прыжках, беге на цыпочках, своеобразных движениях пальцев рук около наружных углов глаз. Двигательное беспокойство может чередоваться с периодами заторможенности, застывания в одной позе.

*Степень умственного развития* при аутизме различна: в одних случаях интеллект может быть нормальным, в других ребенок может быть умственно отсталым, но среди аутистов встречаются и высокоодарённые дети.

*Развитие речи* также отличается большой вариативностью: некоторые дети по темпу и срокам развития речи опережают здоровых сверстников, другие отстают в речевом развитии. Однако во всех случаях наблюдается своеобразие речи детей с аутизмом. Прежде всего это нарушения модуляции голоса: либо она очень бедная, либо гротескная, не адекватная смыслу.

Часто ребенок особенно громко и выразительно произносит отдельные звуки или слоги. При аутизме очень своеобразен *тембр голоса*: высокий, с нарастанием его высоты к концу фразы.

Речь детей с аутизмом часто содержит набор штампованных фраз, иногда наблюдается стремление к повторению малопонятных слов, услышанных ими от окружающих и по радио. Особенностью речи детей с аутизмом является речь о себе во втором и третьем лице.

Речь аутичного ребенка не направлена на общение с окружающими, а является как бы речью для себя. Ребенок получает удовольствие не от общения, которое возникает при помощи речи, а от манипулирования самими словами, звуками и фразами. В некоторых случаях речь у ребенка отсутствует полностью.

Для многих детей с аутизмом характерна *любовь к музыке*, они могут часами слушать любимые ими мелодии.

Они отличаются *повышенной чувствительностью к своему окружению*, с трудом переносят изменение привычной для них обстановки, часто испытывают страхи при встрече с незнакомыми предметами, иногда боятся самых обычных предметов обихода, например света электрической лампы, звука пылесоса, некоторые из них боятся лифта, поездки в метро, животных и т. д.

Аутизм может *возникать по различным причинам*: вследствие раннего повреждения головного мозга в сочетании со своеобразными, наследственно обусловленными особенностями психики, а также в результате эмоциональной депривации в раннем детстве. Но во всех случаях наблюдается наследственная предрасположенность к подобному своеобразию психического развития. Имеются данные, что аутизм чаще развивается у мальчиков, чем у девочек.

Аутизм встречается в 5 случаях на 10 000 живых новорожденных. Аутистические черты поведения могут наблюдаться у многих детей с отклонениями в развитии: при некоторых наследственно обусловленных формах умственной отсталости, например, при фенилкетонурии, при детском церебральном параличе, у детей с дефектами зрения – слепых и слабовидящих, а также при некоторых других нервно-психических заболеваниях. Около 1/3 детей с аутизмом имеют различные неврологические отклонения.

В большинстве случаев *риск рождения второго больного ребенка* невелик, особенно если в родословной по обеим линиям исключается диагноз шизофрении. Однако известны случаи, когда в семье рождались двое детей с аутизмом, описаны случаи аутизма у однояйцевых близнецов.

В последние годы у некоторых детей с аутизмом описаны своеобразные *изменения Х-хромосомы* – перетяжка на одном из ее участков. Это нарушение получило название синдрома ломкой или фрагильной Х-хромосомы. Поэтому во всех случаях аутизма показано цитогенетическое исследование.

Для более эффективной помощи больным аутизмом необходимо *раннее установление диагноза*, желательно на первом году жизни, когда можно отчетливо отметить отсутствие зрительного контакта, непереносимость каких-либо перемен в своем окружении, отсутствие эмоционального контакта с матерью и другими взрослыми, страхи. Основную роль в адаптации детей с аутизмом к их окружению играют психолого-педагогические мероприятия, проводимые индивидуально и в небольших группах детей при правильно подобранном медикаментозном лечении. Детей с аутизмом специально обучают постепенному врастанию в общество с целью подготовки их к взрослой жизни.

Детям с аутизмом необходимы длительная помощь, целенаправленные усилия семьи, учителей, воспитателей, врачей, психологов. Они нуждаются в устойчивой структуре окружения, понимании, терпении, помощи со стороны родных, друзей, соседей и общества.

**Особенности проявлений аутизма в раннем возрасте**

Характерная особенность *при аутизме* в раннем возрасте – *полная безучастность младенца к своему окружению.* У ребенка долго не формируется и слабо проявляется или не проявляется вовсе комплекс оживления при общении с взрослыми. Он слабо реагирует на лицо взрослого, в том числе и на мать, что с самого раннего возраста нарушает формирование диады мать – ребенок, психическое и эмоциональное развитие ребенка. В этих случаях необходимы ранние коррекционные занятия по развитию взаимодействия «мать – ребенок».

Одним из проявлений аутизма в раннем возрасте является *нарушение аффективного взаимодействия с ближайшим окружением.* Ребенок с трудом приспосабливается к рукам матери. У него с трудом формируются важнейшие адаптивные реакции, характерные *для* ребенка раннего возраста; он не протягивает ручек по направлению ко взрослому, когда взрослый смотрит на него. У многих аутичных детей отсутствует такая поза готовности, на руках матери аутичный ребенок также чувствует себя дискомфортно; либо он висит как мешочек (по выражению родителей), либо бывает чрезмерно напряжен, оказывает сопротивление.

Одной из ранних функций здорового ребенка является фиксация взгляда на лице матери. Здоровый малыш очень рано проявляет интерес к человеческому лицу. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить большую часть бодрствования в глазном контакте с матерью. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения.

При признаках аутистического развития *нарушение* (отсутствие) *глазного контакта* может проявляться особенно ярко. Многие авторы рассматривают это явление как центральное нарушение аутизма. Наиболее характерным является взгляд

мимо лица или «сквозь» лица взрослого, т. е. имеет место избегание глазного контакта. Кроме того было обнаружено, что специфика реакции аутичного ребенка на лицо – сосредоточение на нижней его части, в то время как известно, что наибольшую частоту фиксаций взгляда и их продолжительности вызывают глаза.

### Нарушения коммуникативного поведения у детей при аутизме

Известно, что уже в раннем возрасте у здоровых детей развивается потребность просить чего-либо и требовать к себе внимания различными невербальными способами, включая взгляд, жесты, голос.

*Наиболее важной коммуникативной функцией* является *просьба,* которая может быть выражена как вербально, так и невербально (жестами, взглядом, прикосновением). Высказываются предположения, что людям, страдающим аутизмом, трудно понимать эмоции, намерения и мысли других людей. Они являются как бы социально слепыми, поэтому может возникнуть впечатление, что они эгоцентричны и не считаются с окружающими. Однако это связано не с эмоциональным эгоизмом, а в большей степени с негибкостью их познавательной деятельности. В настоящее время зарубежные авторы выделяют несколько *социальных подгрупп лиц, страдающих аутизмом.* Они также отмечают, что социальные характеристики этих лиц могут меняться.

## 6.2. Взаимодействие специалистов и родителей в работе с аутичными детьми

### Врач и психолог

В практике отечественной детской психиатрии *психолог,* как правило, *привлекается врачом к диагностической работе.* Результаты психологического исследования используются врачом при формулировании диагноза. Психолог активно включается в процесс коррекционной работы и выступает в нем как партнер врача.

В коррекционной работе *врач и психолог взаимно дополняют друг друга*, осуществляя различный подход к решению поставленной задачи. *Врач* определяет диагноз исходя из логики течения болезни. С помощью медикаментозной терапии он стремится устранить болезненные симптомы и стимулировать психическую активность ребенка. *Психолог* оценивает состояние ребенка, опираясь на данные нормального психического развития, и определяет степень и характер отклонений в развитии. В коррекционной работе психолог стремится не только устранить болезненные проявления, но и, опираясь на сохранные психические функции, найти возможность его социального развития. Симптомы болезненного процесса психолог рассматривает с позиции нарушения хода психического развития, то есть *для* него они имеют значение как особенности потребностей ребенка. Ряд моторных, речевых, поведенческих стереотипии врачом квалифицируются как проявление болезни, а психологом – как гиперкомпенсаторные образования, служащие для аффективной аутостимуляции в условиях дефекта контактов с окружающим миром.

В процессе совместной коррекционной работы вырабатывается *прогноз общей социальной адаптации больного ребенка и его интеграции в общество.*

Взаимодействия врача и психолога строятся в зависимости от этапа работы.

*На первом этапе* приходится решать задачи устранения психогенных расстройств, обусловленных неадекватным отношением близких к ребенку с помощью психотерапевтических методов воздействия на ребенка и семью. Здесь основная роль принадлежит психологу.

*На втором этапе* важными являются функции врача по устранению психопатологической симптоматики с помощью медикаментозной терапии.

*На третьем этапе* главной задачей становится активация эмоционального, речевого, интеллектуального, личностного развития ребенка, формирование у него социально адекватных форм поведения. Врач, постоянно наблюдая за динамикой состояния ребенка в процессе обучения и психотерапии, гибко корригирует медикаментозное лечение, снимая тревогу и страхи.

В условиях специальной коррекционной группы необходима связь врача и психолога.

### Педагог и психолог

Опираясь на данные врача и психолога, *педагог* ведет собственную работу, определяет *конкретные задачи обучения и вырабатывает методику работы.*

Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка. Особые трудности поведения и интеллектуальной деятельности детей, выявляемые на учебном занятии, становятся предметом специальной работы психолога. В этом случае психологическая коррекция, аналогично медикаментозной терапии, становится средством устранения расторможенности, уменьшения проявлений агрессии и страхов, методом профилактики.

На каждом этапе совместной работы *психолог и педагог*, обследуя ребенка, *оценивают динамику его развития в процессе коррекции.* Необходимо подчеркнуть, что ребенку дошкольного возраста именно педагог в процессе обучения дает наиболее сложные образцы взаимодействия с взрослыми. Его требования и запреты представляются ребенку непреложными. Игры, в которых педагог ищет первый контакт с ребенком, представляются ему как «занятия».

Взаимодействия с психологом носят более свободный характер и дают возможность большему самовыражению ребенка. Психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях в роли соученика.

Каждый специалист использует достижения другого для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

### Родители и специалисты

Установление контакта специалистов с родителями начинается с *обсуждения особенностей психического развития и социализации ребенка.* Определяется уровень требований к нему, направления и возможные формы воспитательной работы в семье.

*Врач* объясняет, что определенная часть нарушений поведения ребенка носит защитный характер и частично связана с

недоучетом окружающими особенностей его развития. Врач обязан предупредить родителей о большой ранимости аутичного ребенка для исключения неосторожных высказываний в его присутствии. Следует осторожно очертить перед родителями круг трудностей и реальных возможностей ребенка. Врач привлекает родителей к процессу медикаментозного лечения. Поддерживающая терапия в большинстве случаев при отсутствии выраженного обострения может осуществляться дома под постоянным контролем врача. Она успокаивает ребенка и стимулирует его целенаправленную деятельность. Врач учит родителей наблюдать за состоянием ребенка во время медикаментозного лечения и фиксировать наблюдения в дневниках. Врач может оказывать медицинскую помощь и самим родителям, если это необходимо.

*Психолог* может подсказать родителям, как избежать внутрисемейных конфликтов, создать щадящий и в то же время эмоционально-тонизирующий, организующий ребенка режим, чтобы уменьшить его аутистические тенденции. Психологу принадлежит ведущая роль в обучении родителей особым приемам воспитания аутичного ребенка дошкольного возраста, начиная от способов налаживания контакта и заканчивая формированием целенаправленного поведения.

*Педагог* обучает родителей методике занятий с ребенком, регулярно обсуждает динамику обучения и вновь возникающие у ребенка затруднения. Таким образом, работа с семьей аутичного ребенка включает методы обучения.

Для обучения аутичных детей *используются различные подходы* – от понуждающего обучения и условно-рефлекторных методов до стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики и поведения. Предпочтительным является *комбинированный подход*, реализующий потенциальную эффективность различных методов.

*Основные препятствия в обучении* связаны с неконтактностью, языковыми трудностями, плохо управляемым поведением. Началу обучения предшествует установление достаточного контроля над поведением. Важно обучение не только языковым навыкам и адекватному их использованию, но и неязыковым средствам общения – пластике, жестовому языку. Для этого

могут быть использованы управляемые модификации «ритуальных» танцев под музыку, занятия в группах лечебной физкультуры, обучение плаванию, ходьбе на лыжах. На первых порах аутичный ребенок должен получить хотя бы не полностью осмысляемые, но необходимые для социального поведения языковые шаблоны. Большое значение придается обучению бытовым умениям и навыкам самообслуживания. Здесь приходится изыскивать для каждого ребенка свои способы, учитывающие также возможности семьи. Одна из сложностей связана с затруднением у многих детей непосредственного воспроизведения. Родители и воспитатели должны быть готовы к тому, что те или иные прививаемые навыки и умения могут реализовываться не сразу, а через недели или даже месяцы. В работе с группой родителей проводится общее обсуждение подобного рода трудностей, родители обмениваются опытом их преодоления.

Иногда дети, казавшиеся лишенными каких-либо перспектив развития, могут *прогрессировать до возможности среднего образования.* Обучение в коррекционной школе VIII вида не всегда решает проблему, так как многие дети по интеллектуальным возможностям превышают уровень этой школы, но не умеют правильно построить поведение, плохо овладевают трудовыми навыками. Для их обучения организуются специальные классы с небольшим количеством детей и специально подготовленным персоналом.

## 6.3. Консультирование и психотерапия семьи ребенка с дефицитом внимания и гиперактивным поведением

Специальные исследования показали, что синдром дефицита внимания является самой частой причиной трудностей обучения и нарушений поведения в дошкольном возрасте. *Основными проявлениями* данного синдрома являются:

– общее двигательное беспокойство, неусидчивость, недостаточная регуляция поведения;

– нарушения целенаправленности и концентрации активного внимания;

– импульсивность и инфантильность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности;

– проблемы во взаимоотношениях с окружающими;

– заниженная самооценка.

Все указанные расстройства приводят к школьной и социальной дезадаптации.

Многие из симптомов – невнимательность, гиперактивность, импульсивность – типичны и для родителей этих детей.

Родители часто испытывают чувство вины. Это тяжелая ситуация для родителей, особенно до того момента, как поставлен диагноз.

Гиперкинетическое расстройство, скорее всего, гетерогенно по своим механизмам и не имеет единого патогенеза. Предполагается, что возникновению данного расстройства может способствовать легкое повреждение мозга вследствие разнообразных патогенных воздействий во внутриутробном и перинатальном периодах, а также цепочки инфекций в раннем возрасте. Показано, что повреждение коры правого полушария в 93% случаев связано с гиперактивностью. Гиперактивность как проявление ММД может быть одним из центральных нарушений при задержке психического развития церебрально-органического генеза.

Установлена *связь гиперактивности с интоксикацией свинцом,* содержащимся в выхлопных газах и красках, используемых для отделки жилых помещений. Из лекарственных средств наиболее значимыми являются барбитураты, бензоадизепины. Имеет место повышенная частота неспецифических отклонений ЭЭГ.

*Признаки когнитивного дефицита* многообразны и неспецифичны. Конкордантность МЗ-близнецов выше, чем ДЗ, что свидетельствует об определенной роли генетических факторов. Отмечен также повышенный риск расстройств у сибсов пробанда. О вовлеченности генетических механизмов свидетельствует также повышенная наследственная отягощенность гиперкинезами, особенно у девочек. Изучение приемных детей показало, что у биологических родителей детей с гиперактивным расстройством данное нарушение встречалось в детстве чаще, чем у приемных. Можно выделить группы больных с

преимущественным типом отягощенности по тем или иным психическим расстройствам. Специальные исследования показали, что признаки раннего органического поражения ЦНС отмечаются у 84% детей с СДВГ, а его наследственный характер выявлен у 57% гиперактивных детей. Следовательно, в 41% случаев отмечался комплексный характер страдания. В группе обследуемых детей отмечались следующие *негативные внутрисемейные факторы*:

– неполная семья;
– частые конфликты;
– низкий уровень образования у родителей;
– разлука с родителями;
– неправильное воспитание.

*Симптомы нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности* проявляются ранее 7 лет, обычно начиная с трехлетнего возраста. Это нелегкое для диагностики нарушение. Большое внимание необходимо уделять истории болезни, наблюдать ребенка, говорить с родителями, воспитателями и учителями.

### Симптомы нарушенного внимания

Ребенок *не обращает внимания на детали.* Например, надо закончить что-либо, внести заключительные штрихи – он, скорее, отложит это, чем выполнит. Ему трудно удержать внимание, ему свойственна непоседливость. Ребенок не слушает, когда к нему обращаются, избегает контакта взглядом, ему сложно сосредоточиться, чтобы слушать. Он может с большим энтузиазмом подойти к заданию, что-либо сделать, но никогда не доводит начатое до конца. Ребенок избегает задач, которые требуют напряженных умственных усилий и которые являются одновременно «скучными». Если ребенок действительно чем-то сильно увлечен, он может заниматься этим часами, но если вдруг занятие ему наскучит, он бросит его.

Он *легко отвлекается.* Часто теряет свои вещи. Ребенок постоянно забывает то, что надо сделать, особенно в новых для него ситуациях, особенно когда необходимо быстро сориентироваться. Такие дети не могут выполнить задание по инструкции, если последняя состоит из нескольких звеньев.

Ни одно задание не выполняется без многочисленных ошибок, так как дети отвлекаются на любые внешние стимулы, повышенно забывчивы.

**Симптомы гиперактивности**

Ребенок ерзает, не может спокойно сидеть, он очень беспокоен. Он сидит и барабанит пальцами, все время двигается в кресле. У него всегда чувство внутреннего беспокойства. Он не может сидеть неподвижно, все время бегает, куда-нибудь забирается. Ребенок движется все время, даже если кажется, что он устал. Часто эти дети спят меньше, чем обычные дети, даже в младенчестве; то есть, помимо того, что он все время бегает, кажется, он никогда не спит.

Таким детям трудно играть тихо – они как будто с мотором внутри. Они обычно очень говорливы, часто это основа для диагноза. Их избыточная моторная активность бесцельна, не соответствует требованиям конкретной ситуации.

*Наибольшая выраженность* гиперактивности отмечается в *дошкольном и школьном возрасте.* Наряду с гиперактивностью в двигательной сфере у детей с СДВГ обычно имеют место нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса. Ребенок затрудняется в освоении навыков самообслуживания.

Такие дети не могут регулировать свои действия, не могут и ничего приятного для себя откладывать – всего хотят сейчас. Часто перебивают или недослушивают в разговоре, бестактно вмешиваются в игру. Испытывают трудности в коллективной деятельности, требующей соблюдения очередности. Это затрудняет занятия игровым спортом. Дети могут быть излишне болтливы на уроках, не считаясь с ситуацией. Диагноз может быть поставлен с 3–4 лет. Девочек часто поздно диагностируют, потому что они вообще спокойнее. Чем спокойнее ребенок, тем позднее ставят диагноз.

При диагностике дети часто показывают хорошие результаты, если тест интересен и в новинку. В ситуации один на один ребенок показывает результаты лучше, чем в группе. Дети часто показывают лучшие результаты в присутствии отца, нежели в присутствии матери. Это объясняется тем,

что дети больше привыкают к матери, а отец – более в новинку для них.

Дети не способны предвидеть последствия своих поступков, поэтому нарушения дисциплины нельзя считать преднамеренными. Взрывчатая раздражительность сочетается с лабильностью аффекта и легкими переходами от смеха к слезам. У девочек менее выражена гиперактивность, но в большей степени выражены тревога, эмоциональная лабильность, нарушения мышления и речи. Гиперактивность обычно нормализуется в подростковом возрасте, импульсивность сохраняется у 25% взрослых. Труднее всего компенсировать нарушения внимания.

У детей и подростков с СДВГ отмечается более низкая самооценка, более высокий уровень алкоголизации и употребления наркотиков. В сборе данных специалисту прежде всего требуется помощь родителей.

**Анкета для родителей**

1. Правша или левша ребенок, владеет ли он двумя руками в равной степени?

2. Отмечаются ли колебания настроения? Нет ли тенденции быть в хорошем настроении один день, а на следующий – впадать в депрессию?

3. Соответствуют ли достижения ребенка его возможностям?

4. Имеются ли трудности включения в задание?

5. Замечают ли родители, что ребенок не может сидеть спокойно, покачивает ногой, стучит пальцами, ерзает?

6. Всегда ли ребенок доводит начатое до конца?

7. Много ли ребенок мечтает с отсутствующим взглядом, «спит наяву»?

8. Испытывает ли ребенок трудности, вспышки гнева, нетерпения, когда он расстроен?

9. Импульсивен ли ребенок?

10. Легко ли его отвлечь?

11. Откладывает ли ребенок начатое на потом? Часто ли бывает, что он «загорелся» по поводу чего-нибудь, а потом быстро «остыл»?

12. Есть ли у ребенка привычка часто менять программы по ТВ, крутить ручку радио?

13. Способен ли ребенок работать по инструкции?

14. Легко ли приходит в состояние гнева? (Дети обычно вспыхивают мгновенно.)

15. Имеются ли у ребенка выраженные трудности в обучении?

16. Нет ли подобных нарушений у других членов семьи?

17. Часто ли ребенок нарушает правила?

18. Часто ли ребенок испытывает беспокойство по любому поводу?

19. Низкая ли у него самооценка?

20. Не играет ли ребенок в детском саду (либо в школе) роль клоуна?

21. Не усыновлен ли ребенок?

22. Желанный ли ребенок в семье?

23. Не страдает ли ребенок аллергией?

24. Трудно ли ему сохранить секреты?

25. Любит ли он новые вещи?

26. Свойственна ли ребенку агрессивность, ломает ли он часто игрушки, рвет книжки?

27. Часто ли ребенок говорит неправду?

28. Часто ли ребенок берет без спросу чужие вещи?

29. Отмечается ли у него асоциальное поведение?

30. Свойственна ли ему эмоциональная незрелость?

31. Отвергают ли ребенка сверстники?

32. Трудно ли ему планировать собственное поведение?

33. Свойственны ли ребенку:

– незрелая моторика и координация;

– энурез;

– нарушения сна.

34. Сведения о родителях гиперактивных детей:

– возможно, отец или мать, когда были детьми, проявляли симптомы СДВГ;

– отмечается ли у родителей тревожность или депрессивность;

– имеют ли родители склонность к алкоголизму, асоциальному поведению;

– характерны ли драки в семье;

– полная ли семья;

– есть ли в семье еще дети, подвержены ли они указанным нарушениям.

Важно поставить *диагноз на раннем этапе*, чтобы предупредить развитие вторичных отклонений – беспокойства, тревожности, агрессивности, асоциального поведения.

У детей могут быть трудности обучения, расстройства поведения, депрессии. Они рано замечают, что все дети могут сделать что-то, а они – нет. Ребенок задает себе вопрос: «Что же такое со мной?». Конечно, это накладывает сильный отпечаток на ребенка. Родителям следует иметь в виду, что сам по себе синдром не проходит к подростковому возрасту, этим детям необходима помощь.

**Информация для родителей**

Важно, чтобы родители:

– понимали всю серьезность создавшегося положения, адекватно и серьезно воспринимали беды своего ребенка, любили его и ценили его здоровье;

– искренне желали помочь ребенку;

– были лучшими адвокатами своего ребенка;

– были готовы к переменам;

– были способны встать на место ребенка, посмотреть на себя его глазами;

– контролировали свои чувства и эмоции;

– были терпеливы и последовательны;

– верили в успехи своих детей.

Ребенок должен быть в семье желанным, родители должны заботиться о нем и заниматься его воспитанием, не оставлять ребенка в первые годы жизни и не передавать его на попечение кому бы то ни было. Необходимо учитывать индивидуальность, своеобразие темперамента и личности ребенка.

*Специалист обязан объяснять родителям особенности их ребенка.* Родители должны принимать самое активное участие в лечении, обучении и воспитании ребенка. Они должны понимать, что при сохранном интеллекте и адекватном воспитании их дети могут достичь определенных успехов. Например, Чер-

чилль, Эйнштейн, Эдисон и Моцарт также страдали этим синдромом. Эти дети часто обладают хорошей интуицией, творческим мышлением, у них постоянно появляются какие-то идеи. Вместе с тем им трудно отвечать на вопросы или быстро что-то делать. Такому ребенку следует помочь, сказав: «Не спеши». Если он отвлекся, иногда достаточно положить ему руку на плечо, чтобы вернуть его внимание. Дети более продуктивны в первую половину дня. Таким детям *тяжело концентрировать внимание,* особенно если они устали. Чтобы привлечь и поддерживать внимание, надо делать занятие более интересным и разнообразным. Детям трудно делать скучную работу. Им всегда нужна индивидуальная поддержка; они лучше работают под наблюдением взрослых, им всегда нужен помощник или наставник.

При занятиях с детьми родители не должны давать им большую нагрузку. Работу с ребенком следует *делить на короткие периоды.* Дети нуждаются в более частых поощрениях, чтобы у них возникало ощущение успеха. Следует занизить требования к аккуратности ребенка. При занятиях с ребенком обязательно применять наглядные средства, вовлекая его в работу. Показывать ребенку, как выполнить то или иное задание, делать его вместе с ним, в результате чего у ребенка выработаются умения и навыки. Следует формировать положительные привычки. Не следует увлекаться многословными советами и поучениями. Надо помнить, что ребенок не может долго удерживать внимание. Следует продумать план управления таким ребенком, объяснить правила поведения в каждом конкретном случае, объяснить, что от него ожидается. Говорить с ребенком нужно спокойным доброжелательным тоном. В случае конфликта нельзя кричать, нужно сохранять хладнокровие. Родители должны помогать развить в ребенке чувство уверенности в себе.

Родителям необходимо структурировать собственное поведение и строго выполнять режим дня. Если взрослые в семье страдают частыми немотивированными сменами настроения, в семье конфликтные отношения, они не уверены в себе, испытывают чувство вины, недостаточна успешность профессиональной деятельности, натянуты отношения с коллегами, то им

самим следует воспользоваться помощью психотерапевта, чтобы разработать стратегию дальнейшего поведения.

Родителям, имеющим ребенка с дефицитом внимания, необходимо *объяснить другим взрослым*, общающимся с их ребенком, в первую очередь родственникам, воспитателям, *что ребенок имеет специфические трудности в выполнении заданий*, так как его нервная система функционирует не совсем так, как у других детей. Не следует ждать, когда возникнет непонимание и враждебность по отношению к ребенку. Лучше, не стесняясь, объяснить значимым для ребенка людям его особенности.

Родители должны быть в курсе всех мероприятий по оказанию помощи ребенку и в тесном контакте с теми, кто их проводит: педиатром, психологом, учителем. Только в этом случае помощь ребенку будет эффективной. Хорошо себя зарекомендовали так называемые группы, состоящие из родителей, имеющих детей с аналогичными проблемами. Общение в таких группах оказывает эффективную помощь ребенку.

Прежде всего родители должны *определить, что именно в поведении ребенка особенно настораживает.* Все это обсуждается и взвешивается в семье и с психологом. В результате родителям становится более понятным поведение ребенка, да и собственное поведение они начинают оценивать более объективно. Первым шагом к изменению поведения ребенка является составление плана общения с ребенком. Даже очень занятые родители должны научиться ежедневно выделять 10–15 минут, чтобы побыть с ребенком, вникнуть в то, что он делает, выслушать его и поддержать.

Родителям необходимо научиться бороться с нежелательным поведением ребенка не только посредством наказаний, но и с помощью невмешательства в его действия, игнорирования. Например, ребенок бросил свою игрушку под дождем. Не спешите ее поднять. Ребенок ищет положенную не на место вещь, не торопитесь помочь ему, пусть поищет. Ребенок импульсивно выскакивает на велосипеде на середину проезжей части улицы. На время запретите ему пользоваться велосипедом. Наконец, почаще используйте наказание, заключающееся в спокойном сидении в определенном месте после совершенного проступка.

Задание, которое дается ребенку с нарушенным вниманием, не должно быть сложным и состоять из нескольких звеньев. Для ребенка с дефицитом внимания запоминание длинных инструкций, состоящих из цепочки коротких указаний, особенно затруднительно. Поэтому не стоит давать ребенку более одного указания за раз.

Трудная задача для ребенка с дефицитом внимания – *завести и поддерживать дружбу* со сверстниками. Такие дети могут говорить, не обращая внимания на высказывания собеседника, могут не поддержать, когда их товарищ пытается начать игру, вмешиваться в чужую игру, не соблюдать ее условий, бросить игру, не доведя ее до конца.

Проблемы со сверстниками могут приводить к одиночеству и низкой самооценке. В то же время дружба для ребенка с дефицитом внимания является важным фактором в достижении успеха. Для того чтобы *помочь ему наладить отношения со сверстниками*:

1. Понаблюдайте за ребенком во время общения его со сверстниками. Приметив хорошие проявления во взаимоотношениях с другими детьми, наградите его за это».

2. Организуйте совместную деятельность своего ребенка с его другом. Например, это может быть совместный выход на игровую площадку или в библиотеку.

3. Устраивайте перерывы в общении со сверстниками, если видите, что уровень возбуждения у вашего ребенка чрезмерно высок.

4. Старайтесь уменьшить агрессивные проявления в поведении ребенка дома.

Обратите внимание на то, что *участие в игровом спорте* представляет значительные трудности для ребенка с дефицитом внимания. Это связано с выполнением ряда правил, соблюдением очередности на протяжении достаточно продолжительного времени. Однако жесткие запретительные установки здесь не годятся. Если ребенок очень заинтересован именно этим видом спорта, посоветуйтесь со специалистами и тренером, как лучше справиться с трудностями.

Всегда *будьте хорошими адвокатами* для своего ребенка. Помните, что большинство людей ничего не знают о наруше-

ниях внимания. Найдите время, чтобы в начале каждого учебного года поговорить с учителями о своем ребенке и его нуждах. Помните, что ваш ребенок может нуждаться в специальных методах коррекции, если у него наблюдаются специфические недостатки обучаемости.

Опыт показывает, что дети, имеющие осведомленных родителей, гораздо лучше подготовлены к жизненным трудностям. Необходимо, чтобы ваш ребенок все знал о своих трудностях и способах справляться с ними.

Постарайтесь *в общении с ребенком* придерживаться следующих правил:

1. Прежде чем поручить ребенку что-либо сделать, тщательно взвесьте, сможет ли он с этим справиться. Не ожидайте, что поручения или свои обязанности ребенок сразу выполнит очень хорошо.

2. Установите твердый распорядок дня, обязательный не только *для* ребенка, но и для всех членов семьи. Напоминайте об этом распорядке своему ребенку почаще.

3. Придумайте гибкую систему вознаграждения за хорошо (без отвлечений) выполненное задание. Это может быть словесное поощрение типа: «Ты сегодня пришел в школу вовремя. Молодец!». Это может быть поцелуй или разрешение пригласить поиграть друга, разрешение смотреть телевизор дольше обычного, поиграть с родителями в какую-либо игру и т. д.

4. Если в семье есть другие дети, поощряйте и их за хорошо выполненную работу. Почаще показывайте ребенку, как лучше выполнить то или иное задание, не отвлекаясь.

5. Если ребенок не сделал чего-либо, потому что отвлекался, объясните ему, что из этого может получиться и почему. Например, чтобы успеть в школу, ребенок должен выйти из дому не позднее 8 часов утра, а он в это время все еще одевается. Подойдите к ребенку и объясните ему, что он не подготовился к школе вовремя и опоздает, а это недопустимо.

6. Подписывайте соглашения со своим ребенком типа: «Я, Алексей, обязуюсь три дня подряд не опаздывать в школу. Если я это выполню, то смогу смотреть телевизор на 30 минут дольше». Такое соглашение должно учитывать пределы возможного для ребенка и оговаривать только одно условие.

7. Не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка. Не подбирайте за ним вещи и игрушки.

8. Не следует давать ребенку только директивные указания: «Ты должен сделать то-то и то-то». Лучше говорить с ним в более мягкой форме: «После того как ты приготовишься ко сну, можешь посмотреть телевизор».

9. Напоминайте ребенку о его обязанностях не только устно. Пусть он их видит: повесьте на стену их перечень.

10. Расширяйте список обязанностей ребенка по мере того, как убедитесь, что он научился с ними справляться, не отвлекаясь. Разрешите ребенку принимать участие в обсуждении круга его обязанностей.

11. Покажите ребенку несколько раз, как нужно выполнять его новую обязанность, прежде чем разрешить выполнять ее самому.

12. Убедитесь, что у ребенка есть все необходимое, чтобы выполнить свои обязанности по дому в срок.

Каков прогноз детей с дефицитом внимания? *Раньше* считалось, что трудности проходят с возрастом, ребенок как бы перерастает свой недостаток, становясь взрослым. Отчасти такое мнение основывалось на том факте, что врачи сфокусировали свое внимание на гиперактивности как на главном симптоме. *В настоящее время* основным симптомом считается нарушение внимания в сочетании с гиперактивностью. Гиперактивность имеет тенденцию уменьшаться с возрастом, дефицит внимания и импульсивность подвергаются обратному развитию в значительно меньшей степени. Поэтому надеяться на то, что время – лучший лекарь, в данном случае неправомерно, затраченные же усилия непременно принесут свой результат.

# Заключение

Как отечественный, так и мировой опыт свидетельствуют о том, что для оказания качественной и эффективной помощи родитель, воспитывающий ребенка с ОВЗ, уже не может обходиться без сотрудничества с психологами, дефектологами, логопедами и специалистами по коррекционной работе. Такой подход диктуется комплексным характером клинических, психологических и социальных проблем, возникающих у ребенка с ОВЗ и у его окружения: членов семьи, сверстников, а также у группы лиц, проходящих вместе с ним групповую терапию.

Можно представить примерную модель концептуальных подходов к организации консультативной и коррекционно-психотерапевтической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ, которая может включать несколько этапов.

**I этап** можно обозначить как начальный, диагностический. Цель его заключается в том, чтобы вскрыть причины проблем конкретного ребенка и поставить медико-психолого-педагогический диагноз.

**II этап –** переориентация мотивов деятельности членов семьи ребенка с ОВЗ в соответствии с его уровнем нервно-психического здоровья.

**Ш этап – з**акрепление определенных успехов в социализации, поведении и учебной деятельности ребенка с ОВЗ.

Цель: формирование положительного стереотипа поведения ребенка с ОВЗ.

Очень важно в работе с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ, соблюдать принцип комплексного полипрофессионального подхода.

Построение полипрофессионального бригадного сотрудничества необходимо базировать на выявлении психологических особенностей развития детей с ОВЗ, а также применять в работе с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, различные диагностические и коррекционно-психотерапевтические модели.

# Библиографический список

1. Блинова, Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития / Л. Н. Блинова. – М. : Изд. НЦ «ЭНАС», 2016. – 131 с.

2. Буторина, Н. Е. и др. Принципы диагностики и медико-психологической коррекции при умственной отсталости : метод. Рекомендации / Н. Е. Буторина, Л. С. Рычкова, Г. Г. Буторин. – Челябинск : УГМАДО, 1997. – 23 с.

3. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учеб. пособие / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. – М. : ИЦ «Академия», 2015. – 416 с.

4. Гилберт, К. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт, Т. Питерс ; пер. с англ. О. В. Деряевой ; под ред. Л. М. Шипицыной, Д. Н. Исаева. – М. : ВЛАДОС, 2012. – 144 с.

5. Грановская, Р. М. Психологическая защита у детей / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2016. – 96 с.

6. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании : хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост. Н. Д. Соколова, Л. В. Калиникова. – М. : Изд-во ГНОМ и Д, 2014. – 448 с.

7. Е. И. М. Исповедь матери аутичного ребенка, или Внутренняя феноменология первой сессии холдинговой терапии // Аутизм и нарушения развития. – М. : ВЛАДОС, 2014. – № 1. – С. 15–26.

8. Зайцев, Д. В. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями / Д. В. Зайцев // Педагогика. – М., 2003. – № 1. – С. 21–30.

9. Исаев, Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2013. – 224 с.

10. Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н. В. Тарабриной. – СПб. : Питер, 2012. – 352 с. – (Хрестоматия по психологии).

11. Лютова, Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Монина. – СПб. : Речь, 2013. – 190 с.

12. Мамайчук, И. И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2012. – 194 с.

13. Семаго, Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – 2-е изд. – М. : АРКТИ, 2014. – 208 с.

14. Семенович, А. А. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А. А. Семенович. – М. : ВЛАДОС, 2013. – 228 с.

15. Фурманов, И. А. Психология детей с нарушениями поведения : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов. – М. : ВЛАДОС, 2014. – 351 с.

16. Anderson C. M., Reiss D., Hogarty G. Schizophrenia and the family: A practioner's guide to psychoeducation and management. Guilford Press, 2016. 268 p.

17. Bartlett E. E. At last, a definition / Patient Education and Counseling, 2015, Vol. 7, pp. 323–324.

*Учебное издание*

**Конева** Оксана Борисовна

**Психологическое консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

Учебное пособие

*Ответственный редактор* А. Э. Санько
*Ответственный за выпуск* Н. Ю. Кийкова
*Технический редактор* Н. А. Лазариди

ГБУ ДПО «Челябинский институт
переподготовки и повышения квалификации
работников образования»
454091, г. Челябинск, ул. Красноармейская, д. 88