

**Центр помощи семьям  
детей с ограниченными возможностями  
«Содействие»**

**Эмоционально-волевое развитие  
и социализация особого ребенка:  
учебно-методическое пособие**

**г. Ростов-на-Дону  
2013 г.**

УДК 376.1-056+316.614-053.4(075.8)

ББК 74.3я73

У 91

**Рецензенты:**

Скуратовская М.Л. д.п.н., профессор, зав.каф. коррекционной педагогики ПИ ЮФУ  
Дорохина А.В. руководитель ресурсного центра по сопровождению инклюзивного  
образования детей с ОВЗ

Эмоционально-волевое развитие и социализация особого ребенка: учебно-ме-  
тодическое пособие / Под ред. Меснянкиной К.К., Ульяновой Н.Ю. - Ростов-на-Дону:  
у 91 ПЕЧАТНАЯ ЛАВКА, 2013. - 112 с.  
ISBN 978-5-906429-02-5

**Авторский коллектив:**

Бибик Мария Евгеньевна  
Гавринова Маргарита Юрьевна  
Иващенко Анна Сергеевна  
Кутурженко Людмила Андреевна  
Меснянкина Кира Константиновна  
Рубанович Ольга Владимировна  
Ульянова Наталья Юрьевна  
Черных Оксана Владимировна  
Яцкая Анастасия Леонидовна

**Редакторы:** Меснянкина К.К., Ульянова Н.Ю.

Методическое пособие ориентировано на специалистов, работающих в области  
специального, инклюзивного (интегративного) и дополнительного образования, соци-  
альной защиты и здравоохранения: педагогов-психологов, дефектологов, логопедов, учи-  
телей, воспитателей, психотерапевтов, социальных педагогов и реабилитологов.

УДК 376.1-056+316.614-053.4(075.8)

ББК 74.3я73

.....

**Эмоционально-волевое развитие и социализация особого ребенка:  
учебно-методическое пособие**

Подписано в печать 16.05.2013. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 6,51.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Тираж 100 экз.

ООО «ПЕЧАТНАЯ ЛАВКА»

344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Евдокимова, 37 Г

тел. (863) 256-45-15, e-mail: printlavka@yandex.ru

**ISBN 978-5-906429-02-5**

© Центр помощи семьям детей с  
ограниченными возможностями  
«Содействие»

© Дизайн обложки. Илья Глайдер

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## Введение

### **1. Теоретические основания работы специалистов Центра «Содействие»**

### **2. Краткая характеристика некоторых нарушений психического развития ребенка**

*2.1. Общая характеристика аутизма*

*2.2. Общая характеристика синдрома Дауна*

*2.3. Общая характеристика детского церебрального паралича*

### **3. Специфика психолого-педагогической работы Центра «Содействие»**

*3.1. Особенности построения пространства*

*3.2. Режим взаимодействия с семьями*

*3.3. Сферы и направления деятельности Центра «Содействие»*

*3.4. Формы психолого-педагогической работы в Центре «Содействие»*

*3.4.1. Психолого-педагогическая диагностика*

*3.4.2. Групповые коррекционно-развивающие занятия*

*3.4.3. Субботний досуговый центр*

*3.4.4. Интегративные площадки*

### **4. Методы работы в Центре**

*4.1. Игровая терапия*

*4.2. Телесно-ориентированная терапия*

*4.3. Танцевальная терапия*

### **5. Профессиональные навыки педагога-психолога, работающего с детьми с нарушениями эмоционально-волевой сферы**

*5.1. Установление контакта с ребенком, имеющим нарушения эмоционально-волевой сферы*

*5.2. Работа с истерикой*

*5.3. Работа с протестными реакциями*

*5.4. Эмоциональная реакция специалиста как инструмент коррекционно-развивающей работы*

### **6. Работа с родителями особого ребенка**

### **7. Профессионально важные качества специалиста, работающего с особыми детьми**

## Приложения

## Введение

Учебно-методическое пособие «Эмоционально-волевое развитие и социализация особого ребенка» разработано для слушателей открытого курса обучения, проходившего с 5 апреля по 17 мая 2013 года. Цель курса – распространение опыта Центра «Содействие» в области работы с детьми с эмоционально-волевыми нарушениями. В данную группу, говоря языком диагнозов, в основном, попадают дети с аутизмом, хотя подходы и методы, используемые в Центре, не являются узкоспециализированными и успешно применяются для развития детей с ДЦП, синдромом Дауна, СДВГ и пр. Столь широкое определение адресной группы объясняется смещением акцента с биологических и медицинских причин нарушения, которые являются основой диагноза, на состояние психики и трудности в социальной сфере, возникающие у детей с разными видами ОВЗ в силу как особенностей их психического статуса, так и условий развития. Основными «мишенями», на которые обращено внимание специалистов Центра, являются сложности, возникающие у особых детей в области коммуникации и взаимодействия с другим человеком (взрослым, сверстником) и адаптацией к социуму. Сюда входят: способность выделять человека из окружающей среды, устанавливать контакт, играть, вступать в партнерские отношения, проявлять эмоции и распознавать их в других, контролировать, выражать свое желание, ждать, договариваться, ориентироваться на правила и многое другое. В широком контексте именно эти умения определяют адаптацию ребенка к окружающему миру или исключенность из него, так как интерес к другому человеку и способность взаимодействовать с ним являются базой для развития индивида как социального существа, условием приобретения необходимого набора когнитивных, коммуникативных, бытовых, культурных навыков.

Опыт специалистов Центра «Содействие» нашел отражение на страницах данного пособия, в котором представлены подходы и методы, программы и конкретные техники, используемые для решения поставленных задач.

*С уважением,  
научный консультант центра «Содействие»  
Меснянкина Кира*

## 1. Теоретические основания работы специалистов центра «Содействие»

*Меснянкина К.К.,  
научный консультант Центра «Содействие»*

Работа Центра «Содействие» основывается на ряде психологических теорий и концепций. Данные концепции создают рамку, своеобразную систему координат в отношении понимания особенностей развития и поведения детей с нарушением эмоционально-волевой сферы и социальной адаптации, а также позволяют выстраивать траекторию работы специалиста.

Область работы с ребенком, имеющим ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), невероятно широка, она включает в себя все те сферы, которые необходимы для формирования функционально успешного человеческого индивида в конкретных культурно-исторических условиях. Дефектология (здесь мы употребляем данное название как обобщающее для всех направлений науки и практики, концентрирующихся на изучении детей с нарушенным развитием и воздействии на них) прекрасна тем, что ставит перед собой амбициозную задачу анализа механизмов развития человеческого существа, обычно протекающего спонтанно, с целью выработки методов формирующего влияния. Качество «спонтанности» имеет относительное значение. Конечно же, процесс развития (биологического, психического, социального и культурного) во всех случаях включает в себя программный (генетический), направленный (воспитание, обучение) и свободный, или назовем его неконтролируемым, компоненты. Однако взрослому придется принимать более активное участие в судьбе ребенка с ОВЗ, чем нейротипичного, т.е. нормативно развивающегося. Нарушение смещает акценты в сторону направленного развития. Согласно исследованию В.И. Лубовского, такая ситуация является одной из его неспецифических закономерностей. Таким образом, воздействие приобретает формирующий характер, а не поддерживающий и ориентирующий, как в случае нормативного развития, что придает повышенную значимость точности и глубине понимания механизмов развития и возвращает нас к вопросу выбора теоретической базы.

Область проблем особого детства является комплексной и междисциплинарной, совмещает в себе различные задачи, решение которых требует участия людей с различной специализацией. Профильными направлениями работы центра «Содействие» являются эмоционально-волевое

развитие и социализация, причем к области нашей деятельности, в основном, относится самый базовый уровень этих сфер. В число задач входит формирование следующих умений: выделение объекта из окружающего фона, установление контакта с другим человеком, формирование схемы тела, освоение базовых навыков самообслуживания, формирование и расширение репертуара способов взаимодействия, формирование временно-пространственных стереотипов, освоение игры, подражание, умение ориентироваться на инструкции и правила и др. Это накладывает определенный отпечаток на рассмотрение особенностей ребенка, используемые методы, выставляемые задачи и способ оценки результатов.

В самом широком смысле деятельность специалистов центра протекает в русле традиционной дефектологии, т.е. связана с коррекцией и обучением. Нам представляется важным уточнить термины. В отношении коррекции мы поддерживаем точку зрения Цыганок А.А.: «... Коррекция – это не обучение. ... Обучение – это то, что имеет конечной целью приобретение знаний, тогда как конечная цель коррекции – формирование функционального органа либо целой функциональной системы, позволяющих правильно осуществляться тому или иному психическому процессу» [5]. Сформированность психических процессов и адекватное функционирование психики являются необходимой базой для осуществления обучения.

В практике работы с обозначенными выше задачами важно заметить, что обучение не равно образованию. Обучение рассматривается как освоение ребенком определенных навыков и программ поведения, необходимых для общения, взаимодействия с окружающими и адаптации к обществу. Так, например, мы ставим акцент на развитии не интеллекта, но познавательных способностей; не речи, но коммуникации; не на получении академических (школьных) знаний, но на освоении бытовых навыков и социальных правил.

Требования практики: сложность материала и комплексный характер поставленных задач – не позволяют ограничиться одной объяснительной моделью. В своей работе специалисты центра совмещают несколько теоретических и методологических подходов. В рамках данной статьи мы перечислим базовые теоретические схемы и уточним аспекты их применения.

Позволим сделать ремарку: часть из перечисленных ниже теорий относятся к классике отечественной психологии. Это идеи Выготского, Леонтьева, Лурии – зарекомендовавшие себя, уважаемые учеными и практиками, входящие в качестве базы в подавляющее большинство программ, касающихся детского развития, с одной стороны, и устарев-

шие, с другой. «Современность» теории, а точнее, ее актуальность, с прикладной точки зрения, определяется полезностью. Поэтому, несмотря на почтенный возраст, мы считаем ресурсы классических теорий далеко не исчерпанными.

Понимание преимуществ и ограничений положений различных концепций и подходов, позволяет выстраивать на их основе эффективную модель помощи.

*Нейропсихология, теория динамической локализации психических функций А.Р.Лурии*

Представление о состоянии и особенностях психики ребенка исследуется в процессе диагностики и дополняется в ходе последующих наблюдений за ребенком. На основании данных о нормально развивающихся, задержанных или искаженных и компенсаторных психических процессах специалист имеет возможность выстроить программу коррекционного воздействия и подобрать максимально эффективные методы. Понимание особенностей психики в каждом конкретном случае необходимо для определения готовности ребенка к освоению навыков, востребованных средой. Нейропсихологический подход ориентирован на выявление психических функций, стоящих за тем или иным поведением. Знание о закономерностях их формирования и динамике развития, о межфункциональных связях помогает соединить педагогическое или психологическое воздействие с физиологией нервной системы, таким образом, чтобы оно было экологичным (не вызывало перенагрузки и истощения) и, собственно, выполняло развивающую задачу (создавало условия для развития психики, актуализируя необходимые психические процессы и функции).

В практике Центра используются работы Лурии А.Р., Цветковой Л.С., Цыганок А.А., Семенович А.В. Применяется диагностический альбом Семаго Н.Н. и Семаго Н.Я.

*Идеи Л.С. Выготского: культурно-историческая теория, теория развития высших психических функций, понятие зоны ближайшего развития*

Базовой установкой подхода к коррекции и развитию ребенка с нарушениями эмоционально-волевой сферы для центра являются идеи Выготского Л.С. Позиции культурно-исторической теории, учение о высших психических функциях позволяют создавать эффективную теоретическую модель психического развития ребенка, на основании которой можно выстраивать траекторию занятий в каждом конкретном случае. Подход Выготского составляет скелет модели, к которому присоединяются иные теории и подходы, эффективные в разных областях деятельности специалистов центра. Таким образом, сохраняется системный взгляд на развитие ребенка и воздействие взрослого.

Следующие идеи принимаются в качестве установок:

- Определяющее влияние на формирование психики ребенка оказывает социальная среда и контакт со значимым взрослым.
- Психика не разворачивается согласно внутренне заданной программе, но формируется во взаимодействии с другим.
- Любая функция сначала появляется во внешнем плане и осваивается как действие, затем путем интериоризации становится внутренней структурой.

В практическом плане это означает, что проводником развития какого-либо конкретного навыка и, глубже, стоящей за ним функции, является значимый взрослый (специалист или родитель). Наличие этого взрослого и качество контакта с ним влияют на динамику развития ребенка. Взаимодействие со значимым взрослым является основным инструментом оказания формирующего воздействия на психику ребенка. Для получения результата «инструмент» должен быть точно настроен. Значение имеет не только то, какие задачи ставит перед собой взрослый и как выстраивает порядок взаимодействия (уровень планирования), но и то, каким образом он их достигает (уровень практики). Поэтому в центре все аспекты поведения специалиста подвергаются тщательному анализу и превращаются в технологии, оказывающие определенное воздействие: эмоциональные реакции специалиста, темпо-ритмическая организация движений и речи, особенности жестикуляции, каналы взаимодействия с ребенком (визуальный, тактильный, кинестетический, аудиальный), строение высказываний при обращении к ребенку и ответе, способы подачи инструкции и пр. Это микроуровень, уровень операций и способов их осуществления. На более высоком уровне фокусом внимания становятся стратегии поведения взрослого во взаимодействии: порядок действий во взаимодействии с ребенком, занимаемые роли, стили, их смена, способы реакции на определенное поведение, выбор того поведения ребенка, которое будет являться мишенью воздействия, и пр.

То психическое новообразование, на формирование которого направлены усилия взрослого, сначала должно появиться во внешне-предметном плане, т. е. во взаимодействии. Ребенку его нужно буквально проиграть, проделать, прочувствовать. Например, в случае глубокого аутизма, если задачей является развитие способности выделять взрослого из окружающего мира и мотивации выходить с ним на контакт, специалист будет стратегически выстраивать свое поведение так, чтобы сначала стать необходимым элементом активности, приносящей ребенку удовольствие. Важно, чтобы ребенок не мог сделать то

же самое самостоятельно и не мог получить те же впечатления в другом месте. После того как связь удовольствие-конкретный взрослый закрепится, специалист начнет проявлять реакции, не совсем соответствующие ожиданиям ребенка: не начинать игру сразу, а делать паузу, ждать минимального обращения от ребенка; и при получении вырабатываемой реакции подкреплять ее бурным выполнением своей роли в игре. Таким образом, ребенок получает опыт того, что другого человека можно использовать для получения удовольствия, если знать как.

- Отрыв впечатлений от конкретной ситуации их получения и опосредование знаком является ключевым моментом в развитии высших психических функций. Для ребенка этот процесс естественнее всего происходит в игре. В момент, когда предметы начинают выполнять замещающую функцию (поставленные друг на друга кубики становятся башней, а выстроенные в ряд — вагонами поезда), происходит опосредование. Это сигнал о том, что ребенок вывел значение предмета из вороха впечатлений, с ним связанного. Что подразумевает, что теперь его опыт имеет привязку (эти впечатления связаны с этим объектом), форму (какие именно впечатления связаны с этим объектом), структуру (качества, функции объекта, что можно с ним сделать) и может быть использован для произвольной актуализации впечатлений. Здесь появляется возможность использования замещающего объекта, который принимает на себя значение изначального объекта. Практический эффект состоит в том, что поведение ребенка становится более произвольным и гибким. Исходя из сказанного, становится понятным, почему обучение словам, например, названиям животных, бесполезно, если у ребенка нет опыта взаимодействия с этими животными. За таким названием не стоит никаких впечатлений.

- Развитие и обучение лучше всего происходят в зоне ближайшего развития.

*Теория базовой аффективной регуляции (Никольская О.С., Лебединская К.С., Лебединский В.В.)*

Большой теоретический и практический вес имеют для модели, лежащей в основе работы центра, работы Никольской О.С., как лидера направления, представляющего аффективный подход к пониманию аутизма. Для данного подхода характерно признание эмоциональной сферы в качестве основы адаптации человека к окружающему миру, в том числе социальному, и базы психического развития.

С точки зрения Никольской и соавторов, в основе психической деятельности лежит многоуровневая система аффективной регуляции. Она тесно связана с формированием пространственно-временных

представлений, наделением стимулов значимостью, а также с произвольной регуляцией деятельности. Благодаря этой системе происходит упорядочивание окружающего мира и выстраивание способов взаимодействия с ним.

Базовая аффективная регуляция может быть представлена в виде структуры, состоящей из четырех уровней.

1. Уровень полевой реактивности (аффективной пластичности).
2. Уровень аффективных стереотипов.
3. Уровень аффективной экспансии.
4. Уровень аффективного (эмоционального) контроля.

На каждом уровне решаются различные смысловые задачи и работают свои механизмы регуляции. При нарушении функционирования какого-либо из них происходят сбои в процессе адаптации в целом. [6]

Теория была разработана на модели раннего детского аутизма, она подробно описывает особенности поведения детей при дезорганизации работы механизмов каждого из уровней. В практике центра используется классификация групп аутизма, созданная Никольской на основе данной теории. [4]

Взаимодействие личности с окружающим миром, реализация ее потребностей могут происходить на разных уровнях активности и глубины аффективного контакта со средой. Это учитывается при организации процесса адаптации ребенка к группе.

#### *Сенсорная Интеграция (Э. Джин Айрес)*

Одной из идей, находящихся в активной исследовательской разработке, является изучение роли сенсорных нарушений в развитии аутизма. Очевидной является связь этих состояний. Несмотря на то, что вопрос о причинно-следственных отношениях между проблемами в развитии сенсорной сферы и аутизмом остается невыясненным, это не мешает практикам по всему миру активно использовать методы сенсорно-интегративной терапии в реабилитации детей с эмоционально-волевыми нарушениями, в том числе, РДА.

У большинства детей с аутистическими чертами в поведении наблюдаются искажения в обработке сигналов от внешней среды и/или собственного тела: повышенная или пониженная чувствительность, сложности формирования схемы тела — при физически полноценном анализаторе. Согласно автору теории Дж. Айрес, причиной служат нарушения центральных процессов, а именно, интеграции сигналов от рецепторов различной модальности в целостный образ. Если проводить параллели между научными направлениями, то речь идет о дезорганизации работы второго блока мозга (в нейропсихологии). Последствием

является невозможность адекватно реагировать на воздействия среды (в том числе, на состояние собственного тела), или, в терминах Айрес, отсутствие адаптивного ответа.

При искаженности или неполноте сенсорной системы условия для эффективного приспособления к среде резко ограничены. Ребенок затрачивает на это больше ресурсов. Окружающий мир может восприниматься как непонятный или болезненный. Границы для комфортного взаимодействия узки. Например, повышенная тактильная чувствительность делает телесный контакт с людьми неприятным, в раннем детстве такая реакция негативно складывается на установлении связи со значимым взрослым, ухаживающим за ребенком. Сниженная чувствительность в отношении ощущений, идущих от собственного тела, мешает формированию схемы тела, следовательно, способности управлять им, что искажает инструмент получения опыта, необходимого для психического развития.

В теории сенсорной интеграции подробно рассматривается каждый сенсорный канал и его вклад в формирование адекватной системы отражения мира и способов взаимодействия с ним.

Выявление проблем сенсо-моторной сферы помогает специалисту определить наиболее выгодные каналы установления контакта и уберечь ребенка от нежелательного стресса.

Суть сенсорно-интегративной терапии заключается в многосторонней и многочувственной стимуляции ребёнка посредством игровых занятий. Эта терапия ориентирована на развитие сенсорной системы и адаптивных ответов на сенсорный опыт в соответствии с неврологическими потребностями ребенка.

#### *Теория деятельности (Леонтьев А.Н.)*

Леонтьев А.Н. Во многом продолжает идеи Выготского, поэтому теории не имеют противоречий и хорошо соединяются в общей модели.

Учение о структуре деятельности используется в работе центра наиболее активно. В рамках диагностики в качестве критериев оценки уровня организации поведения выступают элементы схемы деятельности, например: выделение цели, количество этапов деятельности, наличие контроля результата и пр. Структура деятельности отражает состояние и строение психики. По ней можно определить уровень развития мышления, некоторые особенности эмоционально-аффективной сферы, сформированность процессов опосредования, выявить уровень произвольной регуляции.

Согласно теории Леонтьева, внешний и внутренний планы взаимосвязаны, поэтому, выстраивание деятельности имеет коррекцион-

но-развивающий эффект и способствует формированию соответствующих психических процессов.

### *Бихевиоризм (прикладной поведенческий анализ)*

С точки зрения бихевиоризма, источником знания о человеке и основным предметом психологии является поведение, которое складывается благодаря внешнему воздействию среды. Положения современной версии бихевиоризма - прикладного анализа поведения, который основан на теории оперантного научения Скиннера, логично дополняют описываемую нами модель психического развития ребенка.

С точки зрения данного подхода любое поведение имеет свою причину. Прикладной поведенческий анализ предлагает технологии анализа ситуации, позволяющие выявить стимул, запускающий реакцию, определить факторы, влияющие на особенности протекания реакции и ее завершение. На основании такой информации становится возможным понять мотив и цель поведения. Технологии анализа полезны при работе с негативными реакциями, например, протестами.

То, каким образом видоизменяется поведение, зависит в первую очередь от характера наступающих последствий. Закрепляется та реакция, которая приводит к удовлетворению потребности и/или получает подкрепление.

Поведение человека подчиняется определенным законам, знание которых позволяет поэтапно формировать необходимый для социализации набор навыков. Бихевиоральный подход располагает экспериментально обоснованными и зарекомендовавшими себя в практике технологиями реализации данной задачи.

### *Средовый подход*

Средовый подход подчеркивает роль контекста, в котором происходит развитие ребенка, особенно, его базовый компонент – пространственный. Пространство и наполняющие его объекты оказывают формирующее влияние на психику ребенка, организуя его деятельность и влияя на способы контакта с окружающим миром.

В статье Ермолаева Д.В. и Захаровой И.Ю. объяснены принципы применения средового подхода в работе с ребенком с эмоционально-волевыми нарушениями: «Под средой понимается система отношений ребенка с рядом аспектов его окружения. Система отношений подразумевает, что эти составляющие окружения могут активно влиять на психическую жизнь ребенка. С другой стороны, сам ребенок может воздействовать на свое окружение, стремясь к поддержанию сложившейся системы взаимоотношений или пытаясь изменить их, либо вообще избегая участвовать во взаимодействии подобного рода» [3].

Средовый подход помогает структурировать пространство вокруг ребенка таким образом, чтобы оно вызывало его на взаимодействие и помогало организовывать деятельность.

Приведенный перечень теорий представляет основу понимания развития ребенка и связанных с ним задач. Он является открытым, как с точки зрения дополнения другими концепциями и подходами, при условии их сочетаемости, так и по возможности включения новых методов работы. Теоретическая модель дает возможность специалисту гибко приспосабливаться к требованиям практики, варьируя методы, и сохранять при этом системность всей программы коррекционно-развивающего воздействия.

### *Литература:*

1. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. - М.: Теревинф, 2009. - 272 с.
2. Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с.
3. Ермолаев Д.В., Захарова И.Ю. Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы // Особый ребенок. — № 5. — С. 9–33.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М.: Теревинф, 1997
5. Цыганок А.А., Гордон Е.Б. Коррекция пространственных представлений у детей// Нейропсихолог в реабилитации и образовании. – М.: Теревинф, 2008
6. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция/ В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990

## **2. Краткая характеристика некоторых нарушений психического развития ребенка.**

### **2.1. Общая характеристика аутизма.**

*Ульянова Н.Ю.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Термин «аутизм» (от греческого *autos* – сам) был введен психиатром Е. Блейлером и означает «оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений». Изначально аутизм рассматривался как особенность мышления шизофренических пациентов, характерной чертой которых является бегство от реальности и уход в себя.

Швейцарский психиатр Л. Каннер в 1943 г. впервые дал целостное описание синдрома, наблюдаемого в детской психиатрической практике, который он обозначил как ранний детский аутизм (РДА). Основным нарушением в описанных им клинических случаях он считал неспособность детей с самого рождения устанавливать отношения с окружающими людьми и правильно реагировать на внешние ситуации. Сначала это расстройство Каннер относил к детской форме шизофрении, но затем признал его самостоятельность, а причины искал то в аффективной сфере, то в кругу органических нарушений. С тех пор не утихают споры относительно этиологии, патогенеза, клиники, лечения, прогноза этого психического расстройства [4].

К.С. Лебединская определяет данное понятие так: «Аутизм – это особая, недостаточно ясная патология нервной системы генетического (шизофрения, хромосомные аберрации, врожденные нарушения обмена) или экзогенного (внутриутробные и постнатальные поражения головного мозга) происхождения, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и, прежде всего, - с человеком. Отсутствие общения, возникающее с раннего детства, искажает ход всего психического развития ребенка, грубо препятствует его социальной адаптации» [5].

#### *Эпидемиология*

Большинство недавних обзоров сходятся на том, что уровень заболеваемости составляет 1—2 человека на 1000 для аутизма и около 6 человек на 1000 для расстройств аутистического спектра, хотя из-за недостаточности данных в последнем случае реальное количество может быть выше. Неуточнённое глубокое нарушение развития отмечается у 3,7 человек из 1000, синдром Аспергера — приблизительно у 0,6, детское дезинтегративное расстройство — у 0,02 на 1000. В 1990-х и начале 2000-х количество сообщений о новых случаях аутизма значительно возросло. Этот рост во многом обусловлен изменениями в диагностических процедурах, правилах выдачи направлений, доступности соответствующих служб, возрасте диагностики, и в уровне осведомленности населения о проблеме аутизма, хотя нельзя исключать появления новых дополнительных факторов внешней среды. Имеющиеся свидетельства не исключают роста реальной распространённости расстройства; в таком случае следовало бы уделять больше внимания изменяющимся внешним факторам, не заикливаясь на генетических механизмах.

Расстройства аутистического спектра встречаются чаще у мальчиков, чем у девочек. Число новых случаев составляет 4,3:1 в пользу мужского пола, причём оно значительно колеблется при учёте когнитивных

показателей: так, по приблизительным данным одного исследования, аутизм в сочетании с умственной отсталостью у мальчиков встречается лишь в два раза чаще (2:1), а без умственной отсталости — в пять с половиной раз чаще (5,5:1), чем у девочек. Развитие аутизма ассоциировано также с несколькими пре- и перинатальными факторами риска. В обзоре 2007 года указываются такие факторы, как повышенный возраст матери либо отца, место родов за пределами стран Европы и Северной Америки, низкий вес при рождении, короткая беременность, гипоксия при родах. Большинство профессионалов придерживаются мнения о том, что расовая либо этническая принадлежность и социоэкономические условия не влияют на развитие аутизма.

Вероятно, дело еще и в своеобразной медицинской моде. Сегодня диагноз «аутизм» все чаще ставят не только детям с явными признаками, но и вообще детям замкнутым, интровертным, застенчивым. Поводом для такого диагноза может быть просто то, что ребенок предпочитает общаться не со сверстниками, а с компьютером. Можно сказать, что увеличение количества аутистов (или тех, кого к таковым причисляют) говорит прежде всего о том, как эта болезнь отражается в сознании общества, в котором очевидны нарастающая отчужденность в семьях, дефицит эмоциональных контактов родителей с детьми. Все это легко списать на патологию непонятного происхождения [3].

Обнаружена ассоциация аутизма с несколькими состояниями:

Генетические заболевания. Приблизительно в 10 %-15 % случаев можно обнаружить состояние, связанное с одним геном и подверженное действию законов Менделя, либо хромосомную аберрацию, или же иной генетический синдром. Ряд генетических заболеваний ассоциирован с расстройствами аутистического спектра.

Умственная отсталость. Доля аутистов, чьи симптомы соответствуют критериям умственной отсталости, составляет, по разным оценкам, от 25 % до 70 %, и такой разброс свидетельствует о трудностях оценки интеллекта при аутизме. Остальные формы расстройств аутистического спектра сопровождаются отсталостью гораздо реже.

Тревожные расстройства распространены среди детей аутистического спектра, однако неизвестно точно, насколько. В разных исследованиях указываются значения от 11 % до 84 %. При этом проявления, свойственные многим тревожным расстройствам, порой трудно отличить от аутистических симптомов, либо они могут быть более логично объяснены собственно аутистическими нарушениями.

Эпилепсия, причём риск эпилепсии варьирует в зависимости от возраста, когнитивного уровня и характера речевых нарушений.

Ряд метаболических заболеваний, таких как фенилкетонурия, ассоциирован с симптомами аутизма.

Лёгкие физические аномалии встречаются у аутистов значительно чаще, чем в общей популяции.

На сегодняшний день основу диагностики аутизма составляют три ключевых признака, известные как триада Лоры Винг:

- качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;
- качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и в сфере воображения;
- крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов.

А. Качественные нарушения социального взаимодействия, проявляющиеся следующим образом:

1. Явно недостаточное осознание существования других людей и их чувств (например, обращение с человеком как с мебелью; игнорирование страдания другого человека; очевидное отсутствие представления о необходимости личного пространства).

2. Отсутствие или искаженный поиск утешения в момент страдания (ребенок не приходит за утешением, даже если он болен, ударился или устал; ищет успокоения стереотипным образом, например каждый раз, когда ударится, повторяет: «Улыбайся, улыбайся, улыбайся»).

3. Отсутствие или нарушение подражания (например, не машет рукой в ответ на прощальный жест взрослого; не подражает действиям матери, работающей по дому; механическая имитация действий других вне контекста)

4. Отсутствие или нарушение игры с партнерами (например, ребенок избегает участия в простых играх; предпочитает играть в одиночестве; привлекает других детей к игре только в качестве «механических средств»).

5. Выраженное нарушение способности устанавливать дружеские связи (т. е. отсутствует интерес к установлению дружеских связей; несмотря на заинтересованность в установлении дружеских связей, ребенок демонстрирует недостаточное понимание норм социального взаимодействия, например читает другому ребенку телефонную книгу).

В. Качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также воображения, что проявляется следующим образом:

1. Отсутствие таких форм коммуникации, как лепет, жестикауляция, мимика, речевое общение.

2. Значительные нарушения невербальных аспектов коммуникации, таких как зрительный контакт, мимическая экспрессия, поза, жесты, служащие для установления социального взаимодействия и из-

менения его стиля (например, избегает прикосновений, напрягается, застывает, когда его обнимают или берут на руки, не смотрит на партнера, не улыбается при взаимодействии с людьми, не здоровается с родителями и гостями, смотрит в одну точку в ситуациях социального взаимодействия).

3. Отсутствие воображения, например изображения в игре взрослых, сказочных персонажей или животных; слабость интереса к рассказам о вымышленных событиях.

4. Выраженные речевые нарушения, затрагивающие громкость речи, высоту, употребление ударений, частоту, ритм и интонацию (например, монотонность, вопросительный тон речи, «писклявый» голос).

Выраженные нарушения формы и содержания речи, включая стереотипии и повторы (например, непосредственные эхолалии или механическое повторение телевизионной рекламы); использование местоимения «ты» вместо «я» (например, «Ты хочешь печенье?») означает «Я хочу печенье»); особое использование слов и выражений (например, «Иди на зеленые карусели» означает «Я хочу пойти покататься»); частые неуместные замечания (например, ребенок начинает говорить о расписании движения поездов во время разговора о спорте).

Значительные нарушения способности вступать в беседу и поддерживать разговор с другими людьми, несмотря на наличие нормальной речи (например, ребенок произносит бесконечные монологи на какую-либо тему, не замечая реплик окружающих).

С. Существенно ограниченный спектр деятельности и интересов, что проявляется следующим образом:

Стереотипные движения: например ребенок трясет или крутит руками, кружится, бьется головой о стену или мебель, совершает сложные движения всем телом.

Стойкий интерес к отдельным сторонам предметов (например, обнюхивание или облизывание предметов, постоянное ощупывание различных поверхностей, вращение колес игрушечной машинки) или пристрастие к необычным предметам (например, ребенок постоянно ходит с веревочкой).

Выраженное волнение при любых переменах в окружающем мире, например когда вазу, стоящую в комнате, убирают с ее обычного места.

Необоснованная привязанность к точному следованию определенным правилам: например ребенок настаивает, чтобы родители всегда ходили с ним в магазин одним и тем же путем.

Значительно ограниченный круг интересов и занятий с преобладанием одного узкого интереса: например ребенок интересуется толь-

ко обведением различных рисунков, собиранием метеорологических сводок или воображает себя сказочным героем.

D. Нарушения проявляются в младенчестве или раннем детстве.

Особо отмечается, если начало заболевания относится к детскому возрасту (после 36 месяцев). [7].

*Теории происхождения*

Генетические теории: предположительно, аутизм вызывается единичными или множественными мутациями генов [1].

Пато- и нейропсихологические теории. Нейроанатомические исследования позволяют предположить, что частью механизма является нарушение развития мозга вскоре после зачатия. Различные исследователи связывают проявления аутизма с такими факторами: нарушение деятельности нейронов или нейронных ансамблей, нарушение нейромедиации, нарушение формирования синапсов и дендритных шипиков и т.д.

Когнитивные теории: дефицит социального познания, нарушение формирования метареферентаций («theory of mind», нарушение эмпатии («сверхмаскулинный мозг»); дисфункция исполнительной системы (дефицит рабочей памяти, планирования, сдерживания и др.), теория слабой центральной связи.

*Расстройства аутистического спектра и аутизм*

Башина В.М.: предлагает следующую дифференциацию разных форм аутизма в детстве [2]:

«Всем большим детям из представленных клинических групп на определенных, чаще ранних этапах болезни свойственны аутистическое поведение, нарушение социального взаимодействия с окружающими, расстройства коммуникативности с качественным повреждением вербальной и невербальной функции речи, моторные нарушения, сужение круга интересов с однообразной стереотипной деятельностью. Перечисленные психопатологические феномены послужили основанием у всех этих детей диагностировать наличие аутистических расстройств, что соответствует принятым представлениям об аутизме в разных странах.

Вместе с тем аутистические расстройства эндогенного, хромосомного, обменного, экзогенного генеза в каждой из перечисленных групп имеют свою специфику, преимущественный возраст начала, динамику течения, свой исход, генез. Отсюда больные, страдающие разными видами аутистических расстройств, нуждаются в дифференциации для определения специфики лечения и коррекционных подходов.

Для детского аутизма эндогенного генеза, классического детского аутизма, синдрома Каннера наиболее характерны начало до 3-летнего

возраста, асинхронность в развитии основных сфер деятельности ребенка, сходство моторных стереотипии с ранними атетозоподобными движениями в пальцах рук, симптом отталкивания с ходьбой на цыпочках, эгоцентрическая речь, недостаточность и задержанное развитие волевой и эмоциональной сфер, сосуществование ранних и поздних функций в них.

При дифференциации любого вида детского аутизма эндогенно-геноза с умственной отсталостью при последней обращает на себя внимание равномерность структуры умственного недоразвития, соотносимость интеллектуального и эмоционального снижения, недоразвитие высших эмоций, соответствие социального приспособления уровню умственного недоразвития. У этих детей поведение отличается монотонностью, ригидностью, в нем, как правило, нет вычурности, парадоксальности.

Для детского аутизма (процессуального геноза) при ранней детской шизофрении и инфантильном психозе свойственно становление аутистических симптомов между 1 и 2,5 годами. Характерен диссоциированный характер задержанного развития, тенденция к падению активности, нарушения в общении, утрата коммуникативной, экспрессивной и рецептивной речи. У этих больных менее отчетлив синдром переслаивания, с одновременной реализацией моторных формул, свойственных разным возрастным этапам онтогеноза, как это наблюдается при синдроме Каннера. У них преобладают более сложные моторные стереотипии, смена гипотонии гипертонией, стертые позитивные симптомы.

Детский аутизм (процессуальный) при приступообразно-прогредиентной шизофрении формируется в возрасте 3—6 лет. Для этих детей характерно нормальное умственное развитие до 3-летнего возраста. Сдвиг в линии развития возникает после аутохтонных приступов приступообразно-прогредиентной шизофрении — аффективной, неврозоподобной, полиморфной, кататонической, кататоно-гебефренной и кататоно-регрессивной структуры. Структура нажитого аутистического расстройства в этих случаях зависит от тяжести регистра психопатологических расстройств в приступах болезни. При этом виде детского аутизма (атипичного, по МКБ-10, 1994) всегда имеют место резидуальные позитивные расстройства, нажитые аффективные и психопатоподобные симптомы. Этот круг расстройств относится к нажитому аутистическому дефектному состоянию после приступов ранней детской шизофрении, близок к классическому детскому аутизму.

При расстройствах хромосомного, обменного, неясного геноза с аутистическиподобными синдромами представлены не все симптомы (феномены), свойственные классическому аутизму. Прежде всего для

них обязательны знаки дисгенеза, характерные для основной патологии. Нет асинхронии в развитии различных сфер жизнедеятельности ребенка. В личностной структуре обнаруживаются черты торпидности. При сглаженности эмоциональных расстройств больные более эмоциональны с матерью и родными. Отмечается большая сохранность личностной структуры, чем у больных с классическим аутизмом. Возможны дисфорические расстройства настроения. Умственная задержка обычно равномерна. У них сохраняется, хотя и легко истощающаяся, глазная реакция. Стереотипная деятельность сводится к примитивным раскачиваниям, патологически привычным действиям.

В возрастной динамике в части случаев УМО с аутистическими расстройствами наблюдается углубление или, напротив, нивелирование аутистических проявлений. В кризовых периодах возможны психотические эпизоды с позитивными психопатологическими симптомами, после которых отмечается углубление аутистического синдрома.

Надо отметить, что почти все дети с аутизмом страдают искажениями, задержкой психического развития. Поэтому иногда возникает необходимость в разделении двух диагнозов — аутизма и УМО, возможен дихотомический подход в решении этой проблемы.

Аутистическоподобный круг расстройств при синдроме Ретта формируется после периода нормального развития ребенка, в возрасте 8—18 мес жизни и наблюдается в I стадии болезни. Во II стадии аутизм нивелируется. При наличии отрешенности при синдроме Ретта длительно сохраняется глазная реакция, способность адекватного эмоционального реагирования на мать, на положительный тактильный контакт, улыбку, жест. Моторные расстройства носят только им свойственный насильственный характер и протекают в виде «моющих, потирающих» движений кистями рук. В течении болезни наблюдается прогрессирующее нарастание неврологической симптоматики, спинальная атрофия, атаксия, кифоз, сколиоз, распад речи, эпилептические приступы, расстройства глотания, дыхания, чего не бывает при других расстройствах с аутистическоподобными синдромами.

Аутистическим состояниям при синдроме Аспергера (конституционального генеза) свойственна стертость аутистических проявлений, сохранность способности к высокому интеллектуальному развитию. В дальнейшем онтогенезе ребенка наблюдается формирование рациональных контактов, становление особой личности, близкой шизоидному кругу. В МКБ-10 (1994) синдром Аспергера и шизоидная психопатия не идентифицируются в связи с большей искаженностью личностного развития при синдроме Аспергера.

При парааутистических состояниях (экзогенного происхождения) глубина аутистического отрешения незначительна, сохраняется способность общения на тактильном уровне. Имеет место достаточно равномерный характер задержки умственного и речевого развития пограничного уровня, с особой эмоциональной незрелостью. Ко второму возрастному кризу аутистические симптомы обычно нивелируются. Формируется дефицитарная личность с обедненной эмоциональностью, пограничным (не всегда) уровнем задержки умственного развития, с недоразвитостью высших социальных структур личности, с невозможностью формирования направленной привязанности, слабой волевой активностью, рентными установками.

В случаях коморбидности аутистического синдрома с органическим поражением ЦНС также представлены не все феномены классического аутизма, не всегда наблюдается асинхрония в развитии различных сфер жизнедеятельности ребенка. Присутствует торпидность в личностной структуре, более выражена тотальность умственной задержки развития. Возможны дисфорические расстройства настроения, неврологические патологические симптомы, подтверждающие органическое поражение ЦНС. Аутистическиподобные проявления не полны, прерывисты, изменчивы, сменяются более адекватным поведением. Отсутствует парадоксальная негативность. Нет позитивных психопатологических расстройств. В ряде случаев наблюдается отчетливая коморбидность проявлений аутистическиподобного синдрома с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы».

#### *Классификация форм аутизма (по О.С. Никольской)*

Никольская выделяет четыре типичные группы раннего детского аутизма, в каждой из которых аффективная адаптация ребенка будет определяться механизмами одного из четырех уровней [6]. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержения, III - ее замещения и IV свертормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований, в том числе гиперкомпенсаторных.

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающей характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной

деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.

Скорее всего, здесь речь идет о раннем злокачественном непрерывном течении шизофрении («люцидная кататония»), часто осложнением повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительными ощущениями при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения - манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью, ежеминутное присутствие которой - непреложное условие их существования.

С точки зрения нозологии и у этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой, энзимопатии.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

Дети III группы с аутистическими замещениям окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются свертормозимостью. У них не менее глубок аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность.

Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без специальной подготовки.

### *Литература:*

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М.: Теревинф, 2006.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.
3. Жуков Б. Жизнь в ауте // Вокруг света. № 10, 2008. С. 198-204.
4. Коробенко Н.В. Клиника и диагностика раннего детского аутизма // Аутизм и нарушения развития. № 1, 2003. С. 2-10.
5. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм // Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема. М.: НИИ дефектологии РАО, 1992.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3-е издание, пересмотренное (DSM-III-R), Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.

## **2.2. Общая характеристика синдрома Дауна.**

*Рубанович О.В.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Данный синдром назван в честь доктора Джона Лэнгдона Дауна, впервые описавшего его. Это форма хромосомной патологии, которая заключается в том, что кариотип представлен не 46 хромосомами, что является нормой, а 47. Кроме того, 21-я хромосома, вопреки норме, обнаруживается не в двух, а в трёх вариантах.

По данным статистики синдром Дауна — самая распространённая генетическая аномалия. В среднем на 700 новорождённых приходится один ребёнок с синдромом. При этом и у мальчиков и у девочек эта аномалия встречается с одинаковой частотой. Поведение, образ жизни родителей на появление синдрома у ребёнка не влияет.

### *Сопутствующие признаки синдрома Дауна*

По данным, представленным на сайте Центра «Даунсайд АП», к сопутствующим синдрому Дауна признакам причисляются: «плоское лицо» (90 % детей), брахицефалия (81 %), кожная складка на шее у новорождённых (81 %), антимонголоидный разрез глаз (80 %), эпикант (80 %), гиперподвижность суставов (80 %), мышечная гипотония (80 %), плоский затылок (78 %), короткие конечности (70 %), брахимезофалангия (70 %), катаракта в возрасте старше восьми лет (66 %), открытый рот (65 %), зубные аномалии (65 %), клинодактилия 5-го пальца (60 %), аркообразное небо (58 %), плоская переносица (52 %), борозд-

чатый язык (50 %), поперечная ладонная складка (45 %), короткая широкая шея (45 %), врождённый порок сердца (40 %), короткий нос (40 %), косоглазие (29 %), килевидная или воронкообразная форма грудной клетки (27 %), пигментные пятна по краю радужки (19 %), эписиндром (8 %), стеноз или атрезия 12-перстной кишки (8 %), врождённый лейкоз (8 %). Также синдрому Дауна нередко сопутствуют проблемы со слухом, с эндокринной системой, задержка дыхания во сне [1].

### *Интеллектуальные возможности детей с синдромом Дауна*

Современные исследования показывают, что степень отставания большинства детей с синдромом Дауна в умственном развитии колеблется в пределах от лёгкой до средней. Только совсем немногие дети имеют сильно выраженную задержку интеллектуального развития. Однако существует целый ряд физиологических особенностей, затрудняющих процесс обучения:

- отставание в развитии тонкой и общей моторики: сложности с определёнными движениями конечностей, пальцев, силовыми упражнениями; наблюдается относительная слабость в моторном планировании, практике. Для ранних этапов развития моторики характерны ненормальные паттерны движения, гипотония, повышенная гибкость суставов, задержка запуска и торможения рефлексивных движений. Однако в дальнейшем в таких сферах, как скорость бега, подвижность и зрительно-моторный контроль, показатели могут быть в пределах нормы;
- проблемы со слухом: до 20 % детей могут иметь сенсоневральную потерю слуха, вызванную дефектами развития уха и слухового нерва;
- слабая кратковременная слуховая память;
- проблемы со зрением: тот или иной недостаток зрения имеют 60—70 % детей. Дети в возрасте до семи лет должны носить очки. Из-за генетически связанных проблем со зрением у детей с синдромом отмечается задержка зрительного контакта в таких аспектах, как функциональное использование контакта глаз при исследовании окружения в ситуациях взаимодействия ребёнка и родителя, зрительном исследовании в игровых ситуациях с матерями, нарушение исполнения зрительного внимания в бытовых ситуациях;
- проблемы с развитием речи как в плане произношения звуков, так и в плане правильного построения грамматических конструкций. Сочетание меньшей ротовой полости, более слабой мускулатуры рта и языка физически затрудняют произношение слов, и чем длиннее предложение, тем больше возникает проблем с артикуляцией. К общим чертам отставания в развитии речи относят: меньший словарный запас, пробелы в освоении морфологии, синтаксиса, грамматических кон-

струкций, проблемы в изучении и использовании общепринятой речи, трудности в понимании заданий;

- более короткий период концентрации: неустойчивость активного внимания, повышенная утомляемость и истощаемость, отвлекаемость;
- трудности овладения новыми понятиями и навыками, их запоминания. Согласно работам J.G. Wishart, «создается впечатление, что с самого раннего возраста дети с синдромом Дауна избегают возможности научиться новым навыкам, слабо используют навыки, которые приобретают, и не включают эти навыки в свой репертуар поведения»;
- трудности с умением обобщать, рассуждать и доказывать: дети труднее переносят навыки и знания с одной ситуации на другую, абстрактные понятия в учебных дисциплинах недоступны для их понимания, также может быть затруднено умение решать возникшие практические проблемы. Ограниченность представлений, недостаточность умозаключений, лежащих в основе мыслительной деятельности, делают для многих детей с синдромом Дауна невозможным изучение отдельных школьных предметов;
- трудности с установлением последовательности (действий, явлений, предметов и т. д.).

#### *Поведенческо-эмоциональные особенности детей с синдромом Дауна*

Существует стереотип о позитивном поведении людей с синдромом Дауна («Солнечные дети»). Подростки и взрослые описываются как люди со стабильно хорошим настроением, предсказуемые, но не очень активные и настойчивые, и отвлекаемые. Вместе с тем, многие люди с синдромом демонстрируют противоречивость мотивационной сферы. Многие дети демонстрируют низкий уровень целеустремленности при выполнении заданий и высокий уровень поведения, связанного с выполнением действий, не относящихся к данному заданию. Поэтому таких детей часто описывают как упрямых или волевых [2].

У некоторых из этих детей наблюдаются эпилептоидные черты характера: эгоцентризм, чрезмерная аккуратность. Большинство детей с синдромом ласковы, дружелюбны, привязчивы, уравновешены. Некоторые выражают положительные эмоции ко всем взрослым, вступают с ними в контакт, некоторые – преимущественно к тем, с которыми постоянно общаются. У детей положительные эмоции наблюдаются чаще, чем отрицательные. При неудаче они обычно не огорчаются. Но не всегда могут правильно оценить результаты своей деятельности, и эмоция удовольствия обычно сопровождает окончание задания, которое при этом может быть выполнено неправильно. Обычно эмоциональные реакции по глубине не соответствуют причине, вызвавшей их.

Чаще они выражены недостаточно ярко, хотя встречаются и слишком сильные переживания по незначительному поводу.

### *Социальное функционирование детей с синдромом Дауна.*

Согласно исследованию С. Freeman и S.F. Kasari большинство детей с синдромом устанавливают отношения со сверстниками, которые соответствуют критериям дружеских: взаимное номинирование в дружеской диаде, сходство родительского и дружеского номинирования и как минимум 6-месячная стабильность дружбы в диаде. Дети с синдромом более эмпатичны, чем дети с другими нарушениями развития, они показали большее количество просоциальных реакций в экспериментальных стрессовых ситуациях [3]. В возрасте от 5 до 12 лет дети с синдромом могут показывать больше позитивных реакций (в качестве критерия была использована частота улыбок), чем дети с другими нарушениями развития. В юности и зрелости частота этих сигналов снижается. Кроме того, для них характерны разнообразие поведенческие расстройства.

### *Специфика процесса обучения детей с синдромом Дауна.*

Для усиления целеустремленности в процессе занятий специалисты и родители могут чередовать виды активности на основании области, к которой относится тренируемый навык, начиная и заканчивая заданиями, требующими проявления навыков, в которых ребёнок силен. Для развития и обучения детей с синдромом Дауна используется оперантное научение с позитивным подкреплением (ярким эмоциональным подкреплением). Этот подход особенно полезен для детей, которые склонны к непоследовательному исполнению заданий из-за проблем мотивации [4]. Постоянный поток положительной обратной связи служит поддержанию мотивации детей, в то время как они выполняют задание, что особенно эффективно, учитывая социальную ориентированность детей с синдромом Дауна.

В окончании статьи хотелось бы сделать акцент на том, что все дети с синдромом Дауна, как и нормативные дети, очень разные: по характеру, темпераменту, интересам и т.д. Существует несколько важных принципов, моментов без которых сложно себе представить обучение маленьких детей и, в том числе, детей с синдромом Дауна:

1. Эмоционально окрашенная подача игрового материала. Речь должна быть приветливой, ласковой, бодрой и выразительной; темп – достаточно медленным. Любые комментарии должны быть четкими, немногословными и понятными ребенку;
2. Картинки, игрушки, используемые для занятия инструменты должны быть привлекательными и соответствовать возрасту ребенка;

3. Необходима своевременная смена деятельности ребенка, чтобы не допустить утомления;

4. Взрослому следует всегда поддерживать и поощрять любую попытку ребенка включиться в предлагаемую игру.

#### *Литература:*

1. Ребенок с синдромом Дауна. Первые годы: новое руководство для родителей /под ред. Сьюзан Дж. Скаллерап / пер. с англ.О. К. Васильевой, М. Л. Шихиревой. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2009

2. Fidler D.J. The Emerging Down Syndrome Behavioral Phenotype in Early Childhood Implications for Practice // International Society on Early Interventional [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://depts.washington.edu/isei/iyс/iyс\\_comments.html](http://depts.washington.edu/isei/iyс/iyс_comments.html)

3. Kasari C., Freeman S.F, Bass W. Empathy and response to distress in children with Down syndrome // Child Psychol Psychiatry, 2003. N 44(3). P. 424-431

4. Wishart, J.G. and Duffy, L. Instability of performance on cognitive tests in infants and young children with Down syndrome // British Journal of Educational Psychology, 1990. N 59. P. 10-22

### **2.3. Общая характеристика детского церебрального паралича.**

*Гавринова М.Ю.,  
Методист Центра «Содействие»*

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля центральной нервной системы за произвольными движениями.

В основе детского церебрального паралича лежит внутриутробное или перинатальное повреждение головного мозга ребенка под влиянием различных неблагоприятных факторов, действовавших во время внутриутробного периода развития и (или) в момент родов. К таким факторам риска относятся, в первую очередь, асфиксия в родах и родовая травма. В более редких случаях (около 2—3%) в возникновении ДЦП может играть роль генетический фактор.

Поражение может локализоваться как в корковых, так и в подкорковых отделах мозга, одно из основных мест занимает повреждение пре-

моторных зон, ответственных за превращение отдельных двигательных импульсов в одно плавное движение. При нарушении работы зоны движение из плавного превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных, не связанных друг с другом, элементов.

Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанное с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Среди симптомов центральное место занимают двигательные нарушения, основными из которых являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса.

*Формы детского церебрального паралича (классификация К.А. Семеновой)*

Специфика клинической картины ДЦП в значительной мере обусловлена тем или иным характером поражения. Сочетания расстройств моторной сферы и интеллекта различны, при этом выраженное интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга. Тяжесть недостаточности отдельных корковых функций в этих случаях делает клиническую картину олигофрении атипичной. Выделяют следующие формы детского церебрального паралича:

1. Спастическая диплегия (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.

2. Двойная гемиплегия характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие, большей частью, на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии.

3. Гиперкинетическая форма, при которой различные гиперкинезы (чрезмерные, произвольные движения) могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно. Осуществление произвольных движений затруднено, в первую очередь, за счет насильственных движений. Наличие насильственных движений и тонических спазмов в мышцах верхних конечностей резко затрудняет развитие манипулятивной деятельности — и навыков самообслуживания. Кроме того, у таких детей обычно имеют место наиболее тяжелые недостатки звукопроизводительной стороны речи, которые нередко сочетаются с нарушениями слуха.

4. Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. К 3—5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

При этой форме отмечаются также недостаточность координации движений, несформированность реакций равновесия, наличие низкого мышечного тонуса во всех группах мышц, недоразвитие выпрямительных рефлексов (возвращение тела в естественное положение). У таких детей также имеют место стойкие дефекты звукопроизносительной стороны речи, а также различные по своей структуре нарушения психического развития.

5. Гемипаретическая форма — парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25 — 35% детей наблюдается олигофрения.

#### *Клинический портрет нарушения*

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная именно с поражением двигательной сферы.

У детей, страдающих ДЦП, может диагностироваться нарушение зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами (объем зрительного восприятия сужен, его темп замедлен, отмечается недостаточность фиксации взора, конвергенции и т. д.), что является причиной затруднения установления контакта глаз. Для этих детей свойственны также нарушения зрительно-пространственного восприятия, недифференцированность восприятия, что проявляется в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, трудностях в формировании восприятия формы, соотношении элементов в пространстве и восприятии пропорций и перспективы, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое. Во время письма выявляются ошибки графического изображения букв, цифр, их зеркальность, асимметрия.

Отмечается недоразвитие представлений и о схеме собственного тела. Это связано как с нарушением зрительно-пространственного восприятия, так и с недостаточностью мышечных ощущений собственных движений (проприоцептивная, кинестетическая чувствительность). Движения плохо координированы. Запаздывает формирование доминантности руки, понятий правого и левого. Отмечаются явления так называемой пальцевой агнозии: неспособность различать и обозначать свои пальцы, иногда невозможность обозначать элементы лица. В

связи с этим наблюдаются характерные особенности рисунка таких детей: неумение правильно изобразить лицо и руки.

Для развития пространственных представлений ребенка большое значение имеет слух. Для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата характерно снижение слуха, особенно на высокочастотные тона, поэтому ряд звуков речи ими не воспринимается. В собственной речи они их пропускают или заменяют другими звуками, что отрицательно сказывается на качестве их звукопроизношения. Такие дети имеют повышенную утомляемость, быстро становятся вялыми, пассивными, раздражительными, утрачивают интерес к выполняемой работе.

Неразвитые процессы ощущения и восприятия тормозят, задерживают развитие мышления и речи.

Расстройства внимания и памяти проявляются в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание, узости его объема, преобладании вербальной памяти над зрительной и тактильной. Это может происходить из-за недостаточности фиксации взора, затруднений в прослеживании за движущимися предметами или церебрастенических расстройств.

Нарушения развития речи в большей мере обусловлены дефектностью ее моторного компонента (основной из них считается дизартрия – нарушение произносительной стороны из-за патологической иннервации речевых мышц). Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения, запаздывание в появлении первых слов и фразовой речи, замедленное расширение словаря. Характерны дислексия — существенные трудности в овладении чтением – и дисграфия — нарушения формирования письменной речи.

В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления алалии - отсутствие или недоразвитие всех сторон речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Тяжелые двигательные расстройства, нарушения ряда высших корковых функций, сопутствующие им явления психической истощаемости являются причиной задержки интеллектуального развития у многих детей с церебральными параличами, что преодолевается специальной системой воспитания и обучения.

Отличительной особенностью мыслительных процессов детей с церебральным параличом является взаимосвязь недостаточности как содержательной (определенный запас знаний и умений), так и организационной (сформированность операций планирования и самоконтроля) сторон мышления. Как правило, это сочетается с замедленностью мышления и низкой умственной работоспособностью.

## *Динамика психического развития детей с церебральными параличами*

В раннем возрасте из-за двигательных расстройств (трудностей при поворотах головы, приближении к интересующему предмету, его захвату и т. д.) страдает формирование ориентировочной реакции. Этому способствует и ограничение полей зрения в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием стадокинетических рефлексов. Двигательная недостаточность обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает на себя внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков: счета, письма и чтения. Трудности в освоении арифметики в значительной мере обусловлены недостаточностью пространственных функций. Они проявляются в нечеткости распознавания графического изображения цифр, смешении арифметических знаков. Характерна замедленность в усвоении числа и его разрядного строения. Нередки затруднения в узнавании и воспроизведении геометрических фигур. Наблюдаются явления дисграфии в виде зеркальности, смещения сходных по написанию букв.

В эмоциональной сфере описывается склонность к невротическим и невротоподобным расстройствам, в первую очередь к страхам (высоты, закрытых дверей, темноты, новой обстановки и т. д.), повышенной пугливости в отношении неожиданных раздражителей. Таким детям нередко свойственна задержка эмоционального развития в целом, которая, как правило, сочетается с вышеописанной задержкой интеллектуального развития и недостаточной дифференцированностью эмоций даже в игровой деятельности, ее монотонности, слабости творчества, отсутствии инициативы и самостоятельности.

Проявления психического инфантилизма (психическая и физическая незрелость ребенка, приводящая к задержке возрастной социализации) выражаются в непосредственности, преобладании деятельности по мотивам удовольствия, склонности к фантазированию и мечтательности. У детей с церебральным параличом наблюдаются недостаточные активность, подвижность, яркость проявления эмоций.

В формировании у этих детей патологических свойств личности, помимо собственно двигательной недостаточности, большую роль играют явления депривации и гиперопеки, снижения требований к больному ребенку. Ограниченность контактов нередко способствует аутизации, формированию эгоцентрических установок, пассивности.

Формирование собственных активных личностных установок замедлено или затруднено, что сочетается с завышенной самооценкой

и низким уровнем притязаний у ребенка с церебральным параличом. Зачастую наблюдаются также недоразвитие этических представлений, дефицит положительного сотрудничества со взрослым (образно говоря, ребенок «лучше знает, чего не надо делать, и хуже – что надо»).

В части случаев, особенно у интеллектуально более полноценных детей, патологическое формирование личности может быть, в основном, связано с хроническим переживанием своей неполноценности. У таких детей проявляются вторичные явления аутизации, компенсаторный и гиперкомпенсаторный уход во внутренний мир фантазий.

В подростковом возрасте в структуре такого патологического развития личности нередко выступают истерические и тревожно-мнительные черты со склонностью к навязчивым образованиям, ипохондричности. Под влиянием дополнительных провоцирующих факторов могут возникать и депрессивные состояния, иногда с суицидальными мыслями.

Помощь детям с ДЦП возможна в условиях организации особой образовательной и социальной среды с постоянным сопровождением специалистов: медиков, психологов, педагогов, дефектологов и т.п. Важно понимать, что основным фактором, влияющим на успешность коррекционно-развивающей работы, является позитивная установка членов семьи ребенка на оказание ему всесторонней поддержки и готовность к активному сотрудничеству со специалистами разных областей.

#### *Литература:*

1. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006.
2. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004.

### **3. Специфика психолого-педагогической работы Центра «Содействие»**

#### **3.1. Пространство и зонирование в работе центра «Содействие»**

*Гавринова М. Ю.,  
методист Центра «Содействие»*

Организация пространства, в котором будет происходить взаимодействие с ребенком, является важной частью коррекционно-развивающей работы. В статье мы бы хотели познакомить вас с принципами организации пространства нашего Центра.

Как известно, ребёнок сначала выделяет предметы, связанные с определенными событиями, усваивает каким образом организовано пространство окружающего мира. Последовательность различных событий, их продолжительность - в общем, временная организация окружающего мира усваивается позже на основе действий в структурированной среде. Многие педагогические методы изначально требуют высокого уровня произвольности и социальной компетентности. При работе с ребенком, у которого есть нарушения эмоционально-волевой сферы, такие методы неэффективны. Такие дети слабо ориентированы на социальные правила, не реагируют на инструкции, поэтому в нашей работе мы предлагаем ребенку те опоры, которые находятся в зоне его актуального развития, в частности, пространственные опоры. Таким образом, мы приходим к необходимости использования средового подхода.

Средовый подход в работе с детьми, у которых есть эмоционально-волевые особенности в развитии, был рассмотрен специалистами РБОО «Центр лечебной педагогики» Д.В. Ермолаевым, Н.Ю.Захаровой. В их работе понятие «среда» рассматривается как система предметно-временных, эмоциональных и смысловых отношений. Авторы выделяют три пласта отношений ребенка со средой:

1. Пространственно-временные отношения – куда входят внешние опоры по пространственной и временной среды (структурирование пространства, закреплённые зоны для определенных занятий, насыщенность пространства, темп смены занятий, их последовательность).

2. Эмоциональные отношения – отношения ребенка с взрослым, и другими детьми.

3. Смысловые отношения – на какой смысловой аспект окружения ориентирован ребенок, что находится в поле его интересов.

На уровне пространственно-временных отношений, Д.Н. Ермолаев и И.Ю. Захарова выделяют следующие характеристики среды, значения которых могут меняться в зависимости от целей работы и индивидуальных особенностей ребенка:

- Структурированность среды: уровень закреплённости каждого вида деятельности за определённым местом в пространстве. Среда может быть хорошо структурированной или совсем не структурированной.

- Насыщенность среды сенсорными стимулами: среда может быть сенсорно насыщенной и сенсорно обедненной. Причем необходимо учитывать степень чувствительности, т.к. одна и та же среда для одного ребенка может быть сенсорно насыщенной, а для другого чрезвычайно бедной [1].

Среда в центре «Содействие» организована в соответствии с прин-

ципами среднего подхода.

Внутреннее помещение Центра структурировано с помощью зонирования. В целом территорию, на которой проводится коррекционно-развивающая работа, можно разделить на два больших блока:

- Блок игровых занятий.
- Блок бытового развития.

В блок игровых занятий входит 7 зон игровой комнаты:

1. Спортивная зона
2. Зона круга
3. Зона интеллектуального развития
4. Музыкальная/сенсорная зона
5. Зона творчества
6. Зона сказки/тихих игр

Вне территории игрового зала находятся зона мокрых игр и сенсорный уголок. В блок бытового развития входят гардероб, столовая, санузел (туалет, умывальники).

Каждая зона в Центре имеет свои уникальные характеристики:

- место, закрепленное за определенной зоной;
- наполнение зоны, порядок расположения предметов наполнения внутри зоны;
- задачи коррекционной работы, которые в данной зоне могут решаться.

Структурированность игрового пространства может изменяться: при первом знакомстве с игровой комнатой (например, на индивидуальном занятии) ребенку предлагается исследовать пространство таким образом, каким он пожелает. В это время, на начальном этапе занятий, действия специалиста не имеют четкой привязки к зонам. На групповых занятиях (например, на занятии младшей детско-родительской группы), все групповые элементы взаимодействия проходят в определенных зонах.

Сенсорная насыщенность также является важной частью организации пространства. Например, на общих играх в старшей структурированной группе, все взрослые и дети находятся в одной зоне, и взрослые могут эмоционально поддерживать детей. Это способствует эмоциональному заражению детей, и включению их в общую деятельность. Таким образом, среда насыщена аудиальными стимулами. В этой же группе, но во время индивидуальных занятий, каждый взрослый с ребенком занимают определенное место, таким образом, чтобы ребенок даже не слышал инструкции другого взрослого. Что способствует концентрации ребенка на своем задании.

В организации пространства мы считаем достаточно важным учитывать и такой параметр как безопасность. Здесь мы рассматрива-

ем два вида безопасности: физическую и психологическую. Физическая безопасность обеспечивается за счет снижения травмоопасности помещений и оборудования центра: отсутствие острых углов, наличие коврика на полу, отсутствие предметов, которые можно с опасностью для здоровья на себя опрокинуть, недоступность мелких и/или острых предметов и т.д. Т.е. внутренняя организация пространства рассчитана на минимизацию риска для здоровья ребенка.

Психологически безопасная среда подразумевает предупреждение перевозбуждения и переутомления ребенка на занятии. Для этого на занятии идет постоянное отслеживание состояния ребенка. Информация о стрессогенных для каждого ребенка стимулах собирается в процессе диагностики. Затем профилактика таких ситуаций ведется на протяжении всего периода занятий.

Для детей с особенностями эмоционально-волевой сферы (особенно для детей с нарушениями аутистического спектра) важно, чтобы окружающий мир был знакомым, постоянным и предсказуемым. Введение в новое пространство ребенка (например, на диагностике, или на первом занятии) проходит медленно и поэтапно. Также перед началом каждого занятия детям дается некоторое время на адаптацию. Постоянство среды достигается закрепленным порядком расположения вещей, с которым ознакомились все сотрудники центра. Изменения вносятся постепенно и медленно. Предсказуемость событий, повторяемость условий особенно важны для детей с аутизмом. Во время занятия групп в помещение нельзя заходить посторонним людям; правило нарушается в исключительных случаях (например, при визите супервизоров, обмене опытом со специалистами других организаций) и только при наличии уверенности в том, что границы зоны комфорта детей в группе не будут нарушены.

В заключение необходимо отметить, что создание пространства для занятий с ребенком - важная, и, в то же время, творческая задача. Исходя из общих принципов, в каждом отдельном случае мы находим новые задачи для пространства и новые решения этих задач.

Таким образом, мы выстраиваем отношения ребенка с окружающей средой, начиная с пространственного уровня. Пространственный компонент является основой для выстраивания взаимодействия со средой на более высоких уровнях: эмоциональном и смысловом.

#### *Литература:*

1. Ермолаев Д.В., Захарова И.Ю. Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы // *Особый ребенок*. — № 5. — С. 9–33.

### 3.2. Режим взаимодействия с семьями

*Черных О.В.,  
психолог, методист центра «Содействие»*

В Центре помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья «Содействие» коррекционная работа с ребенком строится на основе семейно-центрированной модели, которая подразумевает взаимодействие не только с ребенком, но и с родителями (родителем). От позиции родителя, его поведения по отношению к ребенку во многом зависит эффективность процесса во время коррекционной работы.

В связи с особенностями психики ребенка с атипичным развитием (в частности, с эмоционально-волевыми нарушениями), необходима постоянная работа родителей по закреплению навыков и умений, приобретаемых ребенком в специальных учреждениях, и переносу их в другие условия.

Основная цель работы психолога с родителями - сотрудничество родителей со специалистами в интересах ребенка. Из данной цели вытекает следующий ряд задач:

- выяснение и (в случае необходимости) коррекция мотивации обращения родителей к специалистам, формирование и поддержка мотивации к активному и осознанному участию в помощи своему ребенку;
- помощь родителям в анализе и уточнении их представлений о развитии ребенка, о роли родителя, о необходимости их участия в психокоррекционном процессе и возможных формах такого участия;
- помощь родителям в изменении поведения ребенка на основе новых представлений, в формировании необходимых для этого навыков (общение, эмоциональное отреагирование, пространственная моторика тела, развитие игровых эпох).

На начальном этапе работы с семьей выясняется запрос родителей к специалистам Центра; в процессе беседы корректируются ожидания в соответствии с их реальными возможностями. Запрос семьи выявляется на двух встречах: на первичном приеме (здесь пути семьи и Центра «Содействие» могут разойтись, если Центр не может удовлетворить запрос); и на психолого-педагогической диагностике. На обеих встречах-консультациях делается акцент на выявлении возможных психологических ресурсов самой семьи и понимании как со стороны специалистов, так и со стороны семьи, того, над чем мы совместно будем трудиться. Этот этап весьма важен, так как, если не будет установлено единое понимание и сформирован общий язык взаимодействия,

в работе могут возникнуть дополнительные трудности, которые будут тормозить процесс психолого-педагогической коррекции.

Чаще всего родителей волнуют результаты диагностики и прогноз; иногда они полагают, что их ребенка должны сразу же взять на занятия в организацию, куда они обратились, или дать какую-то чудесную рекомендацию, выполнение которой приведет к «выздоровлению». Но коррекционная работа – это долгий путь, с выстраиванием индивидуальных целей, задач и временных рамок.

Дальнейшее взаимодействие может разделяться на два направления. В рамках первого направления работа специалиста ориентирована на улучшение психологического состояния родителей. Многие семьи, приходя в Центр, находятся в подавленном и малоресурсном состоянии, что тормозит коррекционно-развивающий процесс для их ребенка, так как в домашних условиях родители (или лица, их заменяющие) являются главным проводником развития. Задача специалиста – снять стрессовое состояние и активизировать ресурсные возможности каждого участника процесса. Одним из помощников специалиста является групповой процесс, который способствует развитию группы как целостного «организма», открывая доступ к ресурсам и перерабатывая негативные составляющие в продуктивные процессы. Выполнения такого процесса возможно при параллельной психолого-педагогической коррекционной работе с детьми. В данных группах родителей основная цель психолога – снять заостренную уникальность сложившейся ситуации. Его задача – работать с родителями, как с отдельно взятыми личностями со своими проблемами и ресурсными возможностями. Это может решаться при помощи таких форм ведения группы как:

- обмен опытом, что позволяет поделиться важной информацией и почувствовать себя причастной(ым) к группе единомышленников;
- психотерапевтические встречи, направленные на проработку ресурсного состояния каждого из участников;
- методические лекториумы – повышения родительской компетентности;
- изобразительные мастерские – творческое взаимодействие с предметами живописи, активизация телесных навыков;
- совместная бытовая деятельность родителей при облагораживании пространства Центра.

Второе направление в большей степени ориентировано на педагогические умения и навыки родителя. Основная цель – расширение педагогических навыков каждого участника этого направления. Здесь наблюдается большая пластичность участия в разных программах: дис-

танционное курирование, индивидуальные занятия, обучающие семинары, детско-родительские группы, интегративные лагеря. Успешное сотрудничество специалиста и родителя возможно при условии того, что родители находятся в позиции «взрослого» (термин, использующийся в рамках трансакционного анализа Э.Берна) и готовы работать по предложенным программам. В рамках данного направления работы с родителями могут использоваться следующие формы взаимодействия:

- ведение дневника наблюдения;
- консультации с ведущим специалистом ребенка;
- работа с другим (не своим) ребенком и использование в новых условиях накопленного педагогического опыта;
- анализ видеоматериалов с участием своего ребенка с другим родителем, со специалистом, с самим родителем;
- разработка домашних программ;
- ведение своего ребенка под чутким руководством курирующего специалиста.

Основная задача при привлечении родителей в коррекционную работу Центра – это формирование мотивации к активному участию в психокоррекционном процессе. Почему мы так ориентированы на взрослых членов семьи? Мы убеждены, что, работая с ребенком через родителя, мы сможем добиться большего успеха. Изменяя в себе, самостоятельно или с нашей помощью, модели, сценарии, педагогический инструментарий, установки к собственному ребенку, человек трансформирует свою личность. Наш Центр ориентирован на стимулирование родителей к тому, чтобы на практике, в конкретном взаимодействии с ребенком и другими членами семьи, они могли реализовывать новые представления и применять отработанные навыки. Результат такой работы ощутим для всех участников процесса. Родители успешнее справляются с ситуациями, которые раньше воспринимались как проблемные. С каждым новым успехом растет вера в свои силы и в своего ребенка.

### **3.3. Сферы и направления деятельности центра «Содействие»**

*Рубанович О.В.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Под сферами деятельности Центра «Содействие» понимаются задачи, которые решаются в процессе адаптационной работы:

- игровое развитие. В процессе игры устанавливаются партнерские отношения, вырабатывается способность действовать по правилам и устанавливать их, осваиваются стратегии поведения в ситуациях сотрудничества и конкуренции.

- развитие коммуникативных навыков (общение). Развитие происходит в процессе адаптации ребенка в коллективе сверстников и формирования потребности к взаимодействию с другими детьми и взрослыми посредством диалога. Овладевая навыками общения, ребенок учится сообщать о своих желаниях и чувствах, адекватно реагировать на речь другого человека, поддерживать коммуникацию.
- развитие умения чувствовать и управлять своим телом (в том числе, мелкой и общей моторикой). Решение этой задачи способствует формированию представлений о собственном теле, его положении в пространстве, освоению ребенком схемы тела, осознанию себя через телесные ощущения, подражанию действиям педагога и детей в группе.
- развитие навыков самообслуживания. Овладение навыками самообслуживания (умение одеваться и раздеваться, ухаживать за собой, пользоваться туалетом, самостоятельно принимать пищу, купаться и т.д.) является важным шагом на пути к самостоятельности ребенка.

Нашей основной задачей является социальная адаптация, реабилитация и абилитация, которая может быть решена только в процессе успешного освоения ребенком всех этих сфер, так как ребенок, который не умеет управлять своим телом, выстраивать, организовывать и осуществлять какую-либо деятельность (касательно поведения), моделировать её, не сможет включиться в общество. При этом, если интеллектуальный уровень развития ребенка невысок, у него по-прежнему остаются шансы быть интегрированным в социум. Однако, если он не умеет взаимодействовать с окружающими, используя общепринятые средства коммуникации, недостаточно произволен, то, вероятнее всего, останется в изоляции.

Перечисленные выше сферы являются базовыми на пути адаптации особого ребенка.

Работа по сферам, перечисленным выше, ведется параллельно, но с разной степенью интенсивности, так как учитывается индивидуально-коррекционная программа и актуальное состояние ребенка. Это означает, что тем навыкам, которыми уже владеет ребенок, уделяется меньше внимания, чем тем, которые находятся в зоне его ближайшего развития.

С формальной точки зрения, деятельность Центра организована по нескольким направлениям, в зависимости от решаемых задач и способов организации. Непосредственно связаны с коррекционно-развивающей работой 4 из них:

- Диагностика (задачи психолого-педагогической диагностики: выявить индивидуальные особенности ребенка, определить его силь-

ные и слабые стороны, определить зону ближайшего развития и на основе этого составить коррекционно-развивающую программу);

- Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия (задача – освоение взаимодействия с одним партнером);
- Групповые коррекционно-развивающие занятия (задача – включение в специально организованную группу сверстников);

Интегративное направление (задача – включение особых детей в среду нормативных сверстников. Пример интеграции описан в статье «Интеграция ребенка с синдромом Дауна в ДОУ Монтессори» («Сборник материалов» по циклу семинаров Центра Содействие 2011-2012гг, стр.146).

• Также в число направлений Центра входит работа с волонтерами и общественностью, в рамках которых проводятся социальные акции, открытые лекции, выставки и др. Задачи повышения квалификации и обмена опытом решаются благодаря образовательному направлению: Центр приглашает специалистов ведущих организаций, работающих в сфере особого детства, а также делится собственными полезными разработками в ходе научно-практических семинаров.

### **3.4. Формы психолого-педагогической работы в Центре «Содействие»**

#### **3.4.1. Психолого-педагогическая диагностика в Центре «Содействие»**

*Меснянкина К.К.,  
научный консультант Центра «Содействие»*

Задача психолого-педагогической диагностики (ППД) – выявить индивидуальные особенности развития ребенка, его слабые стороны и способности к компенсации, определить оптимальный педагогический маршрут, обеспечить индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение ребенка, соответствующее его психофизическим особенностям.

В соответствии с направлением работы в Центре используется процедура, которая тождественна феноменологическому этапу ППД, т.е. углубленному психолого-педагогическому изучению нарушений развития.

*Особенности проведения процедуры ППД в центре «Содействие»*

В проведении диагностики участвуют два специалиста, один из которых в общении с родителем ребенка собирает анамнестические данные, второй занимается полевым исследованием поведения ребенка.

Нежелательно присутствие более троих взрослых (специалисты и родитель) в помещении при проведении диагностики.

ППД является необходимым условием продвижения ребенка внутри Центра. В соответствии с результатами диагностики принимается решение о включении ребенка в группу (или переводе в другую группу), выстраиваются коррекционные программы развития. При обращении семьи особого ребенка в Центр проводится первичная диагностика, задачами которой является определение актуального уровня развития ребенка и подбор эффективной на данном этапе формы коррекционной работы. Повторные диагностики проводятся с периодичностью раз в полгода для определения динамики развития ребенка и корректировки индивидуальной программы.

Собственно диагностическое исследование состоит из двух частей: **сбора анамнестических данных** (взаимодействие с родителем) и **полевого взаимодействия** с ребенком. Два этих блока диагностики происходят параллельно, по возможности, в различных помещениях. После диагностического исследования наступает этап обработки полученной информации и формирования заключений.

Задача **анамнестического блока** состоит в проведении стандартизированного интервью (заполняется диагностический бланк), с помощью которого собираются данные о социально-демографических, материальных, социально-психологических условиях развития ребенка, ходе онтогенеза, особенностях поведения, истории психолого-педагогических воздействий. В ходе интервью акцент ставится на особенностях поведения ребенка в перечисленных в предыдущей статье пяти сферах. Остальные важные сведения родитель освещает при заполнении анамнестических анкет.

Данные, собираемые во время диагностики, связаны с различными сферами жизни семьи особого ребенка и его самого. Получение целостной картины помогут специалистам в разработке коррекционной программы и создании системы рекомендаций. Собирается информация о социально-демографическом статусе ребенка, материальном положении семьи – возможности обеспечить определенный уровень обучения (в том числе жилищных условиях), истории оказания медицинской и психолого-педагогической помощи, протекания беременности, раннем развитии ребенка.

Обязательным этапом становится формирование родителем запроса к специалистам Центра. С одной стороны эта процедура преследует диагностическую цель, т.к. запрос отражает наиболее значимые для родителя стороны психофизического состояния ребенка, это те направления, в которых сотрудничество со специалистами будет наиболее активным. Формулировка запроса позволяет оценить степень адекватности отношения родителя к ребенку, его актуальному состо-

янию и его возможностям. Другая задача запроса – определить фокус совместных усилий родителей и специалистов в области психофизического развития ребенка.

*Примеры запросов* (такие запросы достаточно четко отражают наиболее значимые для родителей стороны психофизического развития ребенка):

- маму беспокоит задержка речевого развития, плохое восприятие информации на слух, нарушение осязания, недостаточная сформированность самоконтроля;

- мама хочет, чтобы ребенок научился общаться, играть с детьми и смог существовать без помощи другого человека.

Однако нередко обращение звучит так: «Сделайте его нормальным!», что является, по сути, криком о помощи, но не запросом; в нем еще не видна готовность родителя анализировать ситуацию развития ребенка и поэтапно работать над стоящими перед ним задачами. Выявлению запроса в большей степени посвящен первичный прием – этап взаимодействия семьи и Центра, предворяющий ППД. Непосредственно в ходе диагностики запрос уточняется.

В процессе интервью родители могут описывать поведение ребенка недостаточно дифференцированно и важные для диагностики данные могли не обращать на себя их внимания до постановки соответствующего вопроса специалистом. Так может происходить в силу ряда причин:

- эмоциональная включенность родителя в ситуацию нарушенного развития ребенка (отсутствие опыта в становлении на позицию наблюдателя);

- отсутствие образцов для сравнения;

- привычность/автоматизированность способов реагирования (нахождение в контексте повседневности);

- недостаток специальных знаний.

Задача специалиста состоит в умении несмотря на разницу в восприятии и терминологии, получить доступ к наблюдениям родители: пояснить, о чем идет речь, привести примеры, в каких ситуациях поведение могло проявляться и пр.

В рамках **полевого блока** специалист пробует выстраивать взаимодействие с ребенком с целью фиксации и провоцирования ребенка на реакции, дающие представление об актуальном уровне развития и его ближайшей зоне.

В основе проведения диагностического наблюдения и анализа полученных материалов лежит теоретическая схема, на которой базируется выделение критериев наблюдения и описание психофизиологического развития ребенка. Согласно ей в поведении ребенка выделяются

пять сфер: сенсомоторная, общение и речь, поведение, игра, самообслуживание. Каждая из этих сфер включает в себя когнитивный, эмоциональный и собственно поведенческий компоненты.

Со многими детьми, приходящими в Центр, невозможно использовать методы, ориентированные на следование инструкциям, тем более, связанные с речью. Большинство данных диагност получает, изучая качественные характеристики поведения. Наблюдение ведется за тем, на какие стимулы ребенок реагирует и как, какой из предлагаемых средой или специалистом видов деятельности выбирает, как выполняет действие.

**После завершения диагностики** специалисты, проводившие ее, обмениваются информацией. Педагог-психолог, работавший с ребенком, заполняет таблицу диагностического наблюдения, столбец «Комментарии специалиста». Полученные данные сравниваются. Особое внимание следует обращать на те пункты, в которых комментарии родителя и комментарии педагога-психолога не совпадают. Причинами тому могут послужить, с одной стороны, стресс, вызванный незнакомой ситуацией и новым партнером по взаимодействию. Тогда появляется возможность оценить уровень актуального развития (базовый уровень развития психической функции, закрепленные навыки, продемонстрированные на диагностике) и зону ближайшего развития (проявления ребенка в знакомой комфортной ситуации дома). С другой стороны, причиной может быть необъективное отношение родителя к возможностям ребенка.

**Постдиагностическое исследование** направлено на более подробное исследование особенностей, проявившихся в поведении ребенка на диагностике, также на изучение сфер, получение информации о которых затруднено в условиях диагностики (например, об особенностях эмоционального развития, навыках самообслуживания, копинговых стратегиях и пр.). Проводится курирующим ребенка специалистом в ходе посещения им занятий и программ Центра.

В завершение хочется еще раз акцентировать внимание на том, что при проведении диагностического исследования следует руководствоваться задачей получения максимального количества данных о ребенке.

### **3.4.2. Групповые коррекционно-развивающие занятия**

*Гавринова М.Ю.,  
методист Центра «Содействие»*

На данный момент в центре «Содействие» разработаны и реализуются 6 программ коррекционно-развивающих занятий:

- индивидуальные занятия с ребенком;
- занятия в микрогруппе;
- занятия в младшей детско-родительской группе;

- занятия в адаптационной группе;
- занятия в структурированной группе;
- занятия в структурированной детско-родительской группе.

#### *Задачи и содержание индивидуальных занятий*

Индивидуальные занятия носят коррекционно-развивающий характер, направлены на решение конкретных задач, предшествуют групповым формам работы, готовят ребенка к участию в них. Такие занятия позволяют педагогу установить эмоциональный контакт с ребенком, обеспечивают понимание особенностей и возможностей ребенка. У ребенка формируются эмоционально значимые отношения с взрослым, который в групповой работе будет создавать внешние опоры деятельности и обеспечивать безопасное пространство.

Индивидуальную программу занятий составляет педагог-психолог с учетом запроса родителей и результатов психолого-педагогической диагностики.

Занятия проходят 2 раза в неделю, длительность занятия - 1 час. Работа ведется совместно с родителями, для которых по индивидуальной коррекционной программе составляется программа домашних занятий. Результаты занятий специалист фиксирует в дневнике наблюдений, анализируя который можно делать вывод об их эффективности для ребенка.

#### *Задачи и содержание занятий в микрогруппе*

Цель занятий микрогруппы - подготовка детей с различными стартовыми возможностями к групповым занятиям, в соответствии с возрастом или уровнем сформированности навыков и компетенций. Занятия в микрогруппе являются переходным этапом от индивидуальных занятий к групповым. Они организуются для пары детей, имеющих сходный темп деятельности, различный характер нарушений (интеллектуально сохранный речевой ребенок с трудностями общения объединяется с ребенком, у которого менее сохранен интеллект, но нет трудностей в установлении и поддержании контакта). У каждого из детей есть сопровождающий специалист. Для развития контакта используются следующие методы: наблюдение, комментирование педагогом-психологом действий другого ребенка, обсуждение того, что делает партнер, заполнение этих действий положительными эмоциями и перенос опыта от одного участника группы к другому. Занятия в микрогруппе позволяют ребенку постепенно в комфортной среде и индивидуально темпе включаться во взаимодействие со сверстниками.

#### *Задачи и содержание занятий в младшей детско-родительской группе*

Младшая детско-родительская группа является подготовительной перед занятиями в адаптационной группе. На занятиях данной группы решаются следующие задачи по обучению родителей:

- обучение родителей способам подключения к аутостимуляции ребенка;
- развитие совместной игровой деятельности родителя с ребенком;
- обучение родителей способам выдачи инструкций;
- предоставление родителям материала для домашних занятий с ребенком;
- обучение методам работы с протестами, истерикой, манипуляцией;

Кроме того, на занятиях решаются следующие задачи по развитию ребенка: формирование умения сосредотачивать внимание на окружающих, игровое развитие, расширение коммуникативного опыта, умение воспринимать и выполнять инструкции специалиста.

В структуру младшей детско-родительской группы входят следующие элементы:

1. Приветствие
2. Самостоятельная деятельность в сопровождении родителя.
3. Блок, включающий в себя подвижные игры и упражнения.
4. Самостоятельная деятельность в сопровождении родителя.
5. Блок, включающий в себя сенсорные игры и упражнения.
6. Самостоятельная деятельность в сопровождении родителя.
7. Блок, включающий в себя в себя интеграционные танцы.
8. Самостоятельная деятельность в сопровождении родителя.
9. Блок, включающий в себя ритмические игры и упражнения.
10. Прощание.

Основными методами работы в младшей детско-родительской группе являются ориентация на средовый подход, телесно-ориентированные методы В. Шерборн, элементы танцевальной терапии, включенное наблюдение. В группу набираются дети от 1,5 до 3 лет, имеющие нарушения развития эмоционально-волевой сферы, и их родители. Занятия проходят 2 раза в неделю, длительность занятий 1 час. На занятии присутствует 2 специалиста, один из них выполняет функцию ведущего. В конце занятия обсуждаются с родителями, и анализируются специалистами отдельно.

#### *Задачи и содержание занятий в адаптационной группе*

Адаптационная группа (далее АГ) – это создание новых возможностей для реализации личностного потенциала ребенка. Основная цель АГ - научить детей играть рядом со сверстниками, сформировать потребность играть вместе, вызвать потребность к взаимодействию с другими детьми. Основные задачи, решаемые в адаптационной группе:

- развитие умений устанавливать и поддерживать эмоциональный контакт с педагогом;
- формирование навыков распознавания и социально приемлемого реагирования на простые эмоциональные состояния других людей;

- развитие диапазона собственных понимаемых и переживаемых эмоций, интенсивность и глубину переживаний;
- формирование умений адекватно проявлять эмоциональное состояние в коммуникативной сфере, способность эмоциональной саморегуляции, снятия напряжения;
- формирование восприятия пространственных отношений и ориентировки в пространстве помещения;
- развитие устойчивости к физической, сенсорной, эмоциональной нагрузкам, в условиях группового взаимодействия. формирование навыков конструктивной реакции на ситуации, вызывающие напряжение, дискомфорт;
- формирование представлений о собственном теле, его положении в пространстве, освоение ребенком схемы тела, осознание себя через телесные ощущения;
- развитие подражания действиям педагога и детей в группе;
- расширение репертуара самостоятельной игровой и коммуникативной активности, формирование умения выбирать партнера для игры и общения;
- формирование умений понимать простую инструкцию, в соответствии с ней планировать деятельность, в процессе выполнения следовать простым правилам;
- обучение родителей, способам преодоления конкретных поведенческих проблем.

В работе адаптационной группы к методам, используемым на занятиях детско-родительской группы, добавляются элементы игровой терапии, АВА-терапии, ТЕАССН-программ.

Структура занятия также несколько похожа на структуру занятия младшей детско-родительской группы и включает в себя следующие элементы:

1. Приветствие;
2. Блок, включающий в себя самостоятельную игровую активность в сопровождении педагога.
3. Блок, включающий в себя сенсорные игры и упражнения.
4. Блок, включающий в себя самостоятельную игровую активность в сопровождении педагога.
5. Блок, включающий в себя интеграционные танцы и ритмические игры и упражнения.
6. Блок, включающий в себя самостоятельную игровую активность в сопровождении педагога.
7. Блок, включающий в себя подвижные игры и упражнения.
8. Прощание.

В адаптационную группу набираются дети с пассивными (уровень полевой реактивности) и стереотипными формами психической адаптации, дети с синдромом Дауна, расстройствами аутистического спектра и другими эмоционально-волевыми особенностями развития. Возраст детей - 3-6 лет. В группе находится 5-6 детей. Каждый ребенок сопровождается специалистом, один из специалистов выполняет функции ведущего группы. Занятия проходят 2 раза в неделю по одному часу. После каждого занятия специалисты заполняют дневники индивидуального наблюдения и проводят анализ групповой работы.

#### *Задачи и содержание занятий в структурированной группе*

Занятие в группе основано на игровом взаимодействии между участниками и состоит из стабильных структурных элементов. Для ребенка это выражается в строго закреплённом, регулярно повторяющемся порядке компонентов занятия. Задачи, решаемые на занятиях в структурированной группе:

- формирование игрового и коммуникативного стереотипа;
- восприятия плана занятий;
- выделение фигуры ведущего;
- выполнение инструкций.

На занятиях структурированной группы используются следующие методы: средовый подход, игровая терапия, поведенческая терапия: элементы АВА, ТЕАССН-программ, телесно-ориентированные методы В. Шерборн, включенное наблюдение, элементы танцевальной терапии, элементы сказкотерапии, обучение продуктивным видам деятельности.

Структура занятия включает в себя:

1. Приветствие.
2. Телесно-ориентированные игры / зарядка.
3. Перемена.
4. Пальчиковые игры/ручная деятельность.
5. Танцы.
6. Фольклорные игры, игры с правилами/сказка.
7. Чаепитие.
8. Уборка.
9. Прощание.

В структурированной группе занимаются дети от 6 до 10 лет с синдромом Дауна, расстройствами аутистического спектра и другими эмоционально-волевыми особенностями развития. Количество детей на занятии - 5-6 человек. Каждый ребенок имеет одного сопровождающего специалиста; один из педагогов-психологов выполняет функции ведущего группы. Дети и взрослые играют вместе; ведущий задаёт

структуру занятия, предлагает игры. Занятия происходят 2 раза в неделю в течение 2 часов; после каждого занятия специалисты заполняют дневники индивидуального наблюдения, и проводят анализ группы.

Задачи и содержание занятий в структурированной детско-родительской группе

Занятия в старшей детско-родительской группе также являются структурированными: схема занятия остается на каждой встрече, но элементы структуры могут изменяться.

Основной целью занятий в детско-родительской старшей группе является возможность расширения игрового и коммуникативного стереотипа у детей, реализации творческого потенциала в развивающей работе родителей и нахождение новых способов взаимодействия во взаимодействии взрослого с ребенком. Некоторые элементы структуры занятий готовят полностью родители, консультируясь с ведущим группы. Структура занятий в старшей детско-родительской группе включает в себя следующие элементы:

1. Приветствие.
2. Зарядка: в блок включены различные упражнения, направленные на повышение тонуса и включение в общую деятельность.
3. Перемена: организуется одним из родителей.
4. Занятия: индивидуальные занятия взрослого с ребенком.
5. Танцы.
6. Ручная деятельность: готовится одним из родителей.
7. Сказка: готовится одним из родителей.
8. Игры.
9. Прощание.

В группе находится 5-6 детей, каждый ребенок сопровождается родителем другого ребенка из группы. На занятии присутствует 2 специалиста, один из которых выполняет функцию ведущего. В группе занимаются дети 8-13 лет с особенностями эмоционально-волевого развития, имеющие опыт групповых занятий. Занятия проходят 2 раза в неделю, длительность занятия – 2 часа. В конце занятия обсуждаются с родителями, и анализируются специалистами отдельно.

### **3.4.3. Субботний досуговый центр**

*Ульянова Н.Ю.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Субботний досуговый центр (далее — СДЦ) — это одна из базовых программ центра «Содействие», элемент программы интеграции и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями развития. По сути, СДЦ представляет собой открытую площадку для еженедель-

ного взаимодействия специалистов и семей с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Целью программы является формирование пространства позитивного взаимодействия особых детей, их родителей (или лиц, их заменяющих) и других членов их семей, специалистов и волонтеров Центра.

Круг задач, решаемых программой субботнего досугового центра, весьма широк, и включает в себя следующие пункты:

- адаптация детей с ограниченными возможностями как в коллективе сверстников, так и среди взрослых;
- формирование у детей способности восприятия пространственных отношений и ориентировки в пространстве помещения;
- развитие устойчивости к физической, сенсорной, эмоциональной нагрузкам, в условиях группового взаимодействия; формирование у детей навыков продуктивной реакции на ситуации, вызывающие напряжение, дискомфорт;
- формирование и развитие у детей представлений об окружающем мире;
- расширение репертуара детской самостоятельной игровой и коммуникативной активности, формирование умения выбирать партнера для игры и общения;
- создание условий и формирование навыка взаимодействия детей друг с другом;
- обучение родителей, детей с проблемами поведения в условиях СДЦ, способам преодоления конкретных поведенческих проблем;
- создание мотивации родителей для формирования и развития совместной с ребенком творческой, игровой и познавательной деятельности;
- создание и развитие родительской ассоциации;
- включение волонтеров в сопровождение детей с ограниченными возможностями.

Занятия СДЦ организуются в двух основных формах: традиционное занятие и выездное мероприятие.

*Традиционное занятие в форме тематического праздника.*

Занятия с детьми ведут сопровождающие педагоги-психологи, сотрудники Центра. Количество детей в группе от 4 до 15 человек. Ребенок приходит в Центр в сопровождение родителей или других взрослых, которые в течение 2 часов занятия находится совместно с ребенком, и еще один час – в отдельной комнате с остальными родителями на занятии «Родительского клуба». Таким образом, каждая встреча СДЦ длится 3 часа.

Все занятия поделены на 4 тематических блока (по числу сезонов года), и в каждом блоке темы мероприятий так или иначе связаны с со-

ответствующим временем года. Кроме того, часть встреч привязана к календарным праздникам (Новый год, 8 марта, 23 февраля, День рождения Центра и т.п.), которые, по сути, и определяют их тему. К теме занятия так или иначе привязываются все элементы основной части: игры, ручная деятельность, танцы и т.д.

Совместное участие родителей и детей в каждом мероприятии организуется ведущим (одним или несколькими); чаще всего “тематические” занятия ведут какие-либо персонажи (Весна, Зайчик, Пираты и т.п.) – волонтеры или специалисты Центра в костюмах.

Структура традиционного занятия СДЦ включает в себя:

1. Приветствие;
2. Блок, включающий в себя совместное праздничное действие.
3. Блок, включающий в себя групповые формы работы, в зависимости от категории нарушения детей.
4. Блок, включающий в себя чаепитие.
5. Блок, включающий в себя работу с родительским клубом.
6. Блок, включающий в себя самостоятельную игровую активность ребенка в сопровождении педагога/волонтера.
7. Блок, включающий в себя интеграционные танцы.
8. Прощание.
9. Анализ эффективности встречи и успешности адаптации ребенка.
10. Анализ эффективности и успешности сопровождения волонтеров.

*Выездное мероприятие.*

Выездные мероприятия проводятся в виде игр на открытых площадках, экскурсий, посещений различного рода мероприятий и т. п. Все время занятия детей сопровождают родители; сотрудники и волонтеры центра организуют пространство для комфортного взаимодействия, реализуют сценарий занятия, следят за безопасностью пребывания семей в месте выезда. В зависимости от характера мероприятия занятие может длиться от 1,5 до 2,5 часов.

Структура выездного занятия СДЦ включает в себя:

1. Приветствие;
2. Блок, включающий в себя совместное действие.
3. Прощание.
4. Анализ эффективности встречи и успешности адаптации ребенка.
5. Анализ эффективности и успешности сопровождения волонтеров.

Иногда занятия бывают смешанными – например, начало занятия проводится в Центре, а продолжается выходом в близлежащий парк (или наоборот).

Сценарий для выездного мероприятия отличается большей свободой и зависит от места его проведения. Если занятие само по себе пред-

полагает определенную организацию деятельности детей (например, спектакль в кукольном театре, посещение развлекательного центра, кафе и т.п.), специалисты и волонтеры организуют лишь начало занятия (помимо традиционного приветствия “Раз, два, три, здравствуйте!”, в него может входить несколько игр, связанных с темой занятия или тематическая сценка) и, если это необходимо, включают в сценарий несколько игр-разминок, которые можно вставить в паузы или завершение занятия.

Если место выезда допускает более свободную форму общения (например, парк, зоопарк и т.д.), заранее продумывается некая сюжетная линия, объединяющая знакомство с территорией и игровое взаимодействие детей (например, экскурсия, “квест”, игра-”вертушка” и т.п.). Четкой структуры здесь не выделяется, но общая схема, как правило, выглядит так: основное игровое действие, затем пикник или посещение кафе, после чего следуют общие, привычные нам и детям, игры.

Занятия субботнего досугового центра зачастую являются своеобразной площадкой знакомства семей с Центром, поскольку участие в них предполагает более свободный режим, чем посещение коррекционно-развивающих групп. В то же время, СДЦ становится точкой объединения и равноправного общения родителей, детей, специалистов, волонтеров и даже гостей «Содействия», чему во многом способствует особая атмосфера еженедельного праздника.

#### **3.4.4. Интегративные площадки**

*Яцкая А.Л.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Социальная интеграция в Центре «Содействие» понимается как включение особых детей в среду нормативных сверстников. Задачи, которые мы ставим перед собой, реализуя программу интегративных групп в школе и детском саду, следующие:

- успешная адаптация ребёнка с инвалидностью в среде нормативных сверстников;
- организация общности, целостности сформированной интегративной группы;
- формирование у детей детского сада понимания, что чувства каждого человека индивидуальны, а также толерантного отношения и принятия детей с инвалидностью.

Интегративная группа была организована центром «Содействие» весной 2010 года, групповые занятия проходили на базе обычного детского сада, по предварительной договорённости. Ребята занимались два раза в неделю по одному часу. В течение года состав группы менялся, в

2012 году в группу входило пять нормативных детей, посещающих этот детский сад, и два ребёнка с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

При создании интегративной группы стоит включать в нее детей разного пола. Сформированная таким образом группа способствует более успешной адаптации детей с нарушениями, так как ребёнок учится контактировать как со сверстниками своего пола, так и противоположного.

### *Организация занятий*

Занятия проходят по определённой составленной форме, в неё входят:

1. Приветствие – это яркий, эмоционально насыщенный элемент, с которого начинается занятие. Во время приветствия дети обращают внимание друг на друга, вспоминают имена.

2. Игры – это один из самых приятных и привычных видов деятельности для детей, что позволяет имитировать обычные занятия детского сада. Игры можно подбирать в зависимости от задач, которые решают специалисты.

3. Ручная деятельность – спокойная, творческая совместная деятельность позволяет контактировать детям, иногда поделки индивидуальны (каждый делает свою по представленной схеме), иногда групповые (гирлянды, рисунок моря и т.д.)

4. Перемена – дети сами выбирают деятельность, которой будут заниматься. Несмотря на свободу действий, специалист вводит ограничения, такие как «прыгать на мяче по очереди», «бегать можно только в зале», т.к. перемена является таким же коррекционно-воспитательным элементом, как и другие части занятия, позволяющий детям контактировать в более свободном режиме.

5. Прощание – дети собираются в круг, вспоминают, что произошло на занятии.

При формировании занятий мы используем следующие принципы:

- подбираем упражнения, исходя из интересов детей с нарушениями, это может быть интересующая ребёнка игра и вид ручной деятельности.

- в организации занятия ориентируемся на ребёнка, т.е. если дети активно иницируют игру, мы обязательно в неё поиграем; цель включить детей с нарушениями в группу, поэтому совместное взаимодействие детей является приоритетом, а специалист выполняет функцию медиатора.

### *Организация среды*

Конечно, среда имеет большое значение в организации занятий. Групповое занятие проводится в спортивном зале детского сада, в котором находится очень много яркого, привлекающего внимание инвентаря. Всем

детям сложно сконцентрироваться на одном объекте и не обращать внимание на привлекающие предметы; ребёнку, имеющему трудности произвольной регуляции, сложнее вдвойне. Мы не ставим перед собой задачу полностью изменить среду, напротив, мы ставим перед собой цель помочь ребёнку с нарушениями адаптироваться контактировать с детьми в обычной среде. В то же время некоторые ситуации, в которых ребёнок не мог переключить внимание с одного объекта на что-либо другое, вынуждали специалистов несколько изменять пространство перед началом занятий.

Летом занятия проходят на улице, и большее внимание уделяется подвижным играм. В открытой зоне сложнее предотвратить уход ребенка за ее пределы, так как границы игрового пространства в большинстве случаев остаются символическими (они невидимы для ребенка). Для решения этой проблемы были введены санкции: нужно играть со всеми, не выходить из игры до ее окончания, нарушивший правила не играет в следующую игру, а наблюдает, сидя на стуле. Созданные правила являются общими для всех детей группы.

Благодаря совместным занятиям в детском саду, дети с ограниченными возможностями здоровья получают возможность адаптироваться в социуме, стать частью определённой общности. Такое общение, с другой стороны, с детства препятствует возникновению агрессии, безразличности и непониманию к людям с инвалидностью у нормативных детей.

#### **4. Методы работы в Центре**

*Меснянкина К.К.,  
научный консультант Центра «Содействие»*

Выбор методологии зависит от трех факторов: профильного направления, теоретической базы и особенностей группы. Профильными направлениями работы Центра являются эмоционально-волевое развитие и социализация особого ребенка. Подходы и концепты, составляющие теоретическую базу, были подробно описаны в статье «Теоретическая база работы специалистов центра Содействие» (настоящее пособие, стр. 6). Аудитория Центра представлена детьми от 2,5 до 11 лет с эмоционально-волевыми расстройствами (РДА, синдром Аспергера, СДВГ), а также нарушениями эмоционально-волевой регуляции и сложностями поведения на почве других диагнозов (ДЦП, синдром Дауна, умственная отсталость, эпилепсия). Причиной обращения выступает отсутствие или искаженный характер взаимодействия ребенка с окружающими людьми и невозможность включения в группу.

Тяжесть состояний детей неодинакова, от полевого поведения и глубокой аутистической отстраненности (занятия с такими детьми происходят в режиме индивидуальных занятий и адаптационной группы) до сложностей выстраивания взаимодействия с группой сверстников (группа общения и интегративные площадки).

Соединение всех трех факторов очерчивает границы методической базы Центра. Методы, применяемые в «Содействии», обладают следующими ключевыми характеристиками:

- ориентация на диады и малые группы;
- необходимость непосредственного взаимодействия;
- неформальный характер взаимодействия;
- медирующая роль взрослого (когда взрослый, а не материал, является проводником воздействия и его основным инструментом);
- гибкость;
- опора на произвольные процессы (не требующие от ребенка высокого уровня концентрации внимания и произвольности, делающие упор на интерес);
- включение двигательного компонента;
- невербальность, т.е. возможность применения с детьми, у которых отсутствует или затруднена речь;
- использование элементов бытового опыта ребенка;
- возможность переноса в повседневные условия (отсутствие специфической материально-технической базы).

В соответствии с перечисленными характеристиками, основными инструментами в арсенале специалистов Центра являются методы танцевальной терапии, телесно-ориентированной терапии, «Развитие через движение» В.Шерборн, игротерапии. Список является открытым, поскольку требование индивидуального подхода делает невозможной стереотипность психолого-педагогического инструментария. В нашей практике активно используются элементы сказкотерапии, арт-терапии, поведенческого анализа и пр. Умение экспериментировать и творчески подходить к составлению методического комплекса является важным профессиональным качеством педагога-психолога.

При выборе определенной техники специалист руководствуется, во-первых, ее возможностями в плане решения практических задач; во-вторых, учитывает сочетаемость с другими методами, используемыми в работе с данным ребенком; в-третьих, контролирует соответствие техники принципам теоретической модели и программе развития ребенка.

## 4.1. Игровая терапия

Ульянова Н.Ю.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»

Значение игры в жизни ребенка трудно недооценить. С самого раннего возраста она является неотъемлемой и необходимой частью развития человека, зачастую сопровождая в тех или иных формах всю его жизнь.

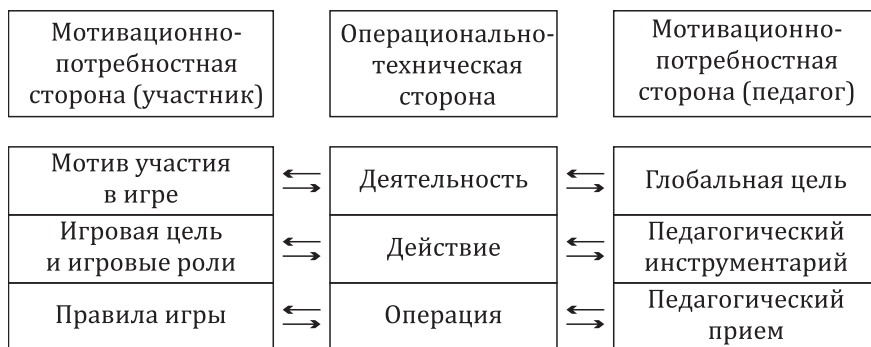
Говоря об использовании игры в работе с особыми детьми, стоит отметить, что она является, пожалуй, самым продуктивным и эффективным средством психологического и педагогического воздействия. Совмещая в себе элементы телесной терапии, арт-терапии, психодрамы и многих других техник и методик, игра является своеобразным “мостиком”, соединяющим ребенка со взрослым, позволяя им вместе делать все новые и новые шаги в освоении мира.

Исследования игры в работах классиков отечественной психологии и собственный накопленный опыт специалистов центра “Содействие” позволяют провести краткий анализ возможностей игрового метода при проведении диагностических и коррекционно-развивающих занятий.

### *Структура игры*

Опираясь на представления А.Н. Леонтьева о структуре деятельности и об игре как ведущем виде деятельности в дошкольном возрасте, можно выделить две стороны игрового процесса: мотивационно-потребностную и операционально-техническую [2]. Иными словами, в любой игре есть внешние правила, задающиеся ее условиями и общие для всех (например, игровой сюжет, правила перемещения в игровой зоне, роли игроков и т.п.), и индивидуальная, внутренняя, позиция участников игрового процесса, определяющая характер их участия в игре (отказ ребенка от участия или увлеченность какой-либо стороной игры, достижение игровой цели через конкуренцию или сотрудничество и т.п.). Еще один важный пункт - понимание того, что педагог, предлагая ребенку ту или иную игру на занятии, сам становится ее полноценным участником, с собственными потребностями, мотивами и целями. Таким образом, если целью ребенка может быть выигрыш или получение удовольствия от самого процесса игры, то педагогические цели, как правило, связаны с оценкой сформированности у детей тех или иных навыков и форм взаимодействия с внешним миром или их коррекцией и развитием. В самых общих чертах структуру игры в педагогическом взаимодействии можно представить следующей схемой (рис. 1):

Рис. 1. Структура игры как особой формы педагогической деятельности.



Преимущества игрового метода как педагогической технологии заключаются, кроме всего прочего, в том, что одна и та же игра может служить средством для достижения одновременно нескольких целей. Это становится особенно актуальным в групповой работе, когда актуальные зоны развития участников игры могут заметно отличаться друг от друга. Так, общеизвестные “Кошки-мышки” помогают детям формировать произвольность и целенаправленность собственной активности, учиться фиксировать внимание на действиях партнера по игре, совершенствовать психомоторную координацию и т.д. Правильный подбор форм и содержания игр, используемых на занятиях, таким образом, становится важной методической задачей, стоящей в одном ряду с формированием пакета дидактических материалов или разработкой комплекса физических упражнений для той или иной группы. При этом основная сложность заключается в том, что в каждая отдельная игра должна развивать или тренировать навыки и умения, лежащие в зоне ближайшего развития каждого из участвующих детей, а вовлечение ребенка в игру - происходить на основе индивидуальных особенностей его мотивационно-потребностной сферы.

Прежде, чем провести краткий анализ основных педагогических целей, реализуемых с помощью различных игр, и средств, с помощью которых происходит их достижение, необходимо выделить основные виды игры.

#### *Классификация игр*

Попытки выделить основания для классификации игр, используемых в педагогическом процессе, предпринимались различными исследователями в зависимости от конкретного аспекта их применения. Так, М.А. Ключева, анализируя народные игры с культуроведческой позиции, предлагает их типологию по ключевым кинемам, по признаку использования тех или иных игровых орудий, по типу соревнования в игре и т.д.

[1]. Другой автор, А.А. Таран, описывая возможности применения фольклорной игры на уроках физкультуры, выделяет ее типы по таким основаниям, как интенсивность используемых в игре движений, содержание и сложность построения игры, физические качества, преимущественно проявленные в игре и т.п. [3]. Исходя из конечной цели психолого-педагогической работы с детьми - развитие его высших психических функций - мы, вслед за А.Н. Леонтьевым и Д.Б. Элькониным, выделяем четыре типа игры в соответствии с реализуемыми в них ведущими видами деятельности: сенсорная, предметная, ролевая и сюжетная [4].

Сенсорная игра представляет собой манипуляцию объектами (в роли которых могут выступать как предметы, игрушки, так и другие люди и даже собственное тело) с целью получения удовольствия от вызываемых с их помощью отдельных ощущений: яркого цвета, определенной высоты звука, раскачивания, кружения, мягкого прикосновения и т.д. Предметная игра условно разделяется на два подтипа: манипулятивная, т.е. выполнение действий с объектами (катание, разборка и сборка, бросание и т.д.) безотносительно заложенной в них основной функции, и собственно предметная, когда предметы используются в соответствии с их основной функцией (в игрушечной посуде “готовится обед”, из конструктора “строится дом” и т.п.). Ролевая игра связывается с принятием участниками некоторого регламента их взаимоотношений в процессе игры, начиная с простейших ролей вроде “убегающий” (мышка, гуси) и “догоняющий” (кошка, волк) или “ведущий” и “обычный игрок”, заканчивая достаточно сложным поведением, отражающим взаимоотношения взрослых: “дочки-матери”, “магазин” и т.д. Сюжетная игра, являясь логическим продолжением ролевой, вносит некоторую последовательность развития событий, логически связанных между собой (в наиболее простом случае - разыгрывание известной детям сказки с помощью игрушек-“героев”, в наиболее сложных - свободно развивающийся сюжет с принятием участниками относительно сложных характерологических ролей). Разумеется, “чистые” типы игры встречаются в практике крайне редко; обычно в одной игре можно встретить элементы, относящиеся к разным типам.

В норме все эти виды игры появляются в процессе развития поэтапно, причем каждый последующий этап является расширением и дополнением возможностей предыдущего. В случае нарушения эмоционально-волевой сферы игра может развиваться иным путем: в каких-то случаях некоторые этапы “выпадают”, т.е. практически не проявляются в поведении, а в каких-то - происходит фиксация на конкретном типе игры или даже на определенной, стереотипной ее форме [5].

### *Игра в психолого-педагогической диагностике*

Для проведения диагностики уровня психологического развития требуется использование максимально эффективных и не слишком ресурсозатратных для ребенка средств. На наш взгляд, организация нескольких последовательных игр и внимательное наблюдение за демонстрируемым в процессе всего взаимодействия поведением могут совершенно или практически полностью решить эту задачу. Первой, и весьма информативной, частью работы становится фиксирование предпочитаемого ребенком типа игры и следующий за этим вывод о сформированных к данному моменту навыках и о ведущем виде деятельности на данном этапе развития ребенка.

Следующий этап диагностики - наблюдение отдельных интересующих исследователя компонентов поведения: способность к выполнению инструкции, произвольность и целенаправленность активности, особенности взаимодействия с партнером, сформированность моторных навыков и возможности освоения разных уровней пространства, речевое сопровождение игры и многое другое. Преимущество игрового метода здесь - в возможности многочисленных модификаций игры, позволяющих целенаправленно изучить конкретный интересующий исследователя аспект развития ребенка. Так, желая оценить уровень развития мелкой моторики, педагог может предложить ребенку собрать в коробку рассыпавшиеся бусины или сделать из них ожерелье для куклы: при внимательном наблюдении за действиями ребенка можно оценить особенности пальцевого захвата предметов (как именно удерживаются в руке бусины), сформированность зрительно-моторной координации (всегда ли верно определяется направление движения рук, необходимое, чтобы положить или нанизать бусину), общая плавность движений, наличие или отсутствие гипер- и гипотонуса или тремора и т.д. С другой стороны, отдельная игра может дать информацию о совершенно разных сферах развития ребенка: так, известное упражнение "Горячо - холодно", иллюстрируя в общем способность ребенка к целенаправленной поисковой активности и ориентированию в пространстве, параллельно высвечивает особенности взаимодействия со взрослым (способность усвоить или вспомнить правила игры, воспринять метафорическую форму инструкции и опираться на нее в собственной деятельности, обращение ко взрослому в случае затруднений), сформированность когнитивных способностей (устойчивость внимания, время удержания информации в кратковременной памяти, особенности наглядно-образного мышления) и т.п.

Третий этап психолого-педагогической диагностики - обобщение полученной в ходе наблюдения информации и формирование выводов

об особенностях развития каждой из анализируемых сфер поведения и разработка рекомендаций для психологического сопровождения или коррекционных занятий с ребенком.

*Возможности использования игры в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы*

Многообразный психолого-педагогический инструментарий, заложенный в игре как особой, исторически сложившейся форме деятельности, позволяют решать огромное количество самых разнообразных задач, связанных с сопровождением и коррекционной работой. В самом общем виде эти инструменты и цели, для достижения которых они могут применяться, приведены в таблице 1.

*Таблица 1. Педагогические средства и задачи, реализуемые в игровой деятельности.*

<b>Педагогические средства</b>	<b>Способы реализации в игре</b>	<b>Выполняемые задачи</b>
Организация пространства	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выделение игровых зон</li> <li>• Организация движения и расположения участников</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создание «зоны комфорта», или «зоны безопасности», для участников</li> <li>• Формирование внешних ориентиров поведения в игровой ситуации</li> </ul>
Организация времени	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выстраивание темпа и ритма игры</li> <li>• Заданная последовательность событий</li> <li>• Динамика взаимодействия участников</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тонизация ребенка через ритмическую структуру</li> <li>• Формирование четкого представления о процессе игры</li> <li>• Влияние на активность ребенка (стимуляция или торможение) через общий темп игры</li> </ul>
Организация взаимодействия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ритуализация форм контакта (вербального, тактильного и т. д.)</li> <li>• Выделение игровых ролей</li> <li>• Наличие игрового сюжета или правил игры</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование общей предсказуемости поведения других</li> <li>• Предоставление возможности использования ребенком готового шаблона поведения в процессе общения</li> <li>• Включение ребенка в коммуникацию через привлекательные образы</li> </ul>

*Индивидуальные занятия* с детьми, имеющими особенности развития, предполагают непосредственное общение взрослого с ребенком. Игровая форма взаимодействия в данном случае способна в значительной мере облегчить как процессы адаптации и установления контакта, так и освоение содержательной стороны занятий, т.е. формирование тех навыков и умений, на которые нацелена коррекционная работа. Разные виды игры позволяют использовать разные педагогические средства, что, с одной стороны, расширяет спектр решаемых задач, а с другой - дает возможность выбора ребенком наиболее приемлемой для него формы усвоения предлагаемого материала. Наиболее общей стратегией формирования последовательности предлагаемых игр является поэтапное движение от уже освоенных форм игровой деятельности к находящимся в зоне ближайшего развития ребенка, через их расширение и модификацию. Так, если ребенок в самостоятельной свободной активности демонстрирует преимущественно предметно-манипулятивную деятельность, например, выбрасывает и собирает обратно в коробку игрушки, не обращая внимания на их форму и назначение, зоной его ближайшего развития, вероятно всего, является формирование собственно предметной и ролевой игры. В этом случае педагог может попробовать расширить стереотип действия с предметами: кидать их не в коробку, а в баскетбольную корзинку или собирать в мешок, выбрать из всех игрушек мячи или машины и катать их по полу, приглашая ребенка присоединиться к этому занятию. Развитие ролевой игры может начинаться с наиболее простых вариантов взаимодействия - предложить ребенку кидать игрушки в коробку по очереди с ним, затем - обмениваться предметами, перебрасывать их друг другу и т.п. Постепенно из общей массы игрушек ребенок выделит для себя наиболее интересные ему предметы, использование которых станет ступенью к формированию следующих этапов игрового развития.

При включении ребенка в *групповые* занятия, наряду с уже обсуждавшимися механизмами поэтапного игрового развития, важную роль играет процесс равноправного социального взаимодействия с партнерами по игре. Детский коллектив в ряде случаев оказывается значительно более эффективной развивающей средой, чем индивидуальные или домашние занятия. Игра в данном случае выполняет несколько организующих функций: формирование общегруппового поля совместной деятельности, создание безопасного пространства взаимодействия через определение игровых зон, установление предсказуемости реакций другого человека за счет наличия ролей и правил, предоставление возможности равноуровневого участия - от стороннего наблюдателя до ведущего - и, при желании, выхода из игры. Таким образом, облегчается решение одной из наиболее

трудных задач развития ребенка с эмоционально-волевыми нарушениями - его социализация и развитие коммуникативных навыков. Кроме того, игра сама по себе требует от каждого ребенка определенного уровня развития некоторых умений, от самых простых - повторение движения по заданному образцу в «хороводных» играх, до достаточно сложных - например, умение вырабатывать командную стратегию для выигрыша в групповых соревнованиях вроде «Казак-разбойник».

Подбирая ту или иную игру с целью ее включения в структуру коррекционно-развивающего занятия, педагог должен хорошо представлять себе возможности всех детей в группе, их «сильные» стороны, дающие опору для участия в коллективной деятельности, и «слабые», нуждающиеся в специально организованной тренировке функции и навыки. Учет этих особенностей позволяет включить в игру всех детей в группе таким образом, чтобы для каждого из них этот процесс был максимально эффективным и полезным.

Одним из наиболее удачных источников необходимых для игровых занятий методических материалов мы считаем всевозможные сборники фольклорных игр разных народов мира. Сложившиеся в вековой истории, эти игры, присказки, потешки вобрали в себя опыт многих поколений, интуитивно использовавших механизмы, благотворно влияющие на психологическое развитие детей. К особенностям фольклорных игр, делающим их подчас незаменимыми в педагогической работе с особыми детьми, можно отнести следующие:

1. Широкое использование речевого сопровождения, распевок, присказок, считалок и т.п. помогает в развитии речевых и коммуникативных навыков ребенка;
2. Плавность и ритмичность выполняемых движений и речевков позволяет детям легче включиться в процесс, удержать и зафиксировать внимание на процессе игры;
3. Простота и доступность ролевых моделей, широкое использование сказочных героев и животных облегчает процесс принятия роли и визуализацию паттерна ролевого поведения;
4. Задействование различных сфер развития ребенка: моторной, эмоциональной, интеллектуальной и т.д. способствует сенсорной интеграции и гармонизации формирующейся личности;
5. Возможность творческого участия и модификации игры как со стороны взрослого, так и со стороны самого ребенка, участвующего в ней, помогает расширять границы активного освоения и познания мира.

Примеры и описания игр, которые можно использовать в индивидуальной и групповой работе с особыми детьми, легко отыскиваются в соот-

ветствующих сборниках методических и дидактических материалов. Своей же задачей мы видим попытку методологического анализа игры как специфической и весьма эффективной формы работы в области психолого-педагогического сопровождения особого детства. Мы призываем всех родителей и специалистов, стремящихся к гармоничному и разностороннему воспитанию каждого ребенка, осмысленно и творчески подходить к самым привычным вещам и не бояться открывать новые горизонты и помогать делать это тем, кто особенно нуждается в нашей поддержке и защите.

#### *Литература:*

1. Ключева М.А. Народные подвижные детские игры : опыт типологии: автореф. дис. канд. искусствоведения: 17.00.09. СПб.: СПбГУ, 2008.
2. Леонтьев А.Н. деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975.
3. Таран А.А. Русские народные игры и их классификация // Физическая культура: Воспитание, образование, тренировка. 2002, N 1. С. 41-44.
4. Эльконин Д.Б. Психология игры. М.: Владос, 1999.
5. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М.: Теревинф, 2004.

#### **4.2. Телесно-ориентированная терапия**

*Иващенко А.С.,  
педагог-психолог центра «Содействие»*

Телесно-ориентированная психология и психотерапия – прогрессивные направления современной науки, в основе которых лежит принцип единства телесных и психических проявлений человека.

Тело – это продолжение нашей психики. Воздействуя на него, мы можем добиться возвращения целостности, душевного равновесия и удовлетворённости.

В последнее время телесно-ориентированная терапия развивается очень интенсивно, в ее рамках появилось множество методик и техник. Все их многообразие можно условно разделить на две группы: а) непосредственное воздействие на тело и б) бесконтактный способ, когда воздействие на тело происходит по инструкции (например, гимнастика).

Телесно-ориентированная психотерапия основана на телесных ощущениях, которые, в случае психологических проблем, возникают в виде мышечных напряжений и зажимов. Мышцы становятся «футляром» скрытых переживаний и невыраженных чувств. Это приводит к телесному дискомфорту и вынуждает ребёнка принимать определённые позы (вынужденные позы, навязчивые действия) или мешает свободе движений, вызывая закрепощённость, скованность, зажатость.

*Телесно-ориентированная психотерапия с детьми: коллективные игры*

Ребенок, играя, освобождается от физического и эмоционального напряжения, приобретает новый опыт отношений. Занятия психотерапевта или психолога с детьми – это, в основном, работа с движением: совместная диагностика областей дискомфорта и напряжения в теле.

Стратегия телесно-ориентированного психотерапевта – «не ломать» привычное, а исследовать смысл проблемы человека, затем найти более комфортный и приемлемый способ удовлетворения его потребностей.

На занятиях центра «Содействие» используются телесные упражнения по методу В. Шерборн, которые выполняются в паре (либо в группе) и направлены, прежде всего, на взаимодействие с партнером, на осознание границ и возможностей собственного тела. Упражнения помогают научиться управлять собственным телом и реагировать на движения партнера, сопровождаются эмоциональным (возможно сюжетным) контекстом, а значит, способствуют налаживанию контакта – физического и эмоционального. Гимнастика развивает крупную и мелкую моторику, включает в себя упражнения на развитие речи. Контекст упражнения может отражать другие занятия и создавать символические представления о предметах и ощущениях, которые изучаются в этот период – например, отражать времена года и сезонность.

*Упражнения, формирующие осознание себя, строения тела и пространства*

Большинство людей не отдают себе полностью отчета в том, что осознание себя и окружающего мира не дано нам от рождения. Осознание формируется благодаря биологическим факторам, с которыми ребенок рождается на свет, благодаря первому чувственному опыту, который он получает в лоне матери (например, слышит ее голос, песни, слышит звуки окружающей среды), и, прежде всего, благодаря контактам с социальным окружением и собственной деятельности. Получая стимулы в виде прикосновений, движений, температуры, запахов, звуков (например, звуки, которые издает его тело), а потом и зрительные стимулы, ребенок составляет в уме карту собственного тела. Благодаря этому на определенном этапе развития, чаще всего в три года, он уже может осмыслить себя как отдельную физическую единицу – начинается открытие собственного «Я».

Упражнения, направленные на развитие осознания себя, строения тела и пространства, включают в себя:

- раскачивания;
- прохождение через «домики» и «туннели»;
- перевороты;

- ползание;
- постукивания и похлопывания;
- пожимания рук и объятия;
- прохождение под и над другими участниками упражнения или предметами;
- называние частей тела с одновременным указанием на них на теле партнера.

*Упражнения, основанные на действии “с” (отношение заботы)*

Для упражнений-отношений, часто называемых «забота», необходимы:

- объятия;
- покачивания разной степени интенсивности, в разных направлениях;
- прохождение через «домики», «норки», «туннели»;
- безопасные перевороты;
- поддержки;
- перекаты;
- ползание;
- похлопывание;
- перемещение по поверхности (например, пола);
- покачивание в воздухе;
- балансирование;
- подражание полету самолета;
- кувырание;
- перенос центра тяжести тела;
- ношение других людей;
- перепрыгивание через препятствия;
- перекаты;
- прохождение под и над другими участниками или предметами.

*Упражнения, развивающее отношение «против» (отношения силы и энергии)*

Эти упражнения еще называют силовыми, т.к. они требуют физического напряжения и помогают ребенку осознать свою силу.

Во время упражнений на развитие отношения «против» можно делать следующее:

- опираться на партнера, самого себя, предметы;
- толкать или отталкивать партнера;
- отталкиваться самому от партнера или предметов (опоры);
- «приклеиваться» к полу – тесно прижиматься к нему;
- перемещать партнера в пространстве, толкая;
- выскальзывать из захвата (или объятий);

- давить на партнера сверху;
- давить на партнера, прижимать его к себе или к опоре;
- перекачиваться и переворачиваться;
- загоразживаться от партнера, давать ему отпор;
- обниматься и удерживать партнера в объятиях;
- освобождаться из объятий, захватов;
- хватать партнера, удерживать его или удерживаться самому;
- поддерживать самого себя в равновесии, удерживаться самому или удерживать партнера, поддерживать партнера;
- тащить партнера.

Ребенок по своей природе является абсолютно телесным. Вспомните: малыш, если он голоден, мокрый или хочет спать, всегда начинает капризничать и плакать. У него еще не существует деления дискомфорта на эмоциональный и телесный. Если ему плохо телесно – плохо и эмоционально. И, наоборот, от переизбытка негативных эмоций может случаться расстройство аппетита, сна, пищеварения. С взрослением эти две сферы постепенно дифференцируются, отделяются друг от друга.

Связь тела и эмоций не односторонняя. Если эмоции влияют на тело, то и через тело можно влиять на эмоциональное состояние.

Телесно-ориентированный подход может быть очень эффективен при работе с детьми, имеющими нарушения социального взаимодействия или задержку психического развития, с агрессивными или гиперактивными детьми.

#### *Литература:*

1. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Под редакцией В. Баскакова. – М., 1997.
2. Сергеева Л.С. Телесно-ориентированная психотерапия. – СПб, 2000
3. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия. – Эксмо, 2007.
4. Шерборн В. Развитие через движение.

### **4.3. Интегративные танцы**

*Меснянкина К.К.,  
научный консультант Центра «Содействие»  
(по материалам РБОО Центр  
Лечебной Педагогике (г. Москва))*

Интегративные танцы как метод лечебного воздействия помогают нам выстроить адекватное поведение «особых» детей, помочь решению эмоциональных и познавательных проблем, а также проявить свой творческий потенциал. Танец - это среда, в которой особый ребенок может легко выразить и реализовать себя.

### *Возможности танца как метода лечебной педагогики*

Структура танца и его четкий рисунок создают внешнюю опору, вследствие чего дети учатся вести себя в соответствии со схемой, согласовывать действия с музыкой и другими людьми, переходить от одного занятия к другому. Массовость предоставляет возможность развития навыков подражания и взаимодействия. Танцы создают эмоциональное равновесие; формируют моторную и зрительно-моторную координацию, развивают пространственные представления, двигательную память, серийную организацию действий; дети лучше осознают свое тело и учатся им управлять.

В работе с особыми детьми эффективны именно народные танцы. Им характерны следующие свойства:

- они просты и доступны всем;
- они обладают концентрированной жизненной энергией;
- музыка мелодична и легко запоминается;
- ритм простой, повторяющийся;
- в них наблюдается четкая пространственная организация;
- проявляется самобытный яркий национальный колорит.

Эффективность интегративных танцев заключается в следующем:

1. Это коллективное действие (участники – взрослые и другие дети).
2. В танцах появляются навыки взаимодействия с партнером (дети учатся ощущать поддержку партнера, соседа по кругу или помогать ему).
3. В процессе включаются и гармонично взаимодействуют все психические сферы, участвующие в организации поведения человека (воля, эмоции, интеллект).

Таким образом, танец, одновременно решая сложные терапевтические задачи и актуализируя творческий потенциал, позволяет опираться на более сохранные звенья в структуре личности и в то же время активизирует дефицитарные звенья.

#### *Методика обучения танцу*

1. Адекватное ситуации количество взрослых в кругу (от вдвое превышающего количество детей в начале занятий группы до двух – в конце).
2. Метод подражания (взрослый не дает инструкций, обучение происходит непосредственно в танце). Педагог должен делать все движения четко, акцентировано, хорошо знать их последовательность.
3. Положительный эмоциональный фон, сопровождающий это занятие.
4. Постепенное движение от простого к сложному.

Во время танца взрослые не переговариваются — это может отвлечь и дезориентировать ребенка.

Необходимо оставаться эмоционально нейтральными. Пребывание в тесном тактильном контакте с другими людьми и эмоции, вызываемые самим танцем, - достаточная нагрузка для ребенка. Дополнительное эмоционалирование, особенно в начале занятий группы, может быть травматичным и отобьет желание участвовать.

В работе Центра «Содействие» танцевальная терапия включает почти во все виды коррекционно-развивающей работы. Так, танцы с детьми, приходящими на индивидуальные занятия помогают установить эмоциональный контакт с ребенком через интересную ему деятельность, активизировать и тонизировать для работы, для решения частных задач развития. Интегративные танцы включены в программы всех групповых занятий центра, в том числе в работу интегративного летнего лагеря. В каждой из них танцевальная терапия направлена на решение тех задач, которые стоят в работе с этой группой.

Возможности использования интеграционных танцев в вашей работе:

• обогащение дидактического процесса (танец может ввести нас в настроение соответствующее теме или в саму тему (например, Самба на уроке об Испании);

- перерыв во время урока, гимнастика, коррекционные занятия;
- пауза перед тяжелой, интеллектуальной работой;
- концентрация внимания (например, танец может сигнализировать начало или конец работы);
- способ «оживить», заинтересовать и объединить с группой тех детей, которые чувствуют себя в ней неуверенно;
- снятие утомленности участников занятий;
- помощь в построении команды.

## **5. Профессиональные навыки педагога-психолога, работающего с детьми с нарушениями эмоционально-волевой сферы**

### **5.1. Способы установления контакта с ребенком, имеющим нарушения эмоционально-волевой сферы**

*Ульянова Н.Ю.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Установление контакта с ребенком — первый и, по большому счету, один из важнейших шагов в работе педагога-психолога, логопеда, дефектолога и других специалистов в области коррекционной педагогики. Важнейшими задачами этого этапа являются, во-первых, создание атмосферы безопасности для эффективного взаимодействия и,

во-вторых, формирование позитивного образа взрослого, который будет в дальнейшем работать с ребенком [2].

Первая встреча — момент непростой даже в случае общения двух взрослых, сформировавшихся людей. В случае же взаимодействия с ребенком, страдающим нарушениями эмоционально-волевой сферы, возникает сразу несколько коммуникационных барьеров: помимо естественного для многих детей недоверия к незнакомцу и характерной для ребят с расстройствами аутистического спектра боязни социальных контактов, их причиной становятся и затруднения самих взрослых, которых может смутить отсутствие видимых признаков заинтересованности ребенка в общении, невозможность речевого взаимодействия, боязнь причинить вред, и т.д. [3]

Каковы способы преодоления этих трудностей? Прежде всего, при знакомстве с ребенком следует учитывать его индивидуальные особенности (о них специалист может узнать как из разговора с родителями или диагностического заключения, так и при непосредственном наблюдении за ребенком). Каждый, даже самый маленький, собеседник — личность, имеющая собственные представления о границах допустимого общения, приемлемых и неприятных способах контакта. Зная об особенностях характера и специфике нарушения здоровья ребенка, специалист может предположить наиболее подходящий для него способ контакта; однако однозначный ответ на вопрос, как именно нужно взаимодействовать в том или ином случае, может быть получен только на практике, в ситуации реального общения.

Тем не менее, существует несколько общих рекомендаций по осуществлению «первого шага» в психолого-педагогической работе.

#### *Организация времени и пространства.*

Первое, о чем необходимо помнить – пространство взаимодействия должно быть максимально безопасным для ребенка. Прежде всего, речь идет о физической безопасности: отсутствие острых углов и режущих предметов, незакрепленных тяжелых полок и шкафов и т.д., наличие коврового покрытия или матов на полу и т.д. Кроме того, следует учитывать и проблему психологической безопасности детей, находящихся в помещении, где проходит встреча: так, громкий шум или яркий свет могут быть источниками дискомфорта для гиперсензитивного ребенка, а присутствие незнакомых взрослых или других детей – для ребенка с трудностями социального взаимодействия [1].

Для того, чтобы дать ребенку возможность адаптироваться в новых для него условиях, как правило, в первые 10-15 минут встречи взрослый не инициирует контакт, позволяя исследовать пространство и предметы, расположенные в нем [4]. Часто в это время дети сами обращаются ко взрослому, присутствующему в комнате, с вопросом или предложением поиграть.

Если ребенок с трудом отпускает маму или другого близкого взрослого, имеет смысл разрешить их совместное присутствие на одном или нескольких первых занятиях, постепенно увеличивая время, которое ребенок проводит без сопровождения членов семьи.

Первая встреча специалиста с ребенком (особенно в условиях нового для ребенка пространства) не должна длиться дольше 40-60 минут, иначе обилие новых стимулов может спровоцировать переутомление, «капризное» поведение и даже истерику.

#### *Способы установления контакта с ребенком.*

Существует несколько инструментальных способов налаживания взаимодействия на первой встрече. Разумеется, все дети по-разному воспринимают попытки взрослых начать общение, и выбор того или иного способа осуществляется, прежде всего, исходя из наблюдений специалиста за конкретным ребенком, его особенностями, привычками и предпочтениями. Ниже приведены рекомендации по использованию тех или иных вариантов взаимодействия в работе с детьми, имеющими нарушения различного характера.

##### *1. Контакт через предмет*

Этот способ подходит для детей, избегающих прямого взаимодействия с незнакомым взрослым; для детей, демонстрирующих «полевое» или жестко стереотипизированное поведение; для детей, чье игровое развитие находится на уровне предметно-манипулятивной игры.

Чтобы установить контакт с ребенком, специалист может:

- начать играть с большим, ярким, интересным предметом рядом с ним;
- помочь ребенку достать высоко лежащий интересный предмет;
- начать взаимодействие с заинтересовавшим ребенка предметом, показав несколько способов обращения с ним;
- подсесть к ребенку, играющему с предметом, и предложить «поменяться» на более интересную вещь.

##### *2. Контакт через деятельность*

Эффективен в работе с детьми, интересующимися конкретными видами деятельности, которые возможны в ситуации взаимодействия (рисование, танцы, пение и игра на музыкальных инструментах, спортивные упражнения и т. п.) или действующими по жесткому поведенческому стереотипу (стук по стенам, вокализация, раскачивание, кружение и т. п.); а также с детьми, устойчивыми к тому или иному виду нагрузок в течение относительно долгого времени.

Чтобы установить контакт с ребенком, специалист может:

- помочь ребенку организовать заинтересовавшую его деятельность (найти материалы, включить магнитофон и т. п.)
- «отзеркалить» его действия, подключаясь к занятию ребенка;

- внести небольшие изменения в деятельность ребенка, которые могли бы его заинтересовать (рисовать не на листе, а на доске; стучать не только по стене, но и по мячу или по дивану и т. п.), включаясь в его занятие.

### *3. Контакт через игру*

Подходит для детей с низким уровнем речевого развития, но открытых для невербального контакта; для детей, допускающих приближение или даже прикосновение незнакомых взрослых; для детей, слабо устойчивых к длительной нагрузке и необходимости сидеть неподвижно.

Чтобы установить контакт с ребенком, специалист может:

- сесть рядом с играющим ребенком и начать играть в то же, что и он, постепенно дополняя его игру собственными предложениями;
- предложить ребенку собственную игру, объяснив сперва ее правила («Давай я буду убежать, а ты догонять, а потом поменяемся. Идет?»);
- эмоционально вовлечь ребенка в организованную взрослым игру («Ух, догоню! Догоню-догоню, убегай скорее!»);
- превратить стереотипное или аутистимулирующее действие ребенка в игру с помощью комментария (например, раскачивающегося на мяче ребенка покачать под ритм присказки «Шалтай-Болтай»);
- подключиться к игре, организованной ребенком, предварительно уточнив у него, по возможности, ее правила.

### *4. Контакт через общение*

Данный способ оптимален для детей с высоким и средним уровнем речевого развития, с полностью или частично сохранным интеллектом; для детей, способных к невербальному общению.

Чтобы установить контакт с ребенком, специалист может:

- заговорить (или инициировать невербальное общение) с самим ребенком;
- в ходе разговора с другим взрослым или ребенком обратиться с вопросом или за подтверждением какой-либо информации к самому ребенку;
- ответить на прямое вербальное или невербальное обращение самого ребенка.

Стоит отметить, что приведенные рекомендации достаточно условны: в реальной практике иногда приходится перебирать несколько способов контакта в поисках того, который будет эффективен в конкретном случае. И, разумеется, лучшими помощниками в этом процессе будут доброжелательное отношение специалиста к ребенку и искреннее желание понять его.

### *Литература:*

1. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2005.

2. Питерс К. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – М.: Владос, 2002.
3. Полина Ю.С. Ранний детский аутизм. Рекомендации по коррекционной работе с аутичными детьми [Электронный ресурс]: Фестиваль педагогических идей «Открытый урок». – Режим доступа: <http://festival.1september.ru/articles/512727>.
4. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: Теревинф, 2004.

## 5.2. Способы работы с истерикой

*Черных О.В.*

*Психолог, методист центра «Содействие»*

Истерическое состояние ребенка является повсеместным и привычным – для нас даже удивителен ребенок, в арсенале поведенческих реакций этого состояния. Но истерика истерике рознь, а, следовательно, и инструментарий взрослого при работе с ней тоже будет отличаться.

Изначально хочется развести такие поведенческие реакции психики как «протест» и «истерика». Как манипулятивная истерика, так и протест – осознаваемые формы поведения, относящиеся к агрессивным реакциям. Протест – это выражение стремления «ОТ» какой-либо деятельности, манипулятивная истерика – стремления «К». Совершенно отдельной формой трудного поведения рассматривается «настоящая» истерика, которая, в отличие от двух предыдущих, является неосознаваемой.

Истерика – это взрыв эмоций, которые возникают, чтобы дать выход накопившемуся напряжению; это может быть также способом коммуникации. Часто истерика сопровождается криками, плачем, могут подключаться телесные проявления (в ногах и руках возникает гипернапряжение, что часто сопровождается ударами и толчками со стороны ребенка). В отдельных случаях рисунок телесного проявления может иметь противоположную картину: ребенок замолкает, забивается в угол, не реагирует на словесные инструкции. Чаще всего истерическое поведение может сопровождаться характерными для ребенка аутистимуляциями.

Истерика может быть манипулятивной и носить осознанный, целенаправленный характер действия, то есть под данным видом поведения может скрываться определенная функция поведения. Чаще всего это направленное требование ребенка на выполнение или осуществление определенных потребностей или желаний. Например, «Дай конфету! Пойдем гулять! Не буду есть вашу кашу!». Рисунок поведения при такой истерике, в общем, похож у всех детей – крик, топот, падение на пол, но самое характерное при этом то, что ребенок всегда отслеживает реакцию

взрослого. Возможны временные передышки – затишья, после которых новая эмоциональная атака обрушивается на адресного взрослого.

Данное поведение возникает и закрепляется при подкреплении со стороны взрослого; оно может возникнуть стихийно и одновременно. Например, мальчик сильно расстроился, когда выключили его любимые мультики и стал громко кричать и плакать, после чего мама (или другой рядом находившийся взрослый) включила мультики обратно, чтобы ребенок успокоился. Бессознательно мальчик получил информацию о том, что если он чего-то очень хочет и при этом закатит целенаправленную истерику, то взрослый пойдет на эту провокацию и выполнит желаемое. Это поведение может закрепиться и использоваться по отношению к любому взрослому, поддающемуся этой провокации.

#### *Способы работы с манипулятивной истерикой*

1. **Жесткая структура правил.** Одна из важных форм работы, при нарушении которой проблемное поведение подкрепляется. В данном случае важна стойкость и терпение, неизменность решения в данный период времени. Прежде чем жестко отстаивать правила, следует хорошо подумать, готов ли взрослый внедрять их на практике: в этом случае ему необходимо твердо стоять на своем, даже зная, что может последовать истерика.

2. **«Китайское зеркало».** Это метод присоединения к истерическому поведению. Взрослый полностью «отзеркаливает» поведение своего воспитанника. Ребенок кричит – и взрослый кричит, он бьет ногами и кидается игрушками – и взрослый делает то же самое. Со временем взрослый постепенно снижает свой градус поведения, приходя к точке спокойного состояния. Этим поведением можно подключиться к эмоциональному фону ребенка, показывая что вы в контакте с ним, и тем самым стать его «проводником» в хаосе эмоций.

3. **Игнорирование.** Полное эмоциональное отсоединение. Таким поведением взрослый дает отрицательное подкрепление, и истерика не выполняет своего функционального предназначения. Опасность этого метода может заключаться в том, что ребенок, не получая подкрепления, может попасть в неосознаваемую («настоящую») истерику, с которой необходимо будет активно работать другими способами.

4. **Эмоциональная холодность.** Взрослый в контакте с ребенком, но четко действует по заданным правилам (см. п.1), безэмоционально проговаривая одну и ту же короткую инструкцию.

5. **Усиление накала.** Взрослый поощряет ребенка на крик и подзадоривает его - «Громче! Еще! Еще!». Данным способом можно помочь выйти излишнему напряжению, не реализуя при этом истинных задач детской истерики.

Совершенно другой рисунок поведения и способы выхода из него имеет бессознательная («настоящая») истерика, которая характеризуется тем, что контакта с ребенком нет, его внимание расфокусировано. Истерика данного вида имеет 3 стадии своего существования: предистерическое поведение – его легко можно завершить или переключить, если знать стрессовый стимул и важность его избегания. Фаза истерики – ребенок вне контакта с кем-либо. Необходимо применять активные формы взаимодействия, со стороны это может выглядеть даже грубо. И последняя, третья стадия – постистерика, когда ребенок «уходит» от истерического проявления, наступает вторая фаза телесного тонуса – расслабление. Ребенок находится в обессиленном состоянии, затихает, может уснуть от переутомления.

*Способы работы с бессознательной истерикой*

1. Здесь также хорошо работает «Китайское зеркало».

2. Тонизация. Помочь может множество физических упражнений и взаимодействий: массажи от мягкого до глубокого; сильные и крепкие объятия; похлопывания по телу; вибрация – «сброс напряжения» руками и ногами. Эти манипуляции необходимы для помощи сброса излишней энергии, накапливающейся в мышцах ребенка, возвращения рассеянного внимания малыша в его тело. При всех способах работы необходимо подключать ритм: песни, стишки позволяют усилить эффект и дать некую эмоциональную передышку. В зависимости от нервной системы ребенка, успокаивать его придется непредсказуемое количество времени.

3. Напоить ребенка водой или очень сладким чаем. Этот метод можно использовать в третьей фазе истерики для восстановления кровообращения; сахар или другой продукт с высоким содержанием глюкозы помогает вернуть силы.

4. Отвлечь внимание. Данный способ работает в первой фазе, на последующих не действенен. Зная стрессовые стимулы и возможную реакцию ребенка, можно оградить его от них и, при зачатках истерики, предотвратить ее. Арсенал способов здесь большой: любимые мультики, еда, книжка, игрушки, другой путь передвижения, другой значимый взрослый. Основной акцент ставится на интерес ребенка.

Можно перечислить несколько общих правил для работы со всеми формами истерики и протеста, о которых следует помнить взрослому, взаимодействующему с ребенком:

- НЕ кричите, поскольку ваш гнев может только усугубить гнев ребенка. Используйте в данном случае подстройку – Вы «выпустите свой пар» и поможете успокоиться ребенку.
- НЕ давайте ребенку возможности почувствовать себя как наказанным, так и поощренным за устроенную истерику.

• НЕ позволяйте детским скандалам, случающимся в общественных местах, вызывать в вас чувство стыда и неловкости перед окружающими. Поверьте, большинство из них уже успели побывать на вашем месте.

Помните: ребенку эмоционально может быть сейчас хуже, чем Вам, но это не означает, что Вы виноваты в случившемся. В мире существует множество факторов, способствующих такому поведению.

Работа с истериками – это одна из эмоционально затратных форм взаимодействия с ребенком. Поэтому, помогая своему подопечному, не стоит забывать и про себя, свое эмоциональное состояние. Вам может понадобиться несколько минут на выполнение упражнений для того, чтобы прийти в стабильное состояние, но проводя их последовательно и постоянно, вы предохраняете себя от эмоционального, физического и психологического истощения.

#### *Упражнения для стабилизации эмоционального состояния*

Представьте, что Вы мокрая собака, которой нужно стряхнуть с себя всю воду до единой капельки. Начиная с копчика, стряхивающими движениями Вы поднимаетесь к плечам, подключаете руки, голову (обязательно!) и стряхиваете все с ног последовательно. Повторите эти движения 2-3 раза.

Ложитесь на спортивный мат. Ноги согнуты в коленях, поясница хорошо лежит на мате. Медленно, но сильно начинаете бить мат руками и ногами. Темп постепенно увеличиваете до возможных пределов вашей физической подготовки; во время движения Ваших конечностей желательно подключить голос. Затем нужно расслабиться, отдохнуть, восстановить дыхание.

Работа с дыханием. Во время истерик ребенка и сделайте несколько глубоких вдохов и медленных выдохов. Желательно это действие сопровождать ритмическим поднятием рук: вдох – руки вверх, выдох – руки вниз. Неординарные идеи придут к Вам сами собой, и Ваше состояние улучшится.

#### *Литература:*

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст. // АЛЬМАНАХ ИКП, 2001. № 4.
2. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М.: Теревинф, 2004.

### **5.3. Работа с протестами**

*Рубанович О.В.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Протест – это осознанная реакция ребенка, направленная «против» чего-либо (против ситуации, против конкретного предлагаемого действия и т. д.).

Различаются следующие виды протеста:

- протест-аутостимуляция;
- уход (пространственный);
- речевой протест;
- агрессивный протест.

Сначала рассмотрим протест как уход: уход в себя (аутостимуляция) или физический уход, изменение положения в пространстве.

#### *Аутостимуляция*

Аутостимуляцией называется поведение, направленное на вызов определенных сенсорных ощущений. Оно выполняет две задачи: защита от неприятного воздействия, невыносимой ситуации и/или тонизация. Как правило, обе задачи сосуществуют в одном и том же акте поведения. Взрослый нейротипичный человек способен сохранять контроль сознания над окружающим миром параллельно с аутостимулирующим поведением. Ребенок, особенно ребенок с аутизмом, использует аутостимуляцию, чтобы отгородиться от мира.

Таким образом, мы условно будем распознавать реакцию ухода ребенка в аутостимуляцию в ответ на предложение ему неприятной деятельности, либо попадание его в ситуацию, с которой он не согласен, как протестную.

Во время протеста-аутостимуляции очень важно, в первую очередь, делать акцент на состоянии ребёнка. В данной ситуации требовать выполнения им инструкции и завершения прерванной деятельности неэффективно. Задачей становится возвращение ребенка в ситуацию взаимодействия со специалистом или родителем.

Каким образом можно этого достичь? Существует несколько вариантов. Первый – подключиться к аутостимуляции ребёнка и постепенно расширить ее границы. Делать это следует очень аккуратно. Подключение носит характер погружения за ребенком в его состояние, выполнение того, что он делает, с целью установления связи с ребенком и привнесения смысла в его действия.

Приведем рекомендации Никольской О.С. и соавторов, глубоко исследовавших особенности взаимодействия с аутичным ребенком:

«Нам важно превратить механический стереотип в эмоциональную игру. Мы можем подключаться к стереотипным аутостимуляциям ребенка, например: прыгать с ним, кружиться, включать и выключать свет, переливать воду и пересыпать мозаику.

Эмоциональный смысл может быть введен, например, в раскачивание: например, мы сидим напротив окна, и ребенок начинает стереотипно раскачиваться. Взрослый, обняв его, начинает раскачиваться вместе с ним, приговаривая: «Вот деревья качаются, вот и мы с тобой качаемся, как деревья под ветром; вот ветер сильнее, сильнее - буря!»

Вот тише, тише - заснул ветер, вот снова...» Ребенок начинает смотреть на качающиеся за окном деревья, начинает сам соотносить с ними свои движения. Нам приятно «быть с большими деревьями», и мы улыбаемся друг другу. И так же, когда через некоторое время ребенок пересыпает вместе с нами горошины, он может уже не просто наслаждаться фактурой сыпаемых зерен, но и с удовольствием «кормить уточку» или «барабанить, как дождь по крыше» [1].

Второй способ вывода из состояния аутостимуляции – попробовать отвлечь ребенка, достаточно резко внедриться в его поведение, например, при аутостимуляции, заключающейся в подбрасывании мяча, выхватить мяч из рук. Это, с большой долей вероятности, может вызвать агрессивную реакцию, которая может появиться в ответ на внезапное изменение ситуации. Последствия такого воздействия можно превратить в игру, но для этого, вероятнее всего, придется пройти этап конфликта. Важно помнить, что это очень опасный метод, им допустимо пользоваться только в том случае, если известны механизмы работы с агрессией конкретного ребёнка.

#### *Пространственный уход*

Ребенок может выразить свою позицию тем, что пространственно дистанцируется от ситуации и человека, в отношении которой /ого возник протест. Основной принцип работы, как и в случае с аутостимуляцией - вернуть ребенка к взаимодействию, предложив ему интересный предмет или деятельность.

При работе с обоими видами протестного поведения необходимо понять мотивы ребенка и в следующий раз изменить ситуацию или требование таким образом, чтобы протест не возник.

#### *Речевой протест*

Речевой протест заключается в отстаивании ребенком своей позиции с использованием речи. Плюс такой реакции в том, что ребенок остается в контакте со взрослым, не «уходит», как в предыдущих двух случаях, из ситуации. Родитель или специалист получает возможность решить проблему в диалоге, т. е. договориться.

Например, ребенок во время разговора отца по телефону, начинает протестовать: «Я не хочу, чтобы ты говорил, брось трубку!». Один из вариантов выхода из этой ситуации — уверить ребенка в своем внимании к его просьбе и установить временные рамки, проговорить: «Я сейчас одну минуту поговорю по телефону, а потом мы пойдем с тобой играть в мяч» (в следующий раз это можно будет сделать заранее, до ответа на звонок).

#### *Агрессивный протест*

Существуют ситуации, в которых, на первый взгляд, нет причин для агрессивного протестного поведения. Но всё же, пристально изучая ситуацию и реакции всех ее участников, можно обнаружить намерения

ребёнка. Необходимо чётко отследить, что происходит «до» и что – «после» протестного поведения, и на этой основе попытаться понять мотив ребёнка и цель его протеста.

Удобно использовать для наблюдения таблицу. Протестные реакции могут появляться во многих ситуациях. Даже при их внешнем сходстве (крик, плач, разрушение вещей и пр.) необходимо выбрать для оценки только одну, так как причины протеста в каждом случае могут быть различными. Для анализа может быть достаточно десятка ситуаций наблюдения. По мере накопления данных становятся очевидными повторяющиеся элементы. В результате их анализа можно определить пусковые стимулы и мотивы протеста, а также отследить привычные способы разрешения ситуации.

Дата и время наблюдения	Что происходит «до» (стимулы)	Реакция ребенка	Реакция взрослого	Что происходит «после»

Рассмотрим варианты поведения специалиста, родителя в одной и той же ситуации, но при разных целях (мотивах) ребёнка [2]. Ситуация: все садятся обедать за стол, у отца звонит телефон и он берет трубку, ребёнок бросает тарелку на пол. Вот некоторые примеры того, что мог бы предпринять педагог или родитель для изменения проблемного поведения ребёнка, учитывая знания об основных целях подобного поведения:

- **Внимание (первая цель).** Если брошенная на пол тарелка была использована для того чтобы привлечь внимание отца, отец не должен проявлять внимание в следующий раз, когда упадёт тарелка. Однако он должен уделить ребёнку максимум внимания тогда, когда тот ведёт себя во время приёма пищи должным образом.

- **Уклонение (вторая цель).** Если тарелка была брошена на пол для того чтобы избежать инструкции (например, «Скажи: «Хлеб!»!), тогда целью поведения является уклонение. В этом случае отец не должен подкреплять это поведение, продолжать настаивать на выполнении той же инструкции. Если ребёнок выполнил инструкцию, отец может подкрепить послушание эмоционально или уменьшив требования на определённое время.

- **Аутостимуляция (цель третья).** Здесь нужно выяснить причину бросания тарелки на пол. Если причина бросания тарелки – в том, что ребёнку нравится появляющийся при этом звук, родителю необходимо найти способ уменьшить звуковой эффект, который является автоматическим (без участия другого человека) подкреплением поведения. Вот некоторые действия, которые можно предпринять: купить коврик, заменить тарелку на пластиковую или бумажную. Кроме того, предо-

ставить ребёнку возможность экспериментировать с похожими звуками в подобающее время [2].

Итак, очень важно всегда помнить, что протест – это целенаправленное, осознанное поведение ребёнка и первое, что мы можем сделать, – это понять его мотив и цель. Только после этого можно приступить к адекватным методам коррекции подобного протестного поведения.

#### *Литература:*

1. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М.: Теревинф, 1997.
2. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: АВА (Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / Роберт Шрамм; пер. с англ. З.Измайловой-Камар; науч. ред. С.Анисимова. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013.

### **5.3. Эмоциональные реакции специалиста как инструмент коррекционно-развивающей работы**

*Кутурженко Л.А.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Во время взаимодействия со специалистом на занятиях в группах ребенок видит самые разные проявления эмоционального состояния последнего – одобрение, огорчение, неуверенность, усталость, обиду, радость, гнев или удивление. Это только небольшая часть наиболее доступных для понимания эмоциональных состояний, достаточная, однако, для коррекционной работы. Некоторые из перечисленных выше эмоций не распознаются ребенком из-за отсутствия в его психике необходимых для обеспечения этого процесса структур. Другие, в частности, выразительные положительные или отрицательные эмоции распознаются детьми. В разных ситуациях разными способами поведения ребенок демонстрирует потребность в их получении. Это свидетельствует о том, что эмоции могут выступать не только как объект коррекционной работы, но и как ее инструмент.

Наиболее эффективно применение эмоций в качестве инструмента во время индивидуального взаимодействия специалиста с ребенком, так как внимание последнего в таком случае в большей степени сосредоточено и направлено на взрослого.

Можно выделить следующие требования к эмоциям как к инструменту коррекционно - развивающей работы:

- четкость выражения;
- повторяемость и стабильность;
- сфокусированность, т.е. эмоции специалиста в той или иной ситуации должны быть направлены на решение только одной конкретной задачи;

• интенсивность, которая может быть как низкой, так и высокой, и определяется специалистом исходя из особенностей ребенка и подходящей для него эмоциональной стимуляции.

Эмоциональные реакции могут применяться для решения следующих задач:

• тонизация, то есть стимулирование ребенка; включение в предлагаемую деятельность. Улыбаясь, специалист демонстрирует хорошее настроение, доброжелательное отношение и радость от предвкушения предстоящей игры.

• заражение, с помощью которого специалист передает собственные эмоции ребенку, помогая ему настроиться на деятельность и окрашивая ее. Эта задача может быть реализована не только в процессе индивидуального сопровождения, но и в группе, чтобы создать единый общий эмоциональный фон доброжелательности и безопасности.

• положительное подкрепление, в том числе, данное через выраженную эмоцию радости, которую демонстрирует специалист при должном поведении ребенка. Со временем в сознании ребенка возникает связь между способом поведения и получением желаемой эмоции.

• нивелирование нежелательных реакций или поведения. Эта задача может быть решена посредством отсутствия реакции у педагога в ответ на негативное поведение ребенка. Исчерпав лимит возможных отрицательных действий и не получив желаемой реакции, ребенок пробует другие, и, если они вызывают яркие положительные эмоции со стороны взрослого, начинает использовать их вместо отрицательных.

• отрицательное подкрепление. Очень часто такая форма реакции проявляется взрослыми в бытовых ситуациях в ответ на нежелательное поведение ребенка. В случае, если отрицательное подкрепление сопровождается бурным выражением эмоций, есть большая вероятность, что будет достигнут обратный результат: вместо торможения нежелательного поведения, оно получит подкрепление. Подобные негативные реакции очень быстро фиксируются в поведении. К тому же, отрицательную эмоцию ребенку вызвать намного проще, чем положительную, особенно в случае отсутствия дифференциации эмоций. Поэтому при негативном поведении ребенка рекомендуется не проявлять каких-либо эмоций, точнее демонстрировать полное их отсутствие.

• привлечение внимания. Чтобы обратить внимание ребенка на что-либо, специалист может громко и выразительно сказать или показать в сторону интересного объекта.

• вызов эмпатии. Специалист может вызвать в ребенке это сложное чувство, сделав вид, что ему больно или он обиделся. Однако прежде он должен быть уверен в том, что ребенок распознает собственные

эмоциональные состояния и эмоции других людей. Только после этого следует переходить к обучению адекватному реагированию на обиду, боль, волнение и прочие состояния.

- создание разделенного аффективного поля либо с помощью подключения к реакции ребенка, либо за счет заражения его своей. Эта задача решается в том случае, когда необходимо показать ребенку, что вы с ним «на одной волне», продемонстрировать, что вы чувствуете то же самое, что и он, и наоборот.

- отражение реакций или поведения ребенка. Чтобы ребенок увидел себя со стороны, специалист может проделать то же самое, что и он. В таком случае у ребенка появляется возможность увидеть поведение или эмоцию в ком-то другом. Отражая эмоцию ребенка, специалист демонстрирует, что с ним сейчас происходит. После того как ребенок увидел эмоцию, ее можно назвать, а когда состояние приобретает имя, им становится легче управлять.

- моделирование поведения посредством того, что специалист буквально показывает ребенку, как можно себя вести в той или иной ситуации.

- переключение. Если ребенок проявляет агрессию, можно переключить его на более доброжелательное поведение, например, погладить в ответ на щипания или похлопывания.

Особенно эффективно эмоции как инструмент действуют, если используются значимым для ребенка взрослым.

## **6. Работа с родителями особого ребенка**

*Черных О.В.,  
психолог, методист Центра «Содействие»*

В нашем Центре ведется работа не только с ребенком, нуждающимся в социальной адаптации или психолого-педагогической коррекции, но и с остальными членами семьи. Вначале мы не ставим перед собой приоритетов, с кем в первую очередь работать: с ребенком или с родителем. Мы занимаемся со всей семьей одновременно. Эти процессы взаимосвязаны и лучший результат достигается при параллельной работе с двух сторон.

Семья – это важный элемент современного общества. Это система, состоящая из некоторого количества индивидов, находящихся друг с другом в динамичных взаимоотношениях. К большому сожалению, институт семьи сейчас претерпевает изменения, которые оказываются слишком сложным испытанием для многих. Часто история заканчивается разводом. Для кого-то это выход из кризисной ситуации, а для кого-то – личностная травма. В любом случае, путь всегда индивидуален. Вспоминаются знаменитые слова Л. Толстого: «Все счастливые семьи

похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему» [1]. Смею не согласиться с писателем: семья состоит из отдельно взятых личностей, которые создают неповторимый союз и совместно трудятся как над счастьем, так и над несчастьем своего домашнего очага. Счастье так же неповторимо и единично для конкретно взятой семьи, как и их несчастье. Это утверждение дает и надежду, и большую ответственность – только мы творим ту реальность, в которой живем.

Индивид влияет на свое окружение и сам подвергается его влиянию в эпизодах взаимодействия, непрерывно сменяющих друг друга. Человек, живущий в семье, является членом социальной системы, находясь в постоянном процессе адаптации. Его действия управляются характеристиками системы, а эти характеристики, в свою очередь, включают в себя результаты его собственных действий. Индивид реагирует на стрессы в других областях системы, к которой он адаптируется; его действия могут оказать значительное влияние на стресс, испытываемый другими участниками системы. Семья действует как интерактивное объединение, влияя на всех тех, кто в нее включен.

Воздействия на семью приходят с разных сторон, в первую очередь, с внешней – от общества с его ценностями, нормами, законодательство, традициями и ритуалами. Внутренние факторы влияния – это ценности, нормы отдельно взятого члена семьи, структура семьи, культурно-идеологические компоненты. Все это делает каждую семью уникальной.

Я хочу посвятить данную статью вопросу патологичности и нормальности, рассматривая эти концепты в контексте семейной системы. Мы привыкли ориентироваться на ребенка с особыми нуждами как на некий патологический феномен для самой семьи и общества. Семья тем временем приобретает статус особенной и якобы начинает развиваться по специфическим линиям в контексте данной ситуации. Безусловно, определенная специфичность существует, специалисту необходимо ее учитывать при работе.

Каждый человек испытывает в своей жизни хотя бы один раз эмоциональный дискомфорт, находясь в стрессовой ситуации. Границы между патологичностью (от греч. *pathos* — страдание) и нормальностью зыбки, и, как показывает историческая практика, эти рамки все время изменяются и перетекают друг в друга: то, что в один момент было патологией, уже стало нормой в другой. Ориентируясь на данное утверждение, можно говорить о том, что каждая личность или семья когда-либо находилась в патологическом состоянии (стрессовой ситуации). Отличие, на мой взгляд, возникает только в связи с временными рамками и характером протекания процесса страдания. Каждый, кто хоть раз испытывал серьезный эмоциональный дискомфорт, уже выходил за черту нормальности, а при стабилизации эмоционального состояния возвращался обратно. По моему мнению, все мы с вами, в какой-то степени, «пограничники».

Мы работаем с семьей особого ребенка так же, как и с любой другой семьей, потому что закономерности ее существования те же самые. Существующие особенности, как уже говорилось, принимаются во внимание. Их можно обозначить в следующих пунктах: а) это семья, переживающая горе; б) сталкивающаяся с неудобствами из-за отсутствия социальных, институциональных, административных, законодательных и пр. механизмов решения специфических проблем, связанных с инвалидностью; в) сталкивающаяся с неудобствами в области социальных связей и отношений из-за своей изолированности, опасливого отношения со стороны окружающих и пр. Но все-таки я предлагаю рассматривать семью ребенка с ограниченными возможностями здоровья как нормативно функционирующий организм, обладающий всеми характеристиками обычной семьи.

Основной принцип моей работы состоит в том, чтобы снять уникальность психологического состояния, развернуть членов семьи лицом друг другу, научить их видеть не только негативную сторону сложившейся ситуации, но и другие стороны их взаимоотношений, такие как любовь и уважение. Для лучшего понимания поговорим о важных компонентах любой семьи.

#### *Характеристики семьи*

##### 1. Структура семьи.

Изначально знакомимся с составом семьи: полная или не полная, один ребенок или более. Также важна история семьи: при каких условиях родился ребенок, были ли выкидыши, смерть ребенка и другие травмирующие события в биографии отдельной семьи (алкоголизм, психиатрические заболевания, тюремное заключение). Данная информация поможет выявить неявные трудности, которые в дальнейшем могут мешать коррекции внутрисемейных отношений.

##### 2. Кризисы семьи.

- Отделение взрослого ребенка от родительской семьи.
- Объединение двух семей (брак).
- Рождение ребенка.
- Стабилизация, до ухода из семьи взрослого ребенка.
- Супруги снова одни.
- Кто-то из супругов один после смерти другого.

На этапе рождения ребенка хочется остановиться подробнее, на этом этапе семья с родившимся на этот свет малышом с ограниченными возможностями здоровья начинает развиваться немного по иному пути. Первоначально идет процесс принятия – у кого-то еще в период беременности, а у кого-то по событию рождения. Происходит процесс так называемого горевания из-за потери «идеального» ребенка. В формате раннего вмешательства необходима работа педиатра и коррекционно-психолога для поддержки малыша. Но взаимодействие с родителями

в рамках психотерапевтической помощи психолог может начинать, при желании участников, только после 6 месяцев после рождения ребенка. Этот период необходим для адаптации семьи к изменившимся условиям и для оплакивания (происходит, собственно, процесс горевания).

Максимальная помощь на этом этапе возможна в рамках библиотерапии и фильмотерапии, что помогает не только выходу переживаний, но и поиску ресурсных состояний для всей семьи в целом. Самое важное в данный период для супругов – говорить друг с другом о своих эмоциях, переживаниях.

Психологи выделяют четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

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

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

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

Четвёртая фаза – начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям, выработка позитивных установок по отношению к самим себе и ребенку, формирование навыков обеспечения будущего своего ребенка [4].

На этапе активной работы психолога с семьей особого ребенка важно учитывать, на какой стадии горя находится семья, индивидуальные особенности каждого члена семьи, а также необходимо учитывать добровольность участия, наличие мотивации и ее степень. Для того чтобы эффективность психокоррекционной работы с ребенком возрас- тала, необходимо воссоздать благоприятную атмосферу внутри семейного мира. Для этой цели я использую следующие формы работы:

- взаимодействие особых и нормативных семей друг с другом;
- библиотерапию;
- индивидуальные беседы;
- психотерапевтические встречи;
- домашние задания.

### 3. Совместимость и идеологический уровень.

В этой области важен вопрос о взаимных границах личностного пространства. Психологические границы вещь тонкая и очень болезнен-

ная у многих личностей. Я часто слышу от женщин, с которыми работаю в Центре, о трудностях во взаимоотношениях с мужем, ее родственниками, его родственниками, подругами и т.д. И я понимаю, как важен микроклимат. Но часто женщины забывают про потребности и права другого человека, живущего рядом. Весьма полезно для выстраивания границ в такой ситуации говорить, рисовать, выстраивать схемы желаний, потребностей, функциональных обязанностей каждого члена семьи и взаимное их пересечение друг с другом. Это позволяет не только понять другого, но и вспомнить о себе как участнике и творце семейного благополучия. При проработке данного вопроса корректируются ролевые позиции в семье: из позиции жертвы, ребенка и постоянного требующего/просящего человека появляется взрослая роль, в контексте которой человек не только берет, но и отдает, принимает и делегирует ответственность.

В семейной крепости помимо своих правил, норм и ценностей также любопытно разбираться, в каком стиле каждый из участников ведет себя по отношению к другому. Чаще всего используются три основные модели поведения: 1) тиран-директор-генерал; 2) жертва-ребенок-подчиняющийся; 3) взрослая позиция. Существует модификация «принятия» на себя этих ролевых позиций. Если в семье женщина – «генерал», то для мужчины такая позиция травматичнее, нежели при обратной ситуации. Например, деньги зарабатывает только женщина, будучи директором в банке. Можно выявить в процессе беседы, кто «генерал», и для этого полезно говорить о том, кто сколько зарабатывает. Для смягчения тех или иных характеристик роли необходимо работать с функциональными обязанностями таким образом, чтобы супруги выполняли взаимно пересекающиеся задачи. Необходимо избегать и изолированности: например, развитием ребенка занимается только мама, папа не имеет никакого отношения к этому, даже весьма редко проводит время со своим ребенком.

Каждая семья как организм живет по определенным законам. Эти законы могут называться ритуалами. Вырабатывать эти ритуалы весьма увлекательно и эффективно для функционирования семьи. Это помогает стабилизировать и упрочить связи. Можно предложить членам семьи проанализировать свою жизнь и вычленить уже существующие ритуалы или же придумать новые, интересные и радостные для всех.

Семейные ритуалы соблюдаются, только если все члены семьи их выполняют. Здорово, когда в семье есть регулярный вечерний ритуал: всегда в одно и то же время, всегда одинаково проходящий. Когда день завершается общей игрой или сказкой, ребенок может положиться на хороший конец дня и радоваться, предвкушая его. Ритуалы полезны не только для взрослых, но и являются отличными помощниками для ребенка в том, чтобы справиться с тревогой, структурировать пространство, выделить стабильность мира и т.д.

### Модели взаимодействия специалиста с семьей

Взаимодействуя с семьей, специалист использует для этого одну или целый набор моделей. Безусловно, выбор зависит не только от особенностей деятельности профессионала, но и от его личностных особенностей (воспитание, свойства нервной системы, ценностные установки). Рассмотрим классификацию, которая была выявлена в рамках работы специалистов центра «Содействие»: особенности, позитивные и негативные стороны каждой из модели.

<b>Модель</b>	<b>Особенность данной модели</b>	<b>Позитивные стороны</b>	<b>Негативные стороны</b>
Материнская	Мы рассматриваем эту модель с точки зрения материнской любви, отношения к своим клиентам как детям	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внимательность</li> <li>• Эмоциональная вовлеченность</li> <li>• Полное принятие</li> <li>• «В контакте» с семьей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперопекающая позиция</li> <li>• Нет разделения результатов на свои и чужие</li> <li>• Выполнение деятельности за клиента</li> <li>• Специалист берет на себя всю ответственность</li> </ul>
Отцовская	Мы рассматриваем эту модель с точки зрения отцовской любви, которую необходимо заслужить	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регламентированность</li> <li>• Структурированность</li> <li>• Объективность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет эмоциональной вовлеченности</li> <li>• Завышенные требования</li> <li>• Семья выступает только в роли ребенка</li> <li>• Вся ответственность на семье</li> </ul>
Игнорирующая	Эмоционально и иногда интеллектуально отстраненная позиция	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная отстраненность</li> <li>• Видна картина со стороны</li> <li>• «Идущий за клиентом»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная отстраненность</li> <li>• Не стимулирует к развитию</li> </ul>
Директивная	Довлеющая позиция, четко разделяющая права и обязанности каждого из участников процесса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Четкая постановка требований</li> <li>• Активно стимулирующий к развитию</li> <li>• В постоянном контакте с семьей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При негативных результатах обвинения только в адрес семьи</li> <li>• Эмоциональная строгость</li> <li>• Не принятие точки зрения семьи</li> </ul>
Философская	Позиция предоставляющая множество вариаций выхода, из сложившейся ситуации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная отстраненность</li> <li>• Видна вариативность решений</li> <li>• Профилактика эмоционального выгорания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная отстраненность</li> <li>• Снятие с себя ответственности</li> </ul>

Семья – это живой, постоянно развивающийся организм. Да, рождение ребенка с особенностями развития – это тяжелое испытание для всех членов семьи. Малыш с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко и нарушает весь привычный ход жизни. Но при этом каждый участник остается частью семьи, подчиняется механизмам и закономерностям существования любой семьи. Эмоциональное состояние каждого из ее членов и их отношения друг к другу не находятся в прямой жесткой связи с проблемами здоровья ребенка, они относительны, значит, в случае, если произошла их деформация, над этим можно работать и разрешать возникающие на жизненном пути трудные ситуации. Нет повода останавливаться в развитии своего семейного счастья и процветания. Это возможно в любых условиях!

#### *Литература:*

1. Толстой Л.Н. Анна Каренина. М.: Наука, 1970.
2. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей. М.: Теревинф, 2009.
3. Селигман, М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети - М.: Теревинф, 2007.
4. Брошюра «Семья как реабилитационная среда для ребенка-инвалида» [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://equalsmol.admin-smolensk.ru/sites/default/files/Rol\\_semji\\_1.pdf](http://equalsmol.admin-smolensk.ru/sites/default/files/Rol_semji_1.pdf)

### **7. Профессионально важные качества специалиста, работающего с особыми детьми**

*Бибик М.Е.,  
педагог-психолог Центра «Содействие»*

Каждый человек индивидуален. И в этом его свобода – быть таким, каким он хочет. Возникает вопрос: каким тогда должен быть специалист, работающий в сфере особого детства, какие он должен иметь качества?

В Центре «Содействие» было проведено внутреннее исследование с целью выяснить, какие профессионально важные качества должны быть у педагога-психолога, работающего в сфере особого детства, по мнению родителей, самих специалистов и волонтеров. В исследовании приняло участие 16 человек, из которых 7 – родители, 9 – волонтеры и специалисты Центра.

#### *Теоретические основания исследования*

При выборе профессиональных качеств, мы опирались на работу Ромицыной Е.Г. Автор при выделении профессионально значимых качеств личности педагога-психолога акцентирует внимание на том, что профессиональное и личностное в его деятельности находится в очень тесной взаимосвязи, т.к. происходит глубокое слияние профес-

сии и жизни, включенность внутренних переживаний и напряженного духовного поиска в контекст профессиональной деятельности и наоборот. Эти особенности личности Ромицына разделила на группы: общечеловеческие качества (гражданственность, нравственность, интеллигентность, трудолюбие, человеколюбие, высокообразованный интеллект); профессионально-отраслевые качества (коммуникативные, организаторские, диагностические, рефлексивные, творческие) и профессионально-специфические качества (социальность, эмпатийность, тактичность, стрессоустойчивость, толерантность, эмоциональная привлекательность) [1]. На основании этих качеств был создан опросник «Профессионально важные качества», где испытуемым предлагалось проранжировать каждую из особенностей личности от 1 (наименее соответствует) до 10 (наиболее соответствует) (Приложение 4).

#### *Полученные результаты*

Наших респондентов мы условно разделили на две группы: 1) родители 2) специалисты и волонтеры. Данное деление не случайно, поскольку родители являются своеобразными «заказчиками», а специалисты и волонтеры «исполнителями» данных качеств.

*Таблица 1. Данные, полученные по опроснику «Профессионально важные качества» (группа родителей, специалистов, волонтеров центра «Содействие»). Наивысшие показатели.*

<b>Родители</b>	<b>Балл</b>	<b>Специалисты - волонтеры</b>	<b>Балл</b>
Творческие качества, трудолюбие	9,7	Человеколюбие	9,6
Эмпатия, человеколюбие	9,4	Стрессоустойчивость	9,2
Интеллигентность	9,1	Коммуникативность, нравственность	9
Тактичность, стрессоустойчивость, нравственность, коммуникативность	9	Эмпатия, трудолюбие	8,8

В группе родителей на первом месте по средним значениям стоят такие качества, как «трудолюбие и творческие качества» – они набрали 9,7 балла. На втором месте с результатом 9,4 – эмпатия и человеколюбие. На третьем месте «интеллигентность» – 9,1. На четвертой позиции – «тактичность», «стрессоустойчивость», «коммуникативность» и «нравственность»: все показатели набрали по 9 баллов.

В группе специалистов и волонтеров первое место занимает «человеколюбие» со средним значением 9,6 баллов. На втором месте, с результатом 9,2 балла оказалась «стрессоустойчивость». На третьем месте такие показатели, как «нравственность» и «коммуникативность» – 9 баллов. На четвертом месте с результатом в 8,8 баллов такие качества, как «эмпатия» и «трудолюбие».

Таким образом, мы можем сказать, что образ человека, работающего в сфере особого детства, в сознании родителей, специалистов и волонтеров различен. Родители хотят видеть в педагоге-психологе, прежде всего, творческую и трудолюбивую личность, которая неравнодушна к людям, эмпатична и интеллигентна.

Специалисты и волонтеры считают что личность, работающая в сфере особого детства, в первую очередь должна обладать качествами человеколюбия и стрессоустойчивости, коммуникативности и нравственности.

Несмотря на кажущиеся различия, можно сказать, что респонденты отдают свое предпочтение общечеловеческим качествам личности. В этом ключе можно предположить, что полученные данные опосредованы опытом каждой из групп. Специалисты и волонтеры, работающие непосредственно в этой среде, особое место отводят качествам, предупреждающим эмоциональное выгорание и позволяющим достигать успехов в работе. Что касается родителей, то, возможно, отданный ими трудолюбию и творчеству приоритет связан с желанием видеть в подходе к работе с их детьми что-то новое, нестандартное, и при этом результативное. Причины такой иерархии качеств, выделенных родителями, требуют более подробного рассмотрения, но сейчас это не является предметом нашего изучения.

Рассмотрим подробнее особенности личности, которые получили наиболее высокий балл, с точки зрения их важности, необходимости в работе педагога-психолога.

Творческие качества в работе специалиста необходимы в ситуации индивидуальной работы с ребенком. Для такой работы, как при выборе метода, так и при его использовании, способность мыслить нестандартно, широко, просто необходима. Умение специалиста сделать возможности и интересы ребенка инструментом, фундаментом своей работы, перенести эти возможности в новые условия, является проявлением творческих способностей. Например, во время любимой ребенком сенсорной игры, можно создать условия для освоения навыка ожидания своей очереди. Последний необходим для развития волевой сферы ребенка.

Стрессоустойчивость для педагога-психолога очень важна. Умение специалиста проявлять самообладание в ситуациях протестных реак-

ций ребенка, при его нежелании заниматься или желании делать только то, что ему нравится, является проявлением этого качества. Также к важным компонентам стрессоустойчивости, необходимым при работе педагога-психолога, можно отнести умения оставаться спокойным, быть настойчивым и ждать выполнения инструкции.

Человеколюбие и эмпатия необходимы специалисту как при работе с ребенком, так и при работе с родителями. Особенно важны эти два качества при первоначальном этапе знакомства семьи и педагога-психолога. Семья – это среда, в которой растет ребенок. При выстраивании программы развития ее необходимо учитывать. Отсутствие взаимопонимания между родителями и специалистом, как и игнорирование особенностей существования ребенка вне центра значительно снижают эффективность работы. Это приводит либо к разрушению навыка из-за конфликта воздействий (в Центре и дома), либо к тому, что новообразования, полученные в Центре, не переносятся в другие условия. При взаимодействии с ребенком эти качества позволят успешно наладить эмоциональный контакт. Также они позволяют чувствовать настроение и состояние ребенка, что является одним из условий успешности дальнейшей работы.

Трудолюбие, как личностное качество, приносит своему обладателю возможности для успешного продвижения в профессии. Когда ты позитивно настроен на рабочий процесс, когда любишь свое дело, и оно приносит тебе удовлетворение, тогда ты защищен от профессионального выгорания. А профессиональное выгорание, как известно, влияет не только на профессиональную жизнь человека, но и на личностную. Оно деформирует личность. Трудолюбие не только «защищает» от выгорания, но и «толкает» специалиста к саморазвитию.

Для более детального рассмотрения профессионально важных качеств, необходимых педагогу-психологу в работе с особыми детьми, мы решили обратиться к опыту экспертов. Для этого было решено провести интервьюирование специалистов Центра «Содействие» с целью выяснить, какие качества, помимо выделенных во внутреннем исследовании, они считают важными. Такими качествами явились рефлексивность, умение работать в команде, наблюдательность и любознательность.

Рефлексия важна педагогу-психологу для собственного развития и повышения своей компетентности, а она выражается в способности адекватно оценить свою работу. Главное – искать не ошибки, а пути самосовершенствования, повышения результативности.

Несмотря на то, что индивидуальное сопровождение является базовым элементом работы специалиста Центра, умение работать в команде входит в число необходимых ему качеств. Данное качество особо важно при групповой коррекционной работе. Оно означает умение действовать

в соответствии с единым сводом правил, прийти на помощь в трудной ситуации; другими словами, работать, как единый механизм, поскольку качество трудового процесса во многом зависит от атмосферы в коллективе.

В работе педагога-психолога с детьми с нарушенным развитием использование обобщенных схем и моделей, даже очень хороших, является недостаточным для достижения эффективных результатов. Специалисту необходимо быть внимательным к малейшим изменениям в состоянии ребенка для того, чтобы гибко корректировать собственные действия и адекватно выстраивать программу занятий. Наблюдательность необходима для того, чтобы понимать, по какой причине, в каких условиях, при каком поведении специалиста возникла та или иная реакция. Это помогает не только раскрыть причины поведения, но и в дальнейшем предугадать реакцию ребенка, спрогнозировать ее.

Любознательность важна для саморазвития. Специалисту нужно подбирать подход к каждому ребенку, индивидуальный подход, а при возникновении сложностей уметь находить новые способы достижения цели. Стереотипность в практике, однообразие способов и приемов работы могут привести к застою в деятельности специалиста и, следовательно, в развитии ребенка. Интерес к профессии, стремление к саморазвитию, любознательность – это условия профессионализма.

Таким образом, профессионально важных качеств в данной статье приведено множество, и размышлять над тем, каким же должен быть педагог-психолог, можно очень долго. Не у всех специалистов, давно или недавно работающих в сфере особого детства, данные качества присутствуют в равной степени. Различные условия деятельности требуют различных компетенций, но, по опыту Центра «Содействие» можно судить, что представленный набор качеств обеспечивает эффективность работы специалиста в области особого детства.

#### *Литература:*

1. Ромицына Е.Г. Развитие профессионально значимых личностных качеств педагога-психолога в системе повышения квалификации: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.01. Майкоп, 2007.

## Положение о психолого-педагогической диагностике Центра «Содействие»

**Цель ППД:** Определение программы, стратегии и методов социально-образовательной интеграции ребенка.

### **Задачи ППД:**

- изучение анамнестических данных и особенностей социально-психологического окружения ребенка;
- определение актуального уровня психофизиологического и социально-психологического развития ребенка;
- изучение общих и специфических закономерностей нарушенного развития, выявление качеств, требующих коррекции и свойств и качеств, способных стать основанием для компенсации;
- составление рекомендаций для построения коррекционной программы для работы педагога и для организации домашних занятий;
- информирование родителей (или лиц их заменяющих), об особенностях психофизиологического и социально-психологического развития ребенка, актуальных психолого-педагогических инструментах и возможных стратегиях социально-образовательной интеграции.

**Методы ППД:** Основным методом, используемым для диагностики, является наблюдение за поведением ребенка. Невключенное наблюдение применяется для изучения самостоятельной активности ребенка. Включенное наблюдение связано с взаимодействием взрослого (специалист Центра) и ребенка, в ходе которого специалист создает ряд специальных ситуаций, направленных на изучение особенностей поведения и реакций ребенка. Также в качестве обязательных методов выступают анкетирование и диагностическая беседа (в анамнестическом блоке). В качестве вспомогательных могут выступать нейропсихологические и экспериментально-психологические методы, методы игротерапии, сказкотерапии, телесно-ориентированной терапии и пр.

Комплекс материалов ППД включает в себя анкету общей информации о семье (используется на первичном приеме); расширенную анкету анамнестических данных; таблицу диагностического наблюдения; психолого-педагогическое заключение; рекомендации по организации обучающих занятий и развивающей среды в домашних условиях; рекомендации по работе педагога-психолога. Процедура ППД включает в себя 3 этапа: диагностическая процедура; анализ диагностических результатов; беседа по итогам ППД.

*Диагностическая процедура.* Процедура продолжительностью 1 час, проводится двумя сотрудниками Центра: старшим сотрудником

(методистом или научным консультантом) Центра и педагогом-психологом. В процедуре диагностики принимает участие родитель (или лицо его заменяющее), и ребенок.

Диагностика включает:

- беседу старшего сотрудника с родителем, формулировку запроса к Центру;
- заполнение родителем Анкеты общей информации о семье;
- заполнение родителем Расширенной анкеты анамнестических данных;
- проведение психолого-педагогического наблюдения ребенка педагогом-психологом, заполнение Таблицы психолого-педагогического наблюдения.

*Анализ диагностических результатов.* Продолжительность этапа 3 часа. Этап включает:

- психолого-педагогический анализ результатов диагностического наблюдения диагностической беседы и анкетных данных;
- составление психолого-педагогического заключения по результатам ППД;
- составление рекомендаций для работы педагогов;
- составление рекомендаций для организации обучающих занятий и развивающей среды в домашних условиях;
- анализ результатов заключения и рекомендаций научным консультантом Центра.

*Беседа с родителем по результатам ППД.* Продолжительность 1 час, в течение которого происходит информирование родителей об особенностях психофизиологического и социально-психологического развития ребенка, актуальных психолого-педагогических инструментах и возможных стратегиях социально-образовательной интеграции.

**Необходимые условия проведения ППД для родителей:**

- удовлетворительное функциональное состояние ребенка (проведение процедуры во время спокойного или активного бодрствования ребенка);
- с ребенком на диагностике должен присутствовать взрослый, с которым ребенок проводит максимальное количество продуктивного времени;
- предоставление копий всех медицинских и психологических заключений ребенка.

*Инструкция по проведению анамнестической части психолого-педагогической диагностики центра «Содействие»:*

Анамнестическая часть диагностического исследования проводится специалистом Центра вместе с родителем ребенка параллельно полевой части исследования, которую проводит педагог-психолог с ребенком. Задача анамнестического блока состоит в получении информации о социально-демографических, материальных, социально-психо-

логических условиях развития ребенка, ходе онтогенеза, особенностях поведения, истории психолого-педагогических воздействий.

Данные об особенностях поведения ребенка и его актуальных навыках собираются в ходе стандартизированного интервью. Опорой для его проведения служат «таблица диагностического наблюдения» и «таблица самообслуживания».

Сведения о социально-демографических, материальных условиях развития ребенка, ходе онтогенеза, истории психолого-педагогических воздействий поступают в форме аналитической записки по результатам первичного приема и заполненных родителем анкет, выданных на дом на первичном приеме.

#### Методические рекомендации:

В ходе сбора данных необходимо предупреждать родителя о цели получения той или иной информации.

Пояснять, чем сейчас занимаются педагог-психолог и ребенок, особенно, когда в полевом исследовании наступает фаза создания стрессовых ситуаций. Предупреждать тревогу родителя и его защитные, опекающие реакции.

Особое внимание обратить на формулировки, используемые родителем при ответе на вопросы. Уточнять, что имеется в виду под выражениями «развита (например, мелкая моторика) хорошо», «плохо», «делает «часто», «редко», «никогда», «всегда». Мнестическая помощь специалиста родителю может заключаться в предложении описать дела, последние случаи проявления той или иной особенности поведения. Просите вспомнить, когда произошли изменения поведения, что было до них, что еще происходило в этот период времени.

При формулировании родителем запроса специалистам Центра необходимо помочь ему/ей максимально конкретизировать задачу.

Дополнительно, обращайтесь внимание на эмоциональное состояние родителя, формулировки, в которых выражается отношение к ребенку, к себе, к ситуации развития. Эту информацию удобно будет записывать на дополнительном чистом бланке в ходе диагностики. Желательно, чтобы Ваши записи не были легко расшифрованы родителем (пишите кратко, используйте значки). Если ведение синхронных записей по какой-то причине невозможно, запишите свои наблюдения сразу после завершения диагностики.

Отследите реакции родителя на занятие педагога-психолога с ребенком.

*Инструкция по проведению полевой части психолого-педагогической диагностики центра «Содействие»*

Общая схема диагностического исследования выглядит следующим образом:

1. Дать ребенку освоиться, исследовать пространство (около 10 минут). Если ребенок присутствует в Центре не первый раз, то данный период может быть сокращен. В это время педагог находится в комнате, но инициативы по установлению контакта с ребенком не проявляет, в коммуникацию самостоятельно не вступает.

2. Установление контакта. Установление контакта начинать с попытки приблизиться, сначала на ту дистанцию, которая будет комфортна для ребенка. Степень комфортности действий, не только при установлении контакта, но и в дальнейшей работе, определяется в процессе наблюдения за поведением ребенка, по вербальным и невербальным признакам: попытки отстраниться, увеличить дистанцию между собой и специалистом, отсутствие взаимодействия «лицом-к-лицу», стремление ребенка избежать тактильного контакта, негативная мимическая маска (недовольные гримасы), крик. Обратиться к ребенку по имени. Если он вокализирует – то повторить за ним. Попытаться поймать взгляд ребенка, но не настаивать на его продлении. Во время установления контакта режим взаимодействия устанавливает ребенок в комфортном для него диапазоне, специалист в этом процессе является ведомым. Тактильное взаимодействие так же первоначально должно быть инициировано ребенком. В силу ограниченности времени диагностики и задач по определению границ чувствительности, педагог-психолог на начальном этапе может немного форсировать события, первым прикоснувшись к ребенку. Однако эти прикосновения должны быть мимолетными и ненавязчивыми, усиление контакта – только при отсутствии негативной реакции от ребенка.

3. Подключение к деятельности ребенка, взаимодействие. Начать стоит с подражания его собственной деятельности. Затем предложить себя в качестве партнера по игре/деятельности. При отсутствии интереса к действиям взрослого и нежелании ребенка впускать его в свою деятельность, специалист может организовать рядом (не вторгаясь в личное пространство, но в пределах доступности) яркое привлекающее внимание занятие.

4. Организация стрессовых ситуаций. Подобная ситуация может возникнуть непреднамеренно. Если это происходит до того, как педагогу-психологу удалось установить контакт и наладить взаимодействие с ребенком, то не стоит провоцировать ее эскалацию. Благоприятным временем для создания или поддержания конфликтной, дискомфортной ситуации является третья четверть занятия. Типично стрессовыми бывают: превышение границ сенсорного комфорта, эмоциональное перенасыщение, запрет, противодействие, отказ выполнить требование ребенка (отказ в удовлетворении желания).

5. Возвращение к комфортному состоянию, прощание.

При изучении *освоенности пространства* используются следующие критерии наблюдения: проявляет ли ребенок интерес к новому помещению; на каких уровнях осваивается пространство (нижний – ниже уровня пояса, средний – на уровне глаз, верхний – выше собственного роста); какие из них выпадают; исследует ли полости, закрытые участки (шкафы, ящики, предметы, лежащие друг на друге), что говорит о наличии представления о глубине пространства; освоено ли пространство сзади; какие каналы восприятия ребенок преимущественно использует (визуальный, аудиальный, тактильный). Если в процессе собственного исследования ребенком пространства достаточных данных собрать не удастся, необходимо в ходе дальнейшего взаимодействия организовать ситуации, направленные на проверку доступности для него определенных операций. В ходе игр (например, догонялки, спрятанный предмет) ребенку предлагается возможность пролезть под каким-либо предметом, переступить препятствие, выполнить повороты под разными углами. Показательным критерием освоенности пространственного измерения является способность (отсутствие страха) засунуть руку в некоторое углубление без контроля зрения. Также возможности поворота головы/корпуса с целью изучения боковых областей.

Освоенность пространства сзади удобно проверять во взаимодействии, например, играя в «качели» (упражнение из гимнастики по В.Шерборн), устроив «возню», при рассказывании «тактильной» сказки» (т.е. специалист использует тело ребенка в сюжете, сопровождает события сказки действиями с телом или на поверхности тела ребенка).

При наблюдении за *сенсо-моторной сферой* необходимо предлагать стимулы разной модальности и интенсивности (предметы из разных материалов, различной плотности, цветов, звуки разной громкости, изменение частоты и длительности прикосновений).

При диагностике возможностей ребенка в плане управления своим телом, отслеживания степени сформированности схемы тела и особенностей моторики используются следующие критерии наблюдения: наличие гипер- или гипотонуса отдельных мышц, конечностей; наличие навязчивых движений, тиков; удержание равновесия в положении сидя и стоя, при ходьбе (удобно проверить, когда ребенок пытается преодолеть какое-либо препятствие, сидит на возвышении, встает на подпорку, чтобы добраться до предмета, расположенного на уровне выше его роста); координация крупных движений (при хождении на цыпочках, беге и поворотах, игре в мяч); плавность/дерганность движений; мелкая моторика (собираение мозаики, рисование, шнуровка и пр.); есть ли ограничения при использовании рук; ведущая рука; выполнение синхронных движений (опора или удерживание на горизонтальной поверхности – брусья, опора на стол, бросание мяча двумя руками, ладушки, отталкивание дву-

мя руками и пр.); выполнение асинхронных движений (открывание банок, вырезание ножницами чего-либо из листа бумаги).

*Чувствительность* тела можно проверить, спрятав под одежду ребенка мелкие предметы (за шиворот, в рукав, в карман штанов, в носки). Лучше производить это действие скрытно от ребенка, чтобы визуальный контроль не участвовал в обнаружении дискомфорта и его локализации. Фиксируется реакция на появление нового ощущения и то, насколько точно ребенок его локализует при попытке вытащить посторонний предмет. Ситуация для проверки *болевой чувствительности* может создаться в процессе непосредственного наблюдения (например, падение). Для получения чистой информации нужно сохранить нейтральную позицию, не давать эмоционального подкрепления и попытаться предотвратить таковое от родителя, т.к., в противном случае, реакция ребенка может быть отраженной. Следует обратить внимание на то, чувствует ли ребенок боль, локализует ли ее в теле, какую реакцию дает, отметить, служит ли эта реакция для выражения собственных ощущений или имеет манипулятивный характер, т.е. направлена на взрослого.

Важным фактором для описания развития *социальных навыков, коммуникабельности, включенности в мир, ориентации на другого* будет проявление или не проявление инициативы ребенком, как в установлении контакта, так и дальнейшем общении. Отметить, обратился ли ребенок сам или пассивно отвечал на действия специалиста, стал ли инициировать общение после того, как педагог-психолог поучаствовал с ним в игре или совместной деятельности.

Обратить внимание на то, выделит ли ребенок специалиста из окружающей среды или будет относиться к нему, как к детали интерьера. Зафиксировать, когда произойдет это выделение. В процессе занятия будет видно, в каком качестве ребенок воспринимает взрослого: субъектно или объектно, как другого (выстраивает эмоциональное взаимодействие, реагирует на реакции взрослого) или как предметную внешнюю опору или инструмент (например, чтобы достать необходимый предмет).

Эмоциональное взаимодействие и восприятие реакции другого удобно отслеживать в ситуации разности желаний: специалист отказывается продолжать совместное действие, указывая, что ему хочется чего-то другого; еще один традиционно удобный момент – если взрослый физически пострадал (получил удар, упал и пр.). В последнем случае проверка происходит на более простом уровне, однако отражает базовую способность сопереживать. Обратить внимание, сам ли ребенок замечает изменение в поведении специалист и реагирует на него или это выученная форма (которая запускается под руководством взрослого: «Пожалей»).

Инструментальное отношение к взрослому проявляется в использовании его ребенком для достижения собственных целей, удовлетворения потребностей (ребенок берет руку специалиста и подносит к предмету, который для него интересен, для выполнения операции, которая для самого ребенка трудна или неприятна; даже при выраженном взрослым нежелании продолжать игру, ребенок возвращает его в позицию, в которой он выполнял действия, последствия которых служили источником удовольствия). Еще большая степень объектного отношения проявляется в поведении, когда способы обращения ребенка со взрослым не отличаются от способов обращения с неодушевленными предметами: если педагог-психолог оказывается на пути ребенка, он может перелезть через него, неосторожно наступить, может использовать взрослого как лестницу для того, чтобы взобраться на возвышение и пр.

В ситуации общения необходимо фиксировать, какие средства ребенок использует: контакт глаз, мимика, жест, указательный жест, речь. Также отметить качественные особенности использования этих средств: длительность, интенсивность, сложность, ограничения (зависит ли использование определенного средства от внешних условий, если зависит, то как). При наблюдении за жестикуляцией отметить, использует ли ее ребенок для выражения своих мыслей, чувств или состояния, сопровождает ли жестами речь или использует их только инструментально (как в случае указательного жеста, чтобы добиться от окружающих желаемого).

При наличии *речи*, проверить, доступно ли ребенку диалогическое общение. Указать на формальные (громкость, плавность или скандированность, длина и сложность фраз, количество частей речи доступных использованию) и функциональные (адекватное, контекстуальное использование либо применение в качестве аутостимуляции) особенности речи. Проверить наличие эхололий.

В игре и взаимодействии можно проверить понимание речевых инструкций. Нужно попытаться давать инструкции разной сложности, состоящих из нескольких этапов, чтобы определить максимальный уровень, доступный ребенку в новой ситуации. Также в игре будет удобно пронаблюдать способность ребенка принимать правила и регулировать ими собственное поведение. Одни из самых простых правил, это «по-очереди» и разделение пространства (здесь можно ловить, а там нельзя). Помимо принятия правил, бывают ситуации, когда ребенок вводит свои правила и предпочитает придерживаться их (например, «ты будешь играть собакой, а я вороной»). Способность регулироваться правилами и устанавливать их не всегда четко соответствует речевому развитию, поэтому данные параметры стоит проверять, даже если ребенок плохо разговаривает или не разговаривает вовсе.

При появлении ситуаций, с которыми ребенок не может справиться самостоятельно, специалист может определить зону ближайшего развития в различных видах деятельности. Помощь следует предлагать постепенно, начиная с минимально возможной. Учитывая, что важным фактором, который может повлиять на результат является степень доверия ребенка к взрослому, то в условиях диагностического исследования можно выявить необходимые предпосылки – принципиальную возможность принятия такой помощи, т.е. изменения своих действий в соответствии с указаниями взрослого. Также стоит обратить внимание такой параметр необходимой и достаточной ребенку помощи взрослому, как ее качество. Способность к подражанию, которая, помимо подсказки и следования инструкции, может проявиться при изучении ЗБР, является базовым механизмом обучения.

В игре наблюдать, какой *уровень взаимодействия* с предметами ребенку доступен, от чего он получает удовольствие: простая манипуляция – удовольствие от сенсо-моторных ощущений, манипуляция объектом согласно его функционалу – катать машинку, стучать молоточком и пр., наличие сюжета (в последнем будет важно отметить количество игровых паттернов и сложность их системы), наличие ролей.

Организация дискомфортной, затем конфликтной ситуации поможет *определить диапазон комфорта и реакцию на стресс*. Такие ситуации часто выявляют границы самоконтроля: при его слабости ребенок может уйти в неконтролируемую истерику. Если возможно, такую ситуацию лучше предотвратить. В ситуации стресса необходимо отследить стратегии поведения: уход, агрессия, плач, поиск защиты (родители).

После проверки стрессовых реакций нужно постараться вернуть ребенка в комфортное состояние. Успех или неудача этих действий может дать дополнительную информацию об эмоциональной сфере ребенка: способности обижаться, мстить или же быстро переключаться на новую ситуацию и забывать о дискомфорте.

## Пример заключения по результатам диагностики ребенка дошкольного возраста

### Результаты психолого-педагогической диагностики от 06.09.2011

ФИО ребенка: Лена

Дата рождения: 3 сентября 2007 года

Анамнестические данные (со слов мамы): семья состоит из шести человек: мамы, папы, Лены и трех ее старших сестер (23, 20, 17 лет). Большую часть времени с ребенком проводит мама, отец принимает участие в подвижных играх, сестры периодически гуляют и играют с девочкой.

Беременность характеризовалась токсикозом 1 и 2 половины. Роды – преждевременные (7 месяцев), естественные; состояние ребенка при рождении – гипоксия, кишечная непроходимость, вес 2450 г. Перенесла две операции по восстановлению кишечной проходимости: через 3 дня после рождения и в 1 месяц 7 дней. Грудное вскармливание продолжалось до 4 месяцев. На протяжении первого года жизни отмечалась задержка развития, гиперактивность, отсутствовало выражение собственных потребностей.

Ходить Лена начала в 2 года 5 месяцев. Гуление появилось в 3 месяца, лепет – в 8 месяцев, однако слова девочка не произносит, речь отсутствует. Самостоятельно есть начала в три года, однако испытывает затруднения при употреблении твердой пищи (не жует), употребляет молотую или протертую еду. Пользуется горшком, однако самостоятельно сигналов о необходимости посещения туалета не подает; в незнакомых местах носит подгузник. На мокрые штанишки днем не реагирует, ночью плачет, испытывая дискомфорт. Самостоятельно подтягивает сползшую одежду и обувается; одевается с помощью взрослого. Испытывает трудности со сном: тяжело засыпает, ворочается. В данный момент общая активность ребенка отмечается как достаточная.

В настоящее время Лена занимается дома ежедневно по 30-40 минут, в программу занятий входят упражнения по системе Монтессори, лепка, рисование; кроме того, организованы занятия по иппотерапии. Любимые действия – рассматривание книг, журналов; игра в песочнице, катание на качелях – могут осуществляться непрерывно до 10 минут. Посещение детского сада прекращено после нескольких попыток (в течение 2 месяцев): девочка проявляла негативную реакцию (плач, страх), оставаясь без поддержки мамы.

Характерные особенности поведения – самоагрессия, агрессия (в т.ч. в отношении других детей). В незнакомой ситуации отказывается от контактов с другими людьми, если рядом нет кого-то из близких,

проявляет беспокойство, плачет. Чаще всего для Лены характерно возбужденное состояние. Кроме того, специалистами отмечается гипозитовидной железы.

Основной запрос мамы к педагогам-психологам – растормаживание речи и речевое развитие ребенка.

#### Данные диагностического наблюдения:

*Контакт и взаимодействие:* сильно привязана к маме, с трудом адаптируется к новому месту и новым людям. С незнакомыми взрослыми взаимодействует избирательно, контакт может устанавливаться через совместную деятельность. Поддерживает контакт глаз, реагирует на обращенную речь, тактильный контакт принимает избирательно, характерна стереотипная реакция протеста против предлагаемого взаимодействия, однако через некоторое время может заинтересоваться и вступить в контакт. Предпочитает общение со взрослыми, к детям относится с осторожностью. Реакция на агрессию со стороны другого ребенка пассивная: расстраивается, ищет поддержку мамы.

*Поведение:* в целом импульсивно, план деятельности не формируется. Целенаправленность поведения определяется возникшим интересом (может выполнить несколько последовательных действий, чтобы достать заинтересовавший предмет, но достаточно легко отвлекается более ярким стимулом или возникшим препятствием). Произвольная регуляция отмечается только при наличии внешней опоры, в частности – инструкции взрослого; выполнение просьбы может быть отсрочено. Устойчивость к физической, эмоциональной, интеллектуальной нагрузке низкая; к сенсорной (визуальные, аудиальные стимулы) – высокая: по словам мамы, девочка может в течение 20-30 минут слушать музыку или рассматривать иллюстрации в книгах.

Освоение новых навыков происходит через подражание или следовании пошаговой инструкции. В процесс обучения включается при наличии собственного интереса к деятельности. Проявляет избирательность, выделяет предпочитаемые предметы, однако разделение на «свое» и «чужое» происходит только при наличии внешнего указания.

Основные ситуации, вызывающие дискомфорт – отсутствие мамы, нахождение в незнакомом месте или с незнакомыми людьми. Реакция на стрессовые стимулы, переутомление – плач, поиск защиты у мамы, физический уход от неприятного стимула, включение в привычную, основную деятельность.

*Основные стереотипные действия и способы аутостимуляции:* разбрасывание предметов, рисование, раскачивание. В ситуации «нарушения правил» имитирует процесс наказания, подражая маме.

*Общение и речь:* речь отсутствует, общение осуществляется с помощью мимики, жестов, вокализации. Узнает знакомых; с незнакомыми

людьми взаимодействует крайне осторожно, в случае дискомфорта ищет поддержку мамы. Может включаться в предложенную деятельность или предлагать собственную, при этом желания и интерес партнера отслеживает не всегда. На запрет не реагирует, продолжая настаивать на желаемой деятельности; в случае неудачи может переключиться на другие действия.

Речевое сопровождение общения обедненное, лепетных звуков крайне мало. Различает интонацию обращенной речи, собственное состояние и желания чаще передает мимикой или действиями (плач, хныканье, смех и т.п.).

*Освоение пространства и моторика:* хорошо развиты все три уровня освоения пространства (верхний, средний, нижний), исследование незнакомого места чаще происходит в зоне досягаемости: на среднем и нижнем уровнях. Исследует ящики и полки, обращается за помощью, если не может достать или открыть что-либо. Крупная моторика хорошо скоординирована, движения в целом плавные; мелкая, напротив, вызывает затруднения. Свободно действует в левой и правой стороне от себя, отмечается наличие переноса через среднюю линию, использование в деятельности обеих рук, наличие синхронных и асинхронных действий.

Дистантные действия отмечаются как частично сформированные: бросает мяч, но не прослеживает и не координирует траекторию его движения. Необходимость отрыва ног от пола вызывает эмоциональное напряжение, однако в игровой ситуации действие может осуществляться.

Сенсорная чувствительность не нарушена, дифференцирует прикосновения, схема тела на афферентном уровне сформирована: девочка различает ощущения от разных частей тела, может определить положение прикасающегося предмета (снять прищепку с одежды, убрать мешающую игрушку из-за спины). Нарушений мышечного тонуса также не отмечается. Болевая чувствительность в норме, реакция на болевые стимулы – эмоциональная: плач, уход от источника боли.

*Игровое развитие:* отмечается наличие сенсорной и предметной игры в деятельности; сюжетная и ролевая игра не сформирована. Поддерживает ритмические игры, вслушивается в речевое сопровождение действий. Привычные игры: «Ку-ку», манипуляции с мячом, кубиками и т.п.: перекапывание, разбрасывание и собирание. В игре важную роль играет взаимодействие с партнером по общению (чаще всего – взрослый), эмоциональная реакция как кульминация игры. Привычные игры может инициировать самостоятельно, в новую деятельность может включиться при наличии интереса к ней. Переносит освоенные навыки на новые предметы, достаточно быстро теряет интерес к выполняемой деятельности (средняя продолжительность одной игры – 5-7 минут, иногда до 10), однако может возвращаться к брошенному через некоторое время. Предложенные правила не поддерживает, предпочитая устанавливать их самостоятельно.

**Бытовые навыки:** навыки опрятности не сформированы (вне дома носит подгузник, сигналов о необходимости посещения туалета не подает). Дома может имитировать процесс пользования горшком, однако усвоена только внешняя форма действия. В еде избирательна, по словам мамы, некоторое время назад стала пробовать незнакомую пищу. Пользуется столовыми приборами (ложка, вилка), не следит за аккуратностью за столом. Просьбы подать что-либо выражает жестом и взглядом, помогает накрывать на стол.

Одевается с помощью взрослого, раздевается самостоятельно. Испытывает затруднения с застежками, молниями; во время раздевания может отвлекаться на игру. Выбирает одежду, если предложить несколько вариантов.

Схема последовательности действий при умывании сформирована, любит воду, самостоятельно вытирается. Испытывает затруднения при открывании и закрывании кранов.

**Сильные стороны:** сформированная схема тела и хорошо развитая крупная моторика; интерес к музыке и ритму; наличие подражания и способности следовать инструкции; интерес к получению положительных эмоций, в том числе в общении со взрослым.

На основании проведенной психолого-педагогической диагностики можно выделить **основные направления развития** Лены:

1) Развитие произвольного поведения: расширение диапазона самостоятельных действий, развитие целенаправленности и самостоятельное формирование плана деятельности.

2) Речевое развитие: формирование лепетной речи, возможностей использования простых слов и двух- или трехсловных предложений в общении; формирование понятийного строя мышления.

3) Игровое развитие: формирование простой сюжетной и ролевой игры, расширение диапазона игровых действий и ситуаций; вовлечение в игровую деятельность со сверстниками в групповой работе.

4) Развитие навыков самообслуживания: приучение к пользованию туалетом; формирование навыков одевания; развитие аккуратности и внимания к собственному состоянию.

#### Психолого-педагогические рекомендации для специалистов:

- установление контакта с Леной возможно через интересующую девочку совместную деятельность, манипуляцию яркими игрушками, а также через освоенные привычные действия: собирание игрушек в корбку или корзинку, катание мяча, игра «Ку-ку»;

- необходимо эмоциональное поощрение самостоятельных действий девочки, использование невербальных выразительных средств: мимики, жестов, интонации – для выражения похвалы или одобрения;

- в качестве тонизации, а также для растормаживания речи ребенка можно использовать ритмические игры, первоначально опосредованные предметом (мяч, ткань), позже – с подключением тактильного контакта, по мере заучивания Леной текста-сопровождения – задерживать произнесение окончаний строк, поощрять самостоятельное их произношение девочкой;

- развитие произвольной регуляции возможно через четкую организацию среды жизнедеятельности ребенка, простройку временной шкалы занятий, предсказуемость ситуации (так, схема занятия должна быть объяснена ребенку как последовательная смена действий: сначала проходит один элемент, затем другой и т.д., а после этого мы прощаемся и пойдем домой);

- необходимо подключение визуальных изображений в организацию деятельности ребенка, использование карточек с изображением элементов занятия, бытовых действий и т.п.;

- формирование произвольности действий возможно через организацию игровых действий, включающих ряд последовательных элементов, например: чтобы построить домик, нужно поставить несколько подушек друг на друга и накрыть их одеялом; чтобы дотянуться до игрушки, нужно взять стул, поставить его возле шкафа, залезть на него и т.п.; после освоения навыка (сперва по инструкции взрослого, затем – как самостоятельно-го действия) проблемная ситуация должна быть несколько изменена для возможности трансляции навыка в новые условия и расширения диапазона простройки плана собственной активности Лены;

- для стимуляции развития речи как средства общения нужно постоянное обращение к девочке с просьбой назвать необходимое ей действие или предмет («Скажи: дай!», «Назови: ложка!»), постепенное замещение жестовой просьбы ребенка вербальной, поддержка любых попыток речевого взаимодействия;

- развитие сюжетной игры возможно через подключение к привычным, освоенным Леной формам предметной игры начальных элементов сюжета: перемещения в пространстве, символической замены настоящих предметов игровыми, ведения простых диалогов «от лица игрушек» и т.п.

- необходимо поощрение и стимуляция подключения Лены к общим играм, деятельности других детей (в парах и в группе): сперва – через освоенные игры и действия, позже – через организованные общие занятия;

- необходимо последовательное формирование простых навыков самообслуживания: накрывание на стол, обустройство собственного места в шкафчике или за столом, аккуратное пользование приборами, уборка за собой и т.п. – в процессе занятий, четкое разъяснение схемы поведения во время чаепития, уборки, одевания и т.д.

Рекомендовано посещение занятий адаптационной группы.

## Психолого-педагогические рекомендации для родителей:

### 1) Развитие произвольного поведения:

- формирование общей позиции родителей и близких по отношению к ребенку, дозволенным границам его поведения, способам наказания и поощрения; строгое соблюдение схемы действий и их последствий для Лены;

**Пример:** если Лене разрешается есть после обеда не больше двух конфет, это условие выполняется всеми членами семьи, т.е. все знают об этом требовании и соблюдают его вне зависимости от дня недели, настроения взрослых и ребенка и т.п.

- требование соблюдения элементарных правил поведения дома, на занятиях, в общественных местах (например, «Взял – положи на место», «Не толкаться / не драться / не кричать» и т.п.), наличие санкций за их невыполнение;

**Пример:** в комнате определяется место, обозначающееся как «стул (скамеечка, диван и т.п.) наказания», за нарушение того или иного правила (неубранные после нескольких просьб игрушки, намеренную агрессию и т.п. взрослый сажает Лену на стул на 2-3 минуты (время отсчитывается по часам или таймеру), не позволяя вставать, играть или заниматься интересующей деятельностью. Во время наказания взрослый объясняет ребенку причину наказания («Я наказываю тебя, за то, что ты меня ударила. Так делать нельзя»), проговаривая правильный вариант действий ребенка («Если ты хочешь что-то взять, нужно попросить, а не драться»).

- четкая организация режима дня, оформление распорядка дня с помощью карточек и фотографий, создание общей предсказуемости событий для ребенка;

**Пример:** вместе с Леной взрослый оформляет в комнате «режим дня» [прим.сост: к реальному заключению в качестве образца прилагались рисунки бытовых действий]: вместе рисуют или раскрашивают карточки, закрепляют их на стене в нужной последовательности. Затем, всякий раз, когда происходит смена событий (подъем, умывание, завтрак и т.п.) обращает внимание девочки на то, что должно происходить дальше («Посмотри, сейчас мы поиграли, теперь настало время обедать. После обеда мы умоемся и ты пойдешь отдыхать»).

- соблюдение пространственно-временной организации деятельности девочки (например, кушать можно только за столом на кухне в определенное время; рисовать можно на занятиях за столом, заранее застеленным газетой и т.п. При попытке Лены поесть или порисовать в другом месте или не вовремя девочку либо усаживают за стол, либо показывают на часы и говорят, что рисовать или кушать ей можно будет позже, когда подойдет время).

- поощрение самостоятельной активности девочки, предложение ей выбора из нескольких вариантов действий, предметов, цветов и т.п.;  
**Пример:** «Что ты сегодня наденешь: платье или джинсы?» (показывать на соответствующую одежду), «Куда мы пойдем гулять: в парк или на площадку?» (указывать на дорогу в одну или другую сторону).

- организация игр и занятий с Леной, включающих достижение цели через выполнение ряда последовательных элементов: простые паззлы, конструкторы, «полосы препятствий» и т.п.

## 2) Речевое развитие:

- поощрение речевого взаимодействия девочки со взрослыми, постепенное замещение жестовых обращений Лены на речевые (например, за столом – вместо указательного жеста попросить сказать «Дай!» и не выполнять просьбу, пока девочка не скажет нужное слово (или похожий на него звук));

- комментирование происходящих в жизни ребенка ситуаций с использованием простых эмоционально окрашенных слов («Бух!», «Ух ты!», «Шлеп!» «Там!» и т.п.);

**Пример:** «Ой, сейчас мяч упадет! Бам! Давай вместе скажем: Бам!», «Смотри, какой красивый салют! Ух ты! Скажи и ты: Ух ты!»

- включение в игры ритмических упражнений, сопровождающихся детскими стихами, присказками, потешками; эмоциональное поощрение повторения Леной окончаний строк или стихотворений;

**Пример:** держа Лену за руки, взрослый слегка раскачивает ребенка, чтобы девочка переносила вес с одной ноги на другую, приговаривая: «Вышли мыши как-то раз посмотреть, который час.

Раз, два, три, четыре – мыши дернули за гири,

Вдруг раздался страшный звон – убежали мыши вон!» (при слове «Вон!» взрослый подхватывает девочку на руки и кружит ее). Постепенно можно вводить паузы перед окончанием строк («Вышли мыши как-то... (дождаться окончания фразы от Лены)» и т.д.). Аналогичные игры можно устраивать, используя простые детские стихи (А.Барто, С. Маршака, К.Чуковского и др.) и комбинируя разные ощущения: раскачивание на кровати или ковре в обнимку с ребенком (ребенок впереди взрослого, сидит спиной к нему), кружение, прыжки, массажные ощущения («Рельсы, рельсы, шпалы, шпалы...») и т.п.

- игры и упражнения для детей с ОНР [**Прим. сост.: в приложении к заключению был приведен ряд игр Шайхисламовой З. М.;**

- логопедические и логоритмические занятия со специалистом.

## 3) Игровое развитие:

- поощрение самостоятельной игры Лены, подключение к ее деятельности с постепенным расширением диапазона выполняемых действий (например, катание мяча можно превратить в сбивание кеглей, «вышибалы», элемент сказки про волшебный клубок, указывающий дорогу, и т.п.);

- включение элементов сюжета в игровую активность: совместное чтение сказок и разыгрывание их на столе с помощью бумажных фигурок или мягких игрушек; игровые диалоги в стихотворной форме (например: «- Гуси, гуси! – Га-га-га! – Есть хотите? – Да, да, да» и т.п.);

- использование игрушечных копий настоящих предметов (кукольная посуда, инструменты врача, детские счеты и т.п.), проигрывание с их помощью различных бытовых ситуаций;

**Пример:** взрослый в игре имитирует ситуацию покупки в магазине, раскладывая несколько интересующих ребенка предметов (книжки, игрушки) на «витрине», предлагает обменять игрушечные «деньги» (или настоящие монетки) на тот или иной «товар»; разыгрывает сцены из повседневной жизни ребенка с игрушками: «Кукла устала, ей пора спать. Давай постелем ей постельку, как я тебе стелю?» и т.п.

- постепенное подключение Лены к совместным играм с другими детьми (например, на детской площадке): сперва – в качестве наблюдателя, обращая ее внимание на то, что делают другие, возможно, проиграть увиденную игру дома вместе с девочкой, затем – дать возможность самой присоединиться к игре детей.

#### 4) Развитие навыков самообслуживания:

- выделение в распорядке дня постоянного времени для выполнения бытовых и гигиенических процедур (умывание, купание, посещение туалета, одевание, накрывание на стол и т.п.);

- эмоциональное поощрение самостоятельных действий девочки, освоение новых навыков с помощью последовательной четкой инструкции или способом «рука в руке», постепенный переход к обязательному самостоятельному выполнению Леной определенных действий;

**Пример:** сразу после подъема Лена отправляется умываться и чистить зубы. Постепенно контроль взрослого переходит от прямых действий (включить воду, подать мыло и полотенце и т.п.) к словесным инструкциям: «Что нужно сделать? Включить воду», «Теперь бери полотенце. Вытирай ручки и лицо» и т.д.

- обучение специальным жестам для обозначения потребности в туалете: перед высаживанием на горшок рукой девочки выполнять жест, затем просить, чтобы Лена сама показывала, когда необходимо посещение туалета;

- обращение внимания на сползшую или испачкавшуюся одежду, пролитую жидкость и т.п., обучение самостоятельному исправлению ситуации (поправить или сменить одежду, вытереть стол или пол и т.д.).

*Педагог-психолог Ульянова Наталья*  
Контактные данные: \_\_\_\_\_

### Зоны пространства центра «Содействие», их наполнение и основные задачи

Каждая зона центра «Содействие» находится на определенной территории. В зоне стоят шкафы, в которых находятся предметы, необходимые именно для занятий в этой зоне. Далее в таблице указаны название зон, наполнение, и то, какие задачи коррекционно-развивающих занятий они могут решать.

<i>Название</i>	<i>Наполнение</i>	<i>Коррекционные задачи</i>
<b>Блок бытового развития</b>		
Гардероб	Крючки-вешалки для одежды (около каждого фотография ребенка с его именем), ящики для обуви, зеркало	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование понятия свое-чужое</li> <li>• Формирование умение одеваться/раздеваться</li> <li>Умение ждать</li> </ul>
Санузел	Туалет (отдельно для мальчиков, отдельно для девочек), умывальник, схема мытья рук, подставка для ног к умывальнику (нужна, если ребенок низкого роста, не достает до крана), зеркала	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование навыков опрятности</li> <li>• Формирование полоролевой идентификации</li> </ul>
Столовая (описываются только элементы определяющие зону, как участок коррекционно-развивающего развития)	Место для чистых чашек, длинный стол (на котором закреплено место ведущего), урна, тарелка для мусора	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование навыка поведения за столом</li> <li>• Формирование умения ждать</li> <li>• Формирование умения просить</li> </ul>
<b>Блок игрового развития</b>		
Зона спорта	Шведская стенка: лестница веревочная лестница, кольца качели, маты, массажный шар, звенящий шар, мячи (разного цвета, размера, сделаны из различных материалов), балансир, кегли, канат. Баскетбольные кольца, которые находятся на разной высоте. Скакалки, обручи, гибкая тканевая труба, игра «Городки»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа со схемой тела.</li> <li>• Работа на различных уровнях пространства (верхний, средний нижний)</li> <li>• Развитие балансных реакций удержания равновесия</li> <li>• Развитие координации крупной моторики</li> </ul>
Зона круга	Ковер овальной формы, стульчики, подушки-маты на которых можно сидеть. Мешочек с мелкими игрушками, ткани.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование умения наблюдать за другим человеком</li> <li>• Формирование интереса к групповым занятиям</li> </ul>

Название	Наполнение	Коррекционные задачи
<p>Зона интеллектуального развития (наполнение каждого шкафа отличается по сложности)</p>	<p>Столики для занятий, стульчики, магнитная доска.                      Шкаф для самых младших: мягкие кубики с картинками, мягкие кубики с буквами, пластмассовый и деревянный строительные конструкторы, пирамидка, домик.                      Средний шкаф: паззлы различного уровня сложности, набор Монтесорри для усвоения формы предметов.                      Шкаф школьной подготовки: настольные игры, книги для чтения, магнитная азбука, цифры на магнитах, линейки, счеты.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развитие тонкой моторики</li> <li>• Развитие зрительно-моторной координации</li> <li>• Коррекция и развитие мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, сериации и т. д.</li> <li>• Усвоение простых понятий: цвет, время, свойство предмета и т. д.</li> <li>• Формирование и развитие школьных навыков: чтения, письма, счета</li> <li>• Коррекция и развитие мышления, речи, памяти и внимания</li> </ul>
<p>Сенсорно-музыкальная зона</p>	<p>Музыкальная зона: пианино, магнитофон, различные детские музыкальные инструменты (барабан, ксилофон, бубен, флейта и свистки, погремушки).                      Сенсорная зона: рамки с пуговицами, застежкой-молнией, шнуровкой, кисточки и щетки разной фактуры, калейдоскоп, шуршащее одеяло, сенсорный домик.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развитие умения ждать, концентрации внимания</li> <li>• Применение различных технологий с использование музыкальной терапии</li> <li>• Развитие сенсорной игры, получение новых сенсорных ощущений</li> </ul>
<p>Зона творчества</p>	<p>Большой стол, стулья.                      Шкаф с принадлежностями для ручной деятельности:                      -рисование (фломастеры, карандаши, мелки, краски, кисти, пальчиковые краски);                      -соединение/ разделение (ножницы, клей, скотч различной текстуры);                      - лепка (пластилин, тесто, подставки под лепку, стеки);                      - бумага (цветная бумага, картон, бумага для рисования);                      -скатерть, влажные салфетки, спонжи, фартуки.                      Шкаф с декоративными элементами: природные материалы (крупы для поделок, каштаны, шишки и т.п.), украшения (стразы, перья, различные присыпки и т.п.).                      Шкаф с образцами ручной деятельности, и поделками детей.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Использование различных технологий арт-терапии</li> <li>• Развитие мелкой моторики</li> </ul>

Название	Наполнение	Коррекционные задачи
Зона тихих игр/зона сказки	Диван с подушками и покрывалом. Игровые модули: «Кухня», «Мастерская». Столик, стульчики зеркало. Наборы для игровых модулей. Наборы для сюжетных игр: магазин, больница, парикмахерская. Набор пальчиковых кукол. Куклы для сказки, и куклы для сюжетных игр.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зона для отдыха</li> <li>• Развитие сюжетной игры</li> <li>• Применение технологий сказкотерапии</li> <li>• Развитие игры с партнером</li> </ul>
Зона активных игр (центр зала, открытое свободное пространство)	Шкаф для зоны активных игр: ткани, игрушечные пистолеты, подушки для битья.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зона начала занятия и общего сбора</li> <li>• Включение в общее занятие</li> <li>• Освоение пространства</li> <li>• Принятие правил</li> <li>• Умение ждать своей очереди</li> </ul>
Зона мокрых игр	Ванночка с водой, кран, передник для ребенка, водяные мельницы, водяные пистолеты, мыльные пузыри, плавающие игрушки.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа с агрессией</li> <li>• Развитие сенсорной игры</li> </ul>

## Опросник «Профессионально важные качества»

### Инструкция:

Данный опросник направлен на изучение представлений о педагоге – психологе, работающим в сфере особого детства и его профессионально важных качествах. Вам необходимо представленные качества оценить при помощи шкалы. Предположим, что Вы оцениваете такое качество как «Гражданственность...».

В соответствии с Вашим представлением, как на градуснике, выберите цифру от 1 до 10, наиболее точно соответствующую степени выраженности данного качества в педагоге - психологе и зачеркните ее (1- наименее выражено, 10 – наиболее выражено). В каждой шкале не пропускайте ни одной строчки; в каждой строчке зачеркивайте не более одной цифры.

Ниже представлены показатели, которые помогут Вам ориентироваться в качествах.

Гражданственность	социальная ответственность; готовность личности деятельно, энергично содействовать решению общественных проблем
Нравственность	внутренняя установка индивида действовать согласно своей совести и свободной воле
Интеллигентность	духовность, вежливость, альтруизм бескорыстная забота о благе других
Трудолюбие	черта характера, заключающаяся в положительном отношении личности к процессу трудовой деятельности
Коммуникативность	общительность, педагогический такт
Организаторские качества	деловитость, склонность вести за собой, принятие ответственности, умение руководить
Рефлексивные качества	Способность размышлять, направленная на рассмотрение и анализ самого себя и собственной активности
Творческие качества	гибкость умственной деятельности, креативность, нестандартный подход
Социабельность	склонность, стремление человека к общению с людьми, к установлению и расширению социальных контактов.
Эмпатийность	умение понимать внутреннее, психическое (эмоциональное) состояние другого и сопереживание с ним этого состояния, эмоциональная отзывчивость

Тактичность	умение вести себя в соответствии с принятым этикетом и этическими нормами.
Стрессоустойчивость	выдержка, самообладание, уравновешенность, настойчивость, энергичность, терпеливость, смелость
Толерантность	терпимость, снисходительность к людям
Эмоциональная привлекательность	выражение своего отношения к чему-либо или кому-либо таким образом, что это вызывает ответную реакцию душевного или физического притяжения.

Ваш статус: родитель, волонтер, специалист (нужное подчеркнуть)

<b>Общечеловеческие качества</b>	
Гражданственность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Нравственность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Интеллигентность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Трудолюбие	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Человеколюбие	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Высокоразвитый интеллект	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
<b>Профессионально-отраслевые качества</b>	
Коммуникативность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Организаторские качества	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Рефлексивные качества	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Творческие качества	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Диагностические качества	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
<b>Профессионально-специфические качества</b>	
Социабельность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Эмпатийность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Тактичность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Стрессоустойчивость	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Толерантность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Эмоциональная привлекательность	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10