МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ

Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова

Институт математики, экономики и механики

Кафедра социальной и прикладной психологии

Отчет

о производственной практике

Яковенко Виктории Викторовны

Студента 4 курсу дневного отделения

Научный руководитель: доц. Гусакова М.П.

Одеса - 2013

***Содержание***

Раздел 1. Информационный

Функциональные обязанности психолога

Рабочая документация психолога

Раздел 2. Организационный

Раздел 3. Исследовательский

Раздел 4. Информационно-просветительский

Приложение

***Раздел 1. Информационный***

Одесский областной реабилитационный центр детей-инвалидов "Будущее" им. Бориса Литвака (Дом с ангелом). Расположен по адресу - улица Пушкинская, 51 (угол улицы Базарной). Чтобы успешно решать эти задачи, структура и методы работы Центра были построены следующим образом. Условно Центр поделен на 2 подразделения - медицинской и социальной адаптации.

Структура медицинского подразделения включает консультативно-диагностическое и лечебно-реабилитационное отделения, отделение реабилитации движений и отделение коррекционной педагогики. К подразделению социальной адаптации отнесены учебный компьютерный центр, театр, выставочный зал, секция бальных танцев и инвалидного спорта. Практическую координацию работы этих двух подразделений осуществляют специалисты-психологи и педагоги, адаптирующие курс медико-социальной реабилитации, назначенный тому или иному пациенту, в индивидуальную программу. Перечень специальностей врачей, работающих в этих отделениях, довольно внушителен: детские неврологи, психиатры, ортопеды, педиатры, офтальмологи, врачи функциональной диагностики, физиотерапевты, логопеды, дефектологи, врачи ЛФК, детские психотерапевты, психологи и др.

На сегодняшний день инструментально-диагностическая база Центра позволяет проводить многие исследования, например, все виды УЗИ-исследований, в том числе транскраниальную допплерографию, компьютерную эхоэнцефалографию, компьютерную электроэнцефалографию, слуховые, зрительные, когнитивные и соматосенсорные вызванные потенциалы, электромиографию, ЭКГ.

Лечебно-реабилитационное отделение включает массажный кабинет, кабинеты бальнеотерапии, располагающие ванными для гидромассажа, в том числе и с гальванизацией. Физиотерапевтический кабинет оснащен современным оборудованием для проведения сеансов криотерапии, термотерапии, индуктотерапии, вибротерапии, электрофореза и др. Отделение реабилитации движений располагает четырьмя залами для ЛФК, комнатой мягкой модульной мебели, специальным адаптированным залом для занятий спортом, а также небольшим ипподромом для проведения сеансов иппотерапии. Сеансы ЛФК проводятся с применением метода динамической проприоцептивной коррекции с использованием специальных лечебно-нагрузочных костюмов модификаций "Адели", "Гравитон", "Гравистат".

Гордостью отделения реабилитации движений является нейросенсорная комната. Она позволяет достичь релаксации или активизации психической деятельности ребенка, развивать у него общую моторику, выработать навыки зрительно-моторной координации за счет создания обогащенной мультисенсорной среды и позитивного эмоционального фона. Работа специалистов подразделения социальной адаптации нацелена на создание условий для всестороннего развития детей - интеллектуального, эмоционального, нравственного, культурного и профессионального. Итогом должно стать превращение ребенка-инвалида в личность - самостоятельного гражданина и конкурентоспособного работника. Этому во многом способствуют занятия детей в специализированном компьютерном центре. Обучение в нем предполагает максимально возможную индивидуализацию и дифференциацию программ. Занятия в одном из залов направлены на преодоление отклонений в физическом развитии, познавательной и речевой деятельности. Для этого используются различные манипуляторы, адаптированная клавиатура, планшеты для рисования и т.д. Занятия длятся 15-20 минут и чередуются с физическими упражнениями под руководством методиста ЛФК.

Другой задачей компьютерного центра является образовательный процесс. Программа обучения, в зависимости от возможностей детей, включает несколько этапов, начиная от элементарных пользовательских навыков до курсов обучения программированию, веб-дизайну, компьютерной графики. Дети, достигшие определенных успехов в освоении компьютерных программ, начинают работать над конкретными проектами.

Одесский Центр медицинской, психологической и социальной реабилитации детей с патологией центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата открылся 3-го сентября <https://ru.wikipedia.org/wiki/3\_%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F> 1996 <https://ru.wikipedia.org/wiki/1996\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> года. Здание венчает золотой ангел Надежды и Милосердия - работа скульптора Михаила Ревы <https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A0%D0%B5%D0%B2%D0%B0,\_%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B8%D0%BB\_%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87&action=edit&redlink=1> [1] <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BC\_%D1%81\_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC>. Именно благодаря этой скульптуре одесситы называют Центр реабилитации "Дом с ангелом".

Идея создания Центра принадлежит не мне, а моей покойной дочери. "Папа, - сказала она, - твои тренеры выбирают в свою спортивную школу самых здоровых и готовых к жизни людей. А больные, слабые, а инвалиды? Они ведь остаются за бортом. Каково им? …" Она говорила это, зная, что уходит из жизни.  [2] <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BC\_%D1%81\_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC>

**Борис Литвак**, создатель Центра, президент благотворительного фонда "Будущее"

Решение о создании Центра было принято горсоветом Одессы в 1992 <https://ru.wikipedia.org/wiki/1992> году под руководством Валентина Симоненко <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE,\_%D0%92%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD\_%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87>.

В Центре осуществляются программы по диагностике, лечению и реабилитации детей с органическими поражениями центральной и периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. За время работы здесь получили медицинскую помощь более чем 24 000 детей [3] <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BC\_%D1%81\_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC> (данные на сентябрь 2013 <https://ru.wikipedia.org/wiki/2013\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> г.), 60% детей - жители Одесского региона, остальные - представители всех регионов Украины и некоторых зарубежных стран. Ежедневно около 50 семей получают консультации специалистов центра.

Принципиальным для Фонда является то, что все услуги, в том числе: диагностика, лечение, обеспечение медикаментами, психологическая помощь и социальная реабилитация - бесплатны. Много лет Фонд работал исключительно за счет благотворительной помощи со стороны учреждений, предприятий, отдельных граждан Украины и зарубежных стран. С 2011 <https://ru.wikipedia.org/wiki/2011\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4>-го года работу Центра поддерживает облгосадминистрация, а также облсовет и горсовет.

В 2003 <https://ru.wikipedia.org/wiki/2003\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> году Фондом построен и оборудован компьютерный комплекс, где дети получают навыки работы с компьютером.

сентября 2008 <https://ru.wikipedia.org/wiki/2008\_%D0%B3%D0%BE%D0%B4> года при Центре была открыта гостиница-пансионат для больных детей и их родителей. Пансионат рассчитан на 140 мест. Проживание и 4-хразовое питание для пациентов "Дома с ангелом" - бесплатны.

В феврале 2010 <https://ru.wikipedia.org/wiki/2010> года специалисты Центра внедрили и начали проводить Войта-диагностику <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B9%D1%82%D0%B0-%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F> и терапию [5] <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BC\_%D1%81\_%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC>, а также обучать родителей этой методике лечения ДЦП <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%A6%D0%9F> и других нарушений двигательного развития детей.

# ***Функциональные обязанности психолога***

1. Осуществляет психолого-педагогическое изучение детей с целью обеспечения индивидуального подхода к ним на протяжении всего периода обучения в средней общеобразовательной школе. На основе использования достижений психологической науки способствует обеспечению полноценного личностного и интеллектуального развития учащихся.

. Выступает в роли участника воспитательного процесса в работе с семьёй и ребёнком.

. Проводит психопрофилактическую и диагностическую работу:

) по запросам педагогов, администрации школы, родителей учащихся изучает интеллектуальные, личностные, межличностные, эмоционально-волевые особенности школьников, их интересы, склонности;

) участвует в приёме детей в 1-ые классы школы с целью раннего выявления недостаточной психологической готовности к школьному обучению;

) проводит психологическое обследование детей при переходе из начальной школы в неполную среднюю;

) использует наиболее эффективные диагностические методы для установления причин неуспеваемости и недисциплинированности учащихся, причин нарушений межличностных отношений школьников со сверстниками с целью своевременного оказания психологической помощи и поддержки;

) проводит углублённое психологическое обследование учащихся, направляемых на ПМПК.

. Совместно с педагогами разрабатывает программу индивидуальной работы с учащимися для обеспечения полноценного включения их в учебную деятельность с первых дней пребывания в школе и при обучении на новом школьном этапе.

. Проводит необходимую психокоррекционную работу.

. Прогнозирует и оказывает поддержку в развитии индивидуальных и творческих способностей учащихся.

. Проводит индивидуальные и групповые консультации учащихся по вопросам обучения, культуры умственного труда, развития, жизненного самоопределения, самовоспитания, профессиональной ориентации, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками.

. Консультирует администрацию школы, учителей, родителей учащихся по проблемам обучения и воспитания детей.

. По запросам народных судов, милиции, органов опеки и попечительства, комиссии по делам несовершеннолетних проводит психологическую экспертизу психического состояния ребёнка и условий семейного воспитания.

. Принимает участие в работе педсоветов, методических объединений. Подготавливает необходимую информацию для педагогического совета и педагогического консилиума для разрешения основных проблем, связанных с обеспечением индивидуального подхода к учащимся.

. Проводит психологическую работу с учителями (семинары, тренинги, методические учёбы).

. Работает в тесном контакте с классными руководителями, социальным педагогом, логопедом, администрацией школы.

. Пропагандирует психолого-педагогические знания среди родителей учащихся (общешкольные и классные родительские собрания).

. Несёт ответственность за сохранность документации и оборудования школьного психологического кабинета, обеспечивает правильное его использование.

. Осуществляет учёт результатов психолого-педагогической работы в строгом соответствии с формами, установленными научно-методическими центрами школьной психологической службы.

Основными направлениями деятельности практического психолога, предусмотренные "Положением о психологической службе образования" являются:

 **Психопрофилактическая работа <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0>** Психологическая профилактика предусматривает деятельность по:

разработке, апробации и внедрению развивающих программ для детей разных возрастов с учетом задач каждого возрастного этапа;

контролю за соблюдение психогигиенических условий обучения и развития детей в образовательных учреждениях и семье, обеспечением гармоничного, психического развития и формирования личности детей на каждом этапе их развития;

элиминированием неблагоприятных психологических факторов в образовательной среде, семье;

обеспечению условий оптимального перехода детей на следующую возрастную ступень, предупреждение возможных осложнений в психическом развитии и становлении личности детей и подростков в процессе непрерывной социализации;

подготовке детей и подростков к сознанию тех сфер жизни, в которых они хотели бы реализовать свои способности и знания;

своевременному предупреждению возможных нарушений психосоматического и психического здоровья детей.

 **Психодиагностическая работа**

 **Развивающая и психокоррекционная работа** (Развивающая и психокоррекционная работа предусматривает деятельность по:

активному взаимодействию психолога с детьми и взрослыми, обеспечивающему психическое развитие и становление личности детей, реализации возрастных и индивидуальных возможностей развития детей;

участию в разработке, апробации и внедрении комплексных психолого-медико-педагогических развивающих и коррекционных программ;

реализации комплекса индивидуальных ориентированных мер по ослаблению, снижению или устранению отклонений физическом, психическом, нравственном развитии несовершеннолетним.

 **Консультативная работа** (психологическое консультирование) Психологическое консультирование предусматривает деятельность по:

консультированию администрации образовательного учреждению по вопросам управления педагогическим коллективом, администрации и педагогов, по вопросам развития, обучения и воспитания и образования детей;

консультированию родителей и членов семей детей по вопросам воспитания, семейных и межличностных взаимодействий;

консультированию представителей других служб и государственных органов, обращающихся в образовательное учреждение с вопросами, связанными с развитием детей по проблемам возрастных и индивидуальных особенностей психического, личностного развития детей и молодежи.

социализации и социальной адаптации несовершеннолетних.

 **Психологическое просвещение <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%B2%D0%B5%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5>**

Просвещение - важное направление деятельности практического психолога. Представляет собой совокупность методов, средств по информированию лиц, заинтересованных в психологических знаниях и имеющих отношение к воспитанию и образованию детей (Детская практическая психология: Учебник / Под ред. проф. Т.Д. Марцинковской. - М.: Гардарики, 2000)

Психологическое просвещение предусматривает деятельность:

получение своевременной информации об индивидуально-психологических особенностях детей и подростков, динамике процесса развития, необходимой для оказания психологической помощи детям. Их родителям педагогам;

выявлению возможностей. интересов, способностей и склонностей детей для обеспечения наиболее полного личностного и профессионального самоопределения;

определению причин нарушений в обучении, поведении и развитии несовершеннолетних.

 **Психологическая реабилитация** Психологическая реабилитация предусматривает деятельность по:

психологическому сопровождению детей, членов их семей в процессе консультативной и психокоррекционной работы с ним;

конструированию адаптивных моделей поведения и социальных взаимодействий, обеспечивающих наиболее полную социализацию и интеграцию в общество проблемных детей и их семей.

Кабинет психолога находится на втором этаже реабилитационного центра.

Цвет стен, пола, мебели, жалюзи подобран по принципу использования спокойных и нейтральных тонов, не вызывающих дополнительного возбуждения и раздражения. Мебель в кабинете с округленными формами и установлена в контексте общей композиции. Освещение в кабинете соответствует нормам.

Зона ожидания. Находится за пределами.

Консультативная зона: мягкая мебель, журнальный столик.

Рабочая зона: письменный стол, компьютерный стол, стулья, компьютер, множительная техника, шкафы для хранения методических материалов, дидактических игр и игрушек, библиотека, сейф для хранения документов.

Зона развивающих занятий: детский стол и стульчики, игрушки Психотерапевтическая зона: стеллажи для хранения изоматериалов и наборов игрушек, песочница.

# ***Рабочая документация психолога***

Важным компонентом профессиональной деятельности практического психолога является оформление документации. Документация сопровождает каждое направление работы психолога от коррекционно-диагностической и консультативной, до профилактической и просветительской.

Документация, прежде всего, вводится в целях упорядочения работы педагога-психолога, определения ее места в общей системе деятельности образовательного учреждения и оценки ее эффективности, для педагогов-психологов, работающих в образовательных учреждениях.

***Перечень необходимой документации:***

1. Годовой план работы, утвержденный руководителем образовательного учреждения.

. Журнал учета проведенной работы (диагностической, коррекционно-развивающей, консультативной, организационно-методической, экспертной, социально-диспетчерский).

. Календарный план на месяц.

. Программы и методы психопрофилактической, диагностической, развивающей, коррекционной, консультационной и других видов работы.

. Аналитический отчет о проведенной работе за год, утвержденный руководителем образовательного учреждения.

Помимо перечня необходимой документации, перечисленной выше, считаем нужным остановиться на описании рабочих материалов педагога-психолога, которые на наш взгляд, должны присутствовать обязательно у каждого педагога - психолога, работающего в образовательном учреждении.

Данная группа документов является закрытой и может предъявляться только профильным специалистам, работающим в психологической службе системы образования. Она представляет собой рабочие материалы педагога-психолога и включает в себя основное содержание его работы: с отдельным ребенком, подгруппой детей, целой группой, воспитателем, родителями и др.

Основной формой этой документации является психологическая карта (ребенка, группы, воспитателя - в зависимости от проблемы).

Протоколы и данные обследований, бесед, наблюдений и других форм работы.

Данные о рекомендациях, даваемых воспитателям и родителям.

Название коррекционных и развивающих программ, которые использовались для работы.

Письменные заключения, предоставляемые психологом другим специалистам, в различные учреждения, родителям и т.п.

Качество оформления таких документов, как: психологические заключения; коррекционные карты; протоколы диагностических обследований, коррекционных бесед, интервью и др., часто зависят от уровня профессионализма, качества полученного образования и опыта работы каждого, отдельно взятого, специалиста.

При передаче заполненного бланка другому специалисту возникают сложности в понимании того, что фиксировал первый специалист. Такие случаи бывают, когда происходит смена кадров в образовательном учреждении или когда те или иные заключения, справки, характеристики требуется предоставить коллегам в комиссии, экспертизы.

Правильное оформление бланков важно потому что, в практической психологии, это учёт результатов обследования. Бланк ассоциируется с первичными документами, которые не может не вести опытный специалист.

*Бланк* - вид полиграфической продукции, представленный в виде стандартного бумажного листа формата А4, с воспроизведенной на нем постоянной информацией и местом, отведенным для переменной информации. Бланк предназначен для последующего заполнения, с этой целью на нем имеются пустые места (поля), для последующего внесения информации (вручную, на печатной машине, на компьютере).

Бланки, которые создаются с целью удобства применения в работе, на них фиксируются ответы, высказывания ребенка, его поведение во время обследования. Такие бланки не распространяются дальше учебного заведения.

Конечно, для разных методик, в зависимости от возраста ребенка и поступившего запроса, бланки могут быть разные, но есть диагностические методики планового характера, такие как: диагностика готовности ребенка к школьному обучению; определение уровня тревожности и др. В диагностике детей дошкольного возраста большая роль отводиться проективным, рисуночным методикам. Для них в методических пособиях вообще не предусмотрены бланки, поэтому приходиться записывать результаты просто на листе бумаги. Многие психологи озадачены данной проблемой.

В перечне рабочей документации психолога ДОУ такие документы как: заключения, и протоколы обследований являются закрытыми для "посторонних глаз”, но это не значит, что качество их заполнения должно страдать.

Правильное ведение протоколов, использование бланков облегчает ведение документации, фиксирование результатов:

Бланк имеет эстетичный вид;

Бланк структурирован;

Имеется название методики и необходимые вопросы для ее проведения;

Имеются критерии оценки полученных результатов;

Бланк экономит силы и время педагога - психолога;

Бланк удобен при проведении диагностики, прост в применении;

Фиксация результатов происходит непосредственно во время диагностического обследования;

Использование бланка повышает уровень профессиональной компетенции педагога - психолога.

Бланки могут быть использованы только в помощь педагогу - психологу. Они не могут заменить собой основную методическую литературу, тесты и методики, которыми педагог - психолог должен владеть и знать как их применять.

Работая в ДОУ, испытываю необходимость облегчить проведение диагностических обследования, фиксации результатов, так как от качества оформления протокола зависит правильная интерпретация результатов.

Ниже перечислена подборка бланков, которыми я пользуюсь в повседневной работе при проведении обследования. Те или иные бланки применяются в зависимости от времени учебного года:

Бланки, заполняемые в период адаптации детей:

Бланк адаптации ребенка к условиям ДОУ;

Сводная таблица по результатам анализа адаптации вновь пришедших детей;

Протокол наблюдения на этапе кратковременного пребывания детей в группе;

Протокол выявления детей "группы риска", по методу А.А. Романова.

Бланки, заполняемые в период диагностики детей на начало учебного года:

Бланк протокола результатов по группе методик определения готовности к школе;

Бланк на готовность ребенка к школьному обучению для группы (со следующими методиками: 10 слов, "Узнавание фигур", "4 лишний", "Последовательность событий", "корректурная проба", "внутренняя позиция школьника").

Бланки, заполняемые в течение учебного года:

Запись на консультацию к педагогу-психологу;

Психологическая карта ребенка;

Журнал учёта ежедневной работы педагога-психолога;

Психолого-педагогическая характеристика на ребенка дошкольного возраста;

Бланк результатов диагностики ребенка по тесту "Лесенка”;

Бланк результатов диагностики ребёнка по тесту "Кактус";

Бланк результатов диагностики ребенка по тесту "Рисунок человека”;

Бланк результатов диагностики ребенка по тесту "Рисунок семьи”.

Таким образом, грамотное оформление бланков и протоколов диагностических обследований, использование их в работе оптимальный вариант для всех психологов, работающих в дошкольном образовательном учреждении.

Дети с тяжелыми формами церебрального паралича - это дети с множественными нарушениями, в том числе ведущими - двигательными и чувствительными (сенсорными) расстройствами. Это очень сложный контингент. Действительно, как правильно организовать работу с ребенком, если он не ходит и не сидит самостоятельно, а только с помощью родителя, у него почти или совсем нет произвольных движений ни руками, ни ногами, и он не говорит, а может издавать отдельные звуки, а иногда не может и этого? Как включить его в социум, как помочь чему-то научиться? Как наполнить его жизнь новым содержанием?

Наш опыт работы с детьми с тяжелой двигательной патологией в возрасте 5-7 лет и старше в сенсорной комнате показывает, что коррекционно-развивающая работа может быть достаточно продуктивной, если на занятиях большое внимание уделяется работе с телом, используются техники телесно-ориентированной терапии. Ребенок на наших занятиях всегда является субъектом процесса и отношений, поэтому дети приходят на занятия с удовольствием, чувствуют себя успешными. Начиная работу в группе с потребностей тела каждого конкретного ребенка, мы отстраиваем отношения сотрудничества и взаимного уважения, в которых дети приобретают необходимый социальный опыт, в результате изменяется их поведение и самооценка.

Психофизическая реабилитация детей с ДЦП дошкольного и школьного возраста имеет свои особенности, так как к этому времени у детей уже сформированы патологические стереотипы поз и движений. Темпы получения положительной динамики в результате физкультурно-оздоровительной работы резко замедлены, что отрицательно сказывается на дальнейшем развитии их познавательной деятельности и ограничивает возможности их социальной адаптации. Процесс перестройки патологических поз и движений у детей с ДЦП, как правило, происходит длительно и трудно, поскольку старая, закрепленная патологическая "схема тела" для них является удобной и привычной, а всякая попытка нормализовать порочное положение вызывает ощущение дискомфорта и нового непривычного действия. Специалисты, работающие с телом (учителя ЛФК, специалисты по адаптивной физкультуре, психологи, использующие в своей работе телесно-ориентированные методы и пр.) при этом сталкиваются с отрицательными эмоциями ребенка, его нежеланием принимать активное и даже пассивное участие в перестройке закрепленного патологического стереотипа.

Специально организованная среда в сенсорной комнате, наполненная разнообразными стимулами, позволяет улучшить и развить не только сенсомоторные навыки ребенка с ДЦП, но существенно стабилизировать психоэмоциональное состояние, создать условия для стимуляции речевой активности, сформировать более позитивную самооценку, существенно улучшить качество жизни.

Особенно важным моментом является возможность объединять детей в группы, проводить групповые занятия. Во время занятий в группе реализуется наклонность детей к подражанию, а элементы соревнования, присутствующие на занятиях, подталкивают ребенка на освоение новых двигательных навыков, требующих значительных активных волевых усилий. Особенно ярко проявляются эти способности при построении занятия в форме игры, стимулирующей двигательную активность, наиболее адекватную для детей дошкольного и школьного возраста.

Как известно, развивающийся мозг обладает большими компенсаторными возможностями. В его структурно-функциональном созревании среди прочих факторов подтверждается ведущая роль эндогенного механизма - двигательной афферентации. Этим, прежде всего, определяется необходимость постоянного использования в комплексе восстановительных мероприятий при детском церебральном параличе психофизических упражнений, техник телесно-ориентированной психокоррекции, как патогенетически обоснованного метода коррекционно-развивающей и лечебно-оздоровительной работы с акцентом на активное участие самого ребенка в процессе реабилитации.

При условии установления отношений, основанных на эмпатии, сотрудничестве между специалистом и ребенком, появляется возможность развивать его осознанное отношение к процессу реабилитации и интерес к достижению положительных результатов. Тогда волевые усилия ребенка могут быть направлены на коррекцию двигательных дефектов с помощью различных средств.

Двигательные нарушения, гиподинамия и скованность детей с ДЦП нередко создают ложное впечатление наличия у них выраженной задержки психического развития. Однако при наблюдении и общении выявляются интеллектуальная сохранность и дифференцированность эмоций, отмечаются глубокие личностные реакции - обидчивость, переживание своего дефекта, а в процессе психокоррекционной работы отмечается положительная динамика в психоэмоциональном развитии.

Под влиянием психофизических упражнений в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга. В процессе работы с телом нормализуются позы и положение конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков.

Понятие психологической "схемы тела" было введено П. Шильдером для описания системы представлений человека о физической стороне собственного "Я", о своем теле - своеобразной телесно-психологической "карте"В современном представлении схема тела создается на основе функционального объединения различных отделов мозга, отвечающих как за сенсорно-дискриминационные процессы (перечисленные выше), так и за когнитивно-оценочные и мотивационно-эмоциональные процессы. (Цит. По М. Сандомирский, 2007).

Как утверждает М. Фельденкрайц, "каждый человек двигается, чувствует, думает и говорит по-своему, то есть способом, соответствующим автопортрету, который он продолжает рисовать в течение всей жизни. Чтобы изменить свой образ действия, он должен изменить свой автопортрет, который носит в себе. Часто наши представления о себе, выражающиеся и в нашей "схеме тела" бывают искаженными или неполными.". Сущностью метода Фельденкрайца является пробуждение в себе способности находить собственные способы двигаться, расширение своего набора движений с помощью экспериментального перебора разных вариантов. Таким образом, заметно улучшается телесная чувствительность, а "схема тела" может быть существенно уточнена и расширена. Нервная система и опорно-двигательный аппарат тесно связаны друг с другом. Любая активизация нервной системы сопровождается изменением состояния мышц, а в мозг, в свою очередь, постоянно поступает информация о каждом изменении положения тела, суставов, о мышечных напряжениях и т.п. Такая взаимосвязь систем позволяет, с одной стороны, по мышечным напряжениям распознавать внутреннее состояние нервной системы, а, с другой - через мышцы и суставы - влиять на нервную систему. Мышечные напряжения есть внешняя, видимая картина состояния нервной системы. Изменения внешние ведут к изменениям внутренним. Далее мы приведем выводы, которые делает М. Фельденкрайц, и на основании которых мы строим свою работу по телесно-ориентированной психокоррекции с детьми с тяжелой двигательной патологией:

всякая мышечная деятельность есть движение;

нервная система занимается преимущественно движениями;

движения отражают состояние нервной системы;

качество движения легче всего определить извне;

движения приносят большой опыт;

ощущения, чувства и мысли базируются на движениях;

движение - основа самоосознания.

Таким образом, Фельденкрайц считал движение наиболее эффективным средством достижения кардинальных изменений в человеческой жизни вообще.

Работа с неосознанными, рефлекторными (спастика, гиперкинез) движениями и перевод их в осознаваемые, управляемые помогает гармонизировать взаимодействие мозга и тела. Как считает Роберт Мастерс, "мы не умеем связывать воедино движения, ощущения, мышление и чувства, и не знаем, каким образом взаимодействие ума и тела обусловливает то, каковы мы и какими возможностями обладаем в действительности".

Непроизвольные движения (мы имеем в виду гиперкинезы и спастику) ребенка с ДЦП наводят на мысль, что когда-то эти движения были ему для чего-то нужны!"Каждый процесс стремится к завершению", - утверждает Арнольд Минделл. Движение - это процесс. Поэтому каждое движение стремится к завершению. Помочь ребенку поработать с этими, вполне естественными для него движениями, прочувствовать и завершить процесс когда-то начавшийся, но не завершенный, перевести неосознанные движения в осознаваемые, регулируемые, управляемые - вот та задача, которую мы ставим на своих занятиях в сенсорной комнате при работе с телом.

Опыт нашей работы с детьми с тяжелой двигательной патологией показывает, что такая работа продуктивна всегда, она ведет на первом этапе к улучшению двигательной сферы ребенка: снижению спастичности мышц, уменьшению гиперкинезов, при ригидности мышц - к повышению тонуса мышц, развитию произвольности в движениях. Также, и, на наш взгляд, это очень важный фактор, изменяется отношение ребенка к себе, по-новому оцениваются собственные возможности, ребенок начинает экспериментировать и двигаться не так, как раньше. В процессе работы с телом решаются и другие проблемы: улучшается поведение, появляется мотивация к деятельности, к сотрудничеству, существенно улучшается эмоциональное состояние. Ситуация успешности и приобретение нового телесного опыта помогает открывать ресурсы, ранее не используемые самим ребенком.

Очень важным, на наш взгляд, на наших занятиях является обязательное присутствие родителя. Ведь нужно не только ребенка научить двигаться и относиться к себе по-новому, но и родителю показать, что умеет делать ребенок, научить воспринимать его по-новому. Родители учатся правильно взаимодействовать с ребенком, обучаются работе с телом и продолжают эту работу дома. Всегда приятно наблюдать, как стеснительность мам и пап проходит, они радуются достижениям своего дитя, начинают гордиться им.

При любой работе с телом основой является дифференциация человеком ощущений напряжения и расслабления всего тела, его частей или какой-то группы мышц. Но как объяснить ребенку, что такое напряжение и расслабление, если его тело находится в постоянном напряжении и расслабляется только в период ночного сна, причем он не знает, как это происходит, так как этот процесс им не осознается? Как научить его осознавать то, что происходит в его теле, руке, ноге? Как научить контролировать непроизвольные движения?

Прежде всего, для любого специалиста интерес представляет наличие произвольных движений. Но у детей с тяжелыми формами ДЦП произвольность в движениях практически отсутствует или сильно затруднена. Работа с телом в таких случаях начинается с непроизвольного движения - гиперкинеза или сильной спастики. Проще говоря, работаем с тем, что есть, превращая весь процесс работы с телом в забавную игру. Ребенком, появляется возможность развивать его осознанное отношение к процессу реабилитации и интерес к достижению положительных результатов. Тогда волевые усилия ребенка могут быть направлены на коррекцию двигательных дефектов с помощью различных средств.

Двигательные нарушения, гиподинамия и скованность детей с ДЦП нередко создают ложное впечатление наличия у них выраженной задержки психического развития. Однако при наблюдении и общении выявляются интеллектуальная сохранность и дифференцированность эмоций, отмечаются глубокие личностные реакции - обидчивость, переживание своего дефекта, а в процессе психокоррекционной работы отмечается положительная динамика в психоэмоциональном развитии.

Применение телесно-ориентированных методов имеет целью повлиять на характер сенсорных коррекций. Особая роль придается движению как психокоррекционному фактору. При этом психофизические упражнения являются тем неспецифическим раздражителем, который оказывает влияние на психические и физиологические механизмы, участвовавшие в развитии и проявлении заболевания. Поэтому работа с телом помогает проработке травматичного психоэмоционального опыта ребенка. Сошлемся на слова Л. Бурбо (2001): "Тело - лучший друг и советчик". Все необходимые ресурсы имеются у ребенка в любой момент времени. Однако нужны определенные способы, чтобы их пробудить и научить его осознанно их использовать. Понятие психологической "схемы тела" было введено П. Шильдером для описания системы представлений человека о физической стороне собственного "Я", о своем теле - своеобразной телесно-психологической "карте".

Язык тела - язык универсальный для всех людей, в том числе и с тяжелыми нарушениями в двигательной сфере. Вполне вероятно, что непроизвольные, неосознанные движения ребенка с ДЦП, являются последствием реакции отделов мозга, нервной системы и тела на пережитую в период родов (89% родителей детей с ДЦП указывают родовую травму) или в младенчестве психоэмоциональную или физическую травму. Работа с неосознанными, рефлекторными (спастика, гиперкинез) движениями и перевод их в осознаваемые, управляемые помогает гармонизировать взаимодействие мозга и тела. Как считает Роберт Мастерс, "мы не умеем связывать воедино движения, ощущения, мышление и чувства, и не знаем, каким образом взаимодействие ума и тела обусловливает то, каковы мы и какими возможностями обладаем в действительности".

Непроизвольные движения (мы имеем в виду гиперкинезы и спастику) ребенка с ДЦП наводят на мысль, что когда-то эти движения были ему для чего-то нужны!"Каждый процесс стремится к завершению", - утверждает Арнольд Минделл. Движение - это процесс. Поэтому каждое движение стремится к завершению. Помочь ребенку поработать с этими, вполне естественными для него движениями, прочувствовать и завершить процесс когда-то начавшийся, но не завершенный, перевести неосознанные движения в осознаваемые, регулируемые, управляемые - вот та задача, которую мы ставим на своих занятиях в сенсорной комнате при работе с телом.

Опыт нашей работы с детьми с тяжелой двигательной патологией показывает, что такая работа продуктивна всегда, она ведет на первом этапе к улучшению двигательной сферы ребенка: снижению спастичности мышц, уменьшению гиперкинезов, при ригидности мышц - к повышению тонуса мышц, развитию произвольности в движениях. Также, и, на наш взгляд, это очень важный фактор, изменяется отношение ребенка к себе, по-новому оцениваются собственные возможности, ребенок начинает экспериментировать и двигаться не так, как раньше. В процессе работы с телом решаются и другие проблемы: улучшается поведение, появляется мотивация к деятельности, к сотрудничеству, существенно улучшается эмоциональное состояние. Ситуация успешности и приобретение нового телесного опыта помогает открывать ресурсы, ранее не используемые самим ребенком

# ***Раздел 2. Организационный***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ДАТА | Время начала работы | Время окончания работы | Содержание выполненной работы |
| 22.09.14 | 12.00 | 18.00 |  Ознакомление с базой практики, беседа - знакомство с руководителем с базы практики, устное ознакомление с методами использующимися в реабилитационном центре. изучение литературы рассказывающей о психологических и физических особенностях детей с ДЦП и непосредственно о самом церебральном параличе.  |
| 23.09.14 | 10.00 | 18.00 | Ознакомление с кабинетом Монтессори терапии, Наблюдение за коррекционно-развивающей работой педагогов-психологов с детьми от 1.5 года до 6 лет. Чтение литературы: книга "Под крылом ангела".  |
| 24.09.14 | 10.00 | 18.00 | Ознакомления с материалами Монтессори кабинета. Чтение литературы "Под крылом ангела" Наблюдение за коррекционно-развивающими занятиями, Обсуждение с руководителем.  |
| 25.09.14 | 10.00  | 18.00  | Наблюдение в комнате Монтессори - терапии за коррекционно-развивающей работой педагогов-психологов. Совместный с детьми просмотр театра для установления контакта (постановка "колобок") Чтение литературы книга "Под крылом Ангела" Посещение консультации |
| 26.09.14 | 10.00 | 18.00 | Наблюдение в комнате Монтессори - терапии за коррекционно-развивающей работой педагогов-психологов. Проведение коррекционно-развивающего занятия в комнате Монтессори - терапии. (девочка 1.5 года) Чтение литературы.  |
| 29.09.14 | 10.00 | 18.00 | Ознакомление с кабинетом арт терапии и его педагогом. Ознакомление с методами и функциями арт-терапии, лепка совместно с детьми из соленого теста. Формирование навыков установления контакта. Изучение литературы книга "Ребёнок с церебральным параличом" |
| 30.09.14 | 10.00 | 18.00 | Ознакомление с кабинетом "Монтессори кухни" ознакомления с её методами и материалами, наблюдения за занятиями дошкольников Чтение литеры книга "Ребенок с церебральным параличом". Присутствовали на собрании "школы для родителей"Обсуждение.  |
| 1.10.14 | 10.00 | 18.00 | В игровой комнате занимались развитием пространственного мышление детей с помощью игры, занимались развитием игровой деятельности. Совместный просмотр кукольного театра с детьми (постановка "красная шапочка"), проводили развивающие игры с детьми (с помощью конструктора). Чтение книги "Ребенок с церебральным параличом" Опрос и беседа с руководителем на тему "церебральный паралич", "Подходящие методики для исследования деток с ДЦП", "Психологические особенности деток с дцп" |
| 2.10.14 | 10.00  | 18.00  |  Наблюдение в сенсорной комнате (комната для релаксации) за детками 3х-6ти лет, ознакомление с методами и материалами сенсорной комнаты, изучение литературы книга "Система М. Монтессори". Обсуждения с рукаводителем темы для просветительской деятельности. Посещение консультации |
| 3.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение коррекционно-развивающего занятия в монтессори кухне. (мальчик 5лет) Просмотр театра с детьми в игровой комнате. Проводили развивающие игры с детьми в игровой комнате с помощью различных игр.  |
| 6.10.14 | 10.00 | 18.00 | Наблюдение за коррекционо-развивающей работой психолога в монтессори кухне, игровой комнате, арт-терапии. Занимались развитием пространственного Мышления у деток, проводили развивающие игры,. Чтение литературы книга "Ребенок с церебральным параличом" |
| 7.10.14 | 10.00 | 18.00 | Чтение литературы книга "Система М. Монтессори". Играли с детками в игровой комнате.  |
| 8.10.14 | 10.00 | 18.00 | Наблюдение в игровой комнате. Экскурсия по центру. Посещение компьютерного зала, гарденотерапии. Беседа с руководителем. Определение темы.  |
| 9.10.14 | 10.00  | 18.00  | Наблюдение в монтесори кухне за проведением коррекционного занятия. Чтение литературы "Система М. Монтессори". Обсуждение с рукаводителем материалов для беседы с родителями Посещение консультации |
| 10.10.14 | 10.00 | 18.00 | Присутствовали на занятии по арт - терапии, проводили развивающие игры, подготавливали выступление для родителей, проводили просветительскую беседу с родителями на тему "Принятие родителями детей с ограниченными возможностями" присутствовали 12 родителей. Обсуждение с руководителем проведение нашей просветительской деятельности.  |
| 13.10.14 | 10.00 | 18.00 |  Беседа с руководителем относительно выбора темы для исследования, обработка материалов для проведения исследования. Наблюдали за занятиями в кабинете "Монтессори кухне". Изучение литературы книга "Система М. Монтесори" |
| 14.10.14 | 10.00 | 18.00 | Обсуждение подобранных методик с руководителем. Пробное прохождение и интерпретация. Чтение литературы книга "Система М. Монтесори" |
| 15.10.14 | 10.00 | 18.00 | Присутствовали на занятие арт-терапии (совместная лепка с детьми), совместный с детьми просмотр кукольного театра. Изучение методики "Домики". Для исследования эмоционального фона деток с диагнозом ДЦП |
| 16.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (2ребенка) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 17.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (2ребенка) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 20.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (1ребенок) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 21.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (1ребенок) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 22.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (1ребенок) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 23.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (3ребенка) Посещение консультации Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 24.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (4ребенка) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 27.10.14 | 10.00 | 18.00 | Проведение методик (1ребенок) Изучения литературы относительно интерпретации проективных методик |
| 28.10.14 | 10.00 | 18.00 | Обработка результатов. Написание интерпретации.  |
| 29.10.14 | 10.00 | 18.00 | Обработка результатов. Написание интерпретации. Обсуждение с руководителем  |
| 30.10.14 | 10.00 | 18.00 | Написание отчета о практике, подготовка презентации  |
| 31.10.14 | 10.00 | 18.00 | Написание отчета о практике, подготовка презентации |

# ***Раздел 3. Исследовательский***

За время прохождения практики мы провели исследование на тему: "Особенности эмоциональной сферы у детей с ДЦП"

Задачей нашего исследования выявить особенности эмоциональной сферы.

Так как для детей с ДЦП характерны отклонения в психическом развитии. Сложный механизм этих расстройств зависит от времени, степени и локализации поражения головного мозга. В связи с серьезностью проблемы психических расстройств у детей, страдающих ДЦП, этой теме посвящено большое количество научных робот.

Созревание психической деятельности детей с ДЦП значительно задерживается. При этом появляются значительные нарушения психической деятельности, в первую очередь в сфере познания. ДЦП имеет такую особенность, что нет чёткой прямой зависимости между степенью выраженности двигательных и психических расстройств. Так, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с лёгкой психической задержкой. И, наоборот остаточное явление ДЦП могут сопровождаться тяжелыми нарушениями отдельных психических функций или психики ребенка в целом.

Для детей характерно своеобразное психическое развитие, связанное с ранним органическим поражением и, как следствие, - с различными двигательными, речевыми и сенсорными расстройствами. Существенную роль в формировании нарушений психического развития имеют ограничения в деятельности и контактов с людьми, а так же условия воспитания и обучения.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности ребенка, но и его сферы эмоций, воли и личности ДЦП у детей сопровождается психическим инфантилизмом - незрелостью эмоционально-волевой сферы личности ребёнка. При этом ребёнок в своём поведении руководствуется эмоцией удовольствия, такие дети эгоцентричны, с детским поведением даже в старшем школьном возрасте. Их привлекают игры, они легко поддаются внушению и не способны к волевым усилиям над собой. Это все также сопровождается двигательной расторможенностью, эмоциональной нестабильностью, быстрой утомляемостью.

Любые эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. Дети могут быть как легковозбудимыми, так и полностью пассивными. ДЦП у детей часто сопровождается расстройством сна, повышенной впечатлительностью с преобладанием негативных эмоций, повышенной утомляемостью, слабой волевой активностью. Эти все факторы очень важно учитывать при общении и занятиях с ребёнком.

Кстати, слабость воли у детей с ДЦП напрямую связана с особенностями их воспитания. Ведь довольно часто в семьях можно наблюдать следующую картину. Все внимание родственников обращено на болезнь ребёнка. При этом они чрезмерно волнуются о том, что ребёнок может упасть или пораниться, ограничивают его самостоятельность на каждом шагу. Ребёнок быстро привыкает к такому отношению.

Вместе с повышенной чувствительностью (а он очень остро воспринимает эмоции родителей, среди которых, как правило, преобладает тревожность и уныние) это все приводит к тому, что ребёнок растёт безынициативным, робким, неуверенным в своих силах. Вместе с тем, очень ярко проявляется психический инфантилизм, с ярко выраженным эгоцентризмом и стремлением манипулировать людьми посредством своей болезни.

Для нашего исследования выявления и подтверждения этих и других психологических особенностей детей, с диагнозом ДЦП, мы использовали методику "Домики", автором которой является О.А. Орехова.

Новая проективная методика разработана специалистом в области детской психологии О.А. Ореховой. Методической основой методики является цвето-ассоциативный эксперимент.

Методика "Домики" позволяет провести диагностику: степени дифференцированности-обобщённости эмоциональной сферы; шкалы духовных ценностей; деятельностных ориентаций, в том числе уровня сформированности эстетических и познавательных потребностей; предпочтений видов деятельности (методика является первой профессиограммой детей дошкольного возраста); личностных отношений и вариантов личностного развития.

Процедура тестирования напоминает занимательную игру и состоит из трех заданий: ранжирование шести цветов по степени предпочтения каждого цвета, подбор подходящего цвета к эмоциональной категории, подключение цвето-ассоциативного ряда эмоций ребенка к различным видам деятельности. Детям предлагается раскрашивать цветными мелками домики, "жильцы" которых эмоции - и с помощью цвета ребенок определяет своё отношение к ним.

Методику можно использовать в психологическом консультировании и психотерапии для прогноза затруднений в развитии эмоциональной сферы и разработки коррекционных программ личностных особенностей детей.

Исследование мы повели на 15 детях с диагнозом ДЦП возрастом от 5 до 10 лет (полученные материалы см. в приложении).

После обработки результатов методики, можно выделить такие закономерности и особенности:

*Физическое состояние:* проявление стресса, тревоги

*Психическое состояние:* Стремятся к свободному развитию в соответствии с собственными убеждениями. Нуждаются в уважении их как личностей. Нуждаются в развитии своих способностей. Стремятся проявлять себя как личность и устранить внутренние противоречия. Желают распоряжаться своей судьбой.

# ***Раздел 4. Информационно-просветительский***

Мы провели просветительскую деятельность, прочитали лекцию родителям на тему: "Принятие родителями детей с ограниченными возможностями"

Мы провели открытую беседу на которой присутствовали 12 родителей деток с ограниченными возможностями. Беседа длилась 1 час в течении которого мы обсудили всевозможные трудности и проблемы воспитания таких деток, а так же дали рекомендации по их решению и ответили на дополнительные вопросы. Вся информация была воспринята с большим интересом.

Я уделила внимание теме "Взаимоотношения в семье. Рождение малыша с дефектом изменяет весь ход жизни семьи и является причиной продолжительной ее дезадаптации. Другие дети в семье оказываются лишенными внимания. Часто родители отдаляются от друзей, знакомых и даже родственников, которые тоже испытывают кризис; многие из них избегают встреч с такой семьей. Семья попадает в группу риска. Накладывается табу на репродуктивную функцию из страха, что несчастье может повториться. Такой ребенок требует от матери вдвое трое больше затрат времени и энергии, чем нормальный ребенок, его не принимают в детский сад, он связывает мать, как говорится по рукам и ногам. Такие семьи более других подвержены конфликтам и распаду. "

психолог реабилитационный центр консультирование

# ***Приложение***

Актуальные проблемы родителей детей с ограниченными возможностями.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями это серьёзное испытание для родителей. Большинство родителей, ожидая рождения здорового ребенка, оказываются и психологически и практически неподготовленными к тому, чтобы воспитывать ребенка с физическими или с психическими ограничениями. Рождение ребенка с ограниченными возможностями является стрессором экстремального вида, т. к он воздействует неожиданно и подготовиться к нему невозможно. Трудности, которые постоянно испытывает семья с проблемным ребенком, значительно отличаются от повседневных забот, которыми живет семья, воспитывающая нормально развивающегося ребенка.

Анализ практической и научно-исследовательской литературы позволили выявить ряд социально-педагогических проблем, которые возникают в семье при рождении "особого ребенка":

Взаимоотношения в семье. Рождение малыша с дефектом изменяет весь ход жизни семьи и является причиной продолжительной ее дезадаптации. Другие дети в семье оказываются лишенными внимания. Часто родители отдаляются от друзей, знакомых и даже родственников, которые тоже испытывают кризис; многие из них избегают встреч с такой семьей. Семья попадает в группу риска. Накладывается табу на репродуктивную функцию из страха, что несчастье может повториться. Такой ребенок требует от матери вдвое трое больше затрат времени и энергии, чем нормальный ребенок, его не принимают в детский сад, он связывает мать, как говорится по рукам и ногам. Такие семьи более других подвержены конфликтам и распаду.

Воспитание и образование. Воспитательная функция требует педагогического искусства. Родители, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, получают крайне недостаточную информацию о том, как и чему его учить, как управлять его поведением. Во многих регионах осложняется воспитание и образование отсутствием социально-педагогических услуг, большинство детей не могут развивать способности, реализовать интересы и увлечения. Нет возможности обучаться в общеобразовательных школах. Воспитание уверенности в себе у ребенка-инвалида - важнейший педагогический принцип. Ребенка необходимо научить методам компенсации неблагоприятных последствий заболевания или травм. Компенсации можно добиться, если уравновесить потери за счет его личных сильных сторон. Задача родителей помочь ребенку обнаружить эти сильные стороны, научить пользоваться ими.

Нехватка психолого-медико-педагогических знаний. В большинстве случаев родители, имеющие ребенка с ограниченными возможностями, переоценивают или недооценивают дефект.

Отношение к ребенку. Никому не хочется иметь ребенка с физическими или иными недостатками. Все ждут, что малыш будет здоровым, красивым и умным, что он добьется успехов в обществе и станет опорой. Ничего удивительного нет в том, что родители волнуются в ожидании ребенка: каким он родится, и если он появляется на свет с нарушениями или больным, для них это глубокое потрясение. Поначалу у них наблюдаются чувства вины, гнева, стыда, безысходности и жалости к самим себе. Иногда возникает желание убить ребенка и себя. Неспособность принять ситуацию может привести к отказу от ребенка, к упованиям на несчастный случай с ним или на то, что он окажется чужим. Не секрет, что родители к такому ребенку испытывают двоякие чувства: то они любят его так же, как могли бы любить здорового ребенка, то злятся на него, боятся и даже отвергают. Это и понятно: ребенок желанный и любимый, но его нарушения неожиданные, и родители это остро переживают.

Отношение общества к ребенку-инвалиду. Большинство семей в решении своих проблем в повседневной жизни сталкиваются с непониманием и пренебрежением окружающих, ощущают равнодушие и безразличие. Отношение сверстников к детям-инвалидам часто бывает пренебрежительным или безразличным. Они часто не умеют общаться, играть, участвовать в совместной деятельности с таким ребенком.

Родителям приходиться в короткие сроки, адаптироваться к новым условиям жизни: оправится от шока, изучить специфику болезни ребенка и с ориентироваться в вопросах лечения, реабилитации, воспитания; определить цели и стратегии дальнейшей жизни; вырабатывать новые формы поведения и самое главное, принять ребенка таким, какой он есть, любить и быть внимательным к нему. Именно в детском возрасте происходит быстрое развитие психики ребенка. Сложные вопросы, решение, которых растягивается на многие годы. Для родителей адаптация к новым условиям жизни является серьезным испытанием и проблемой, т.к. требует много знаний, сил, энергии, материальных вложений, самообладания.

Психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических отклонений. Родители, сами имеющие сенсорные, двигательные, а тем более интеллектуальные отклонения, часто психологически легче адаптируются к проблемам ребенка. Нарушения его развития практически не травмируют родителей. В этом случае родители идентифицируют дефект ребенка со своим собственным, что в их сознании воспринимается как норма.

Условно можно выделить несколько стадий приспособления родителей к рождению и развитию ребенка с ограниченными возможностями:

Первая фаза - агрессии, тревоги, страха, подавленности, отрицания и негативизма. Негативно окрашенные чувства полностью овладевают родителями и определяют их дальнейшее поведение это нарушение сна; изменение взаимоотношения с окружающими. Члены семьи ищут "виновного" в происшедшем, обвиняя друг друга или врачей. В семье растет напряженность, ухудшается социально-психологический климат. Можно встретиться с реакцией отрицания: родители не верят, что ребенок родился с отклонениями в развитии. Иногда устраняются от ситуации. Крайняя форма негативизма - отказ от обследования ребенка; "хождение по кругу врачей" надеясь на то, что предыдущий специалист ошибся и диагноз отменят.

Вторую фаза некоторые авторы называют фазой скорби - скорби по желанному здоровому ребенку, которого нет. Отношение к ребенку зачастую лишено непосредственности: родители начинают понимать, что они ответственны за него, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода за ребенком, в лучшем случае, ищут совета у специалистов. Родители понимают диагноз, и частично понимают его смысл. Они погружаются в глубокую тоску. Это состояние подавленности, связанное с осознанием проблем.

Третья фаза - стадия адаптации. Начало социально-психологической адаптации семьи. Родители "принимают" сложившуюся ситуацию. Они в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка. Установить адекватные эмоциональные контакты со специалистами и достаточно разумно следовать их рекомендациям. Показателями адаптации являются такие признаки, как уменьшение чувства печали, усиление интереса к окружающему миру, появление готовности активно решать проблемы с ориентацией на будущее.

Четвёртая фаза - возвращение к предыдущей фазе возможно, особенно когда необходимая работа с ребенком идёт трудно, результат не так очевиден, как этого хотелось бы родителям.

Большинство родителей живет в условиях постоянного психологического стресса большей или меньшей степени выраженности, поскольку по мере взросления ребенка появляются новые проблемы, которые необходимо решать.

В общей структуре переживаний выделяется два периода переживаний: ранний и настоящего времени. Для раннего периода характерны переживания непосредственно того, что случилось, то есть переживание самой трагической ситуации. Эмоции и чувства на этом этапе достаточно смешаны, родителям крайне сложно их контролировать.

Для периода настоящего времени (дети находятся в возрасте 4-8 лет) также присутствуют переживания страха, беспокойства, тревоги, пониженный фон настроения. Родители отмечают "более спокойное" отношение к тому, что у ребенка есть нарушение в развитии: "эмоции немного притупились", "успокоились, научились принимать все, как есть", "смирились", "со временем ко всему привыкаешь". Возникает чувство примирения с диагнозом ребенка. Родители становятся более объективными в выборе средств и видов помощи ребенку, адекватно оценивают последствия, как негативные, так и позитивные. Появляется осмысленность поведения [Крюкова].

Родители, даже по прошествии многих лет испытывают воздействие стресса. Американский исследователь семьи Торнбалл в 1986 г. выделил пять периодов, связанных со стрессом на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей с ограниченными возможностями:

рождение ребенка. Получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи.

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

подростковый возраст. Привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отвержением, планирование будущей занятости ребенка.

период "выпуска". Признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей социализации семьи инвалида.

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

Понимание стрессоров на различных этапах развития - это первый и основополагающий шаг к изучению стратегий совладения с этими стрессорами и достижению позитивного роста и развития в роли родителя ребенка с ограниченными возможностями.

Для родителей больных детей в первую очередь патогенными являются перечисленные ранее психологические особенности развития их детей: признаки интеллектуального недоразвития, внешнее калечество, сенсорные, двигательные, речевые и поведенческие нарушения.

В связи с превышением уровня переносимых нагрузок: как результат перенапряжения у родителей могут возникать различные соматические заболевания. Чувства страха, неуверенности в себе, различные формы депрессий - все эти болезненные состояния родителей являются не только ответной реакцией их личности на травмирующее переживание, но и ответной защитной реакцией всего их организма.

Анализ литературы позволил выделить следующие категории переживаний родителей:

переживания болезни ребенка;

переживания реализации себя как родителя;

переживания отношений с ребенком;

переживания общения с социумом;

переживания сопутствующих семейных трудностей (развод, смерть близких);

переживания будущего.

В каждой категории переживаний настоящего времени можно отметить как позитив, так и негатив родительского состояния. К позитивным переживаниям относится возможность родителей испытывать чувство радости, гордости в общении с ребенком; уверенность в ребенке, собственных силах и возможностях собственной семьи.

Родители детей с ограниченными возможностями нуждаются в психологической помощи. Специальная помощь необходима родителям для нейтрализации тех психологических проблем, которые возникают вследствие их личностных переживаний, связанных с нарушениями развития ребенка.

Рекомендации родителям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья

 Примите ситуацию как данность, не думайте о том, как и почему это случилось, размышляйте о том, как с этим дальше жить. Помните, что все ваши страхи и "черные мысли" ребенок чувствует на интуитивном уровне. Ради успешного будущего Вашего ребенка постарайтесь найти в себе силы с оптимизмом смотреть в будущее.

 Никогда не жалейте ребёнка из-за того, что он не такой, как все.

 Дарите ребёнку свою любовь и внимание, но помните, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются.

 Стремитесь к тому, чтобы у всех членов семьи была возможность саморазвития и полноценной жизни. Помните, ребенку с первых месяцев жизни важно ощущать стабильность и спокойствие своего окружения.

 Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя "жертвой", отказываясь от своей личной жизни.

 Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Если состояние ребенка позволяет, придумайте ему простенькие домашние обязанности, постарайтесь научить ребенка заботиться о других. Решайте все дела вместе с ним.

 Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений. Стимулируйте его приспособительную активность; помогайте в поиске своих скрытых возможностей. Развивайте умения и навыки по самообслуживанию

 Следите за своей внешностью и поведением. Ребёнок должен гордиться вами.

 Учитесь отказывать ребёнку в чём-либо, если считаете его требования чрезмерными. Однако проанализируйте количество запретов, с которыми сталкивается ваш ребенок. Продумайте, все ли они обоснованы, нет ли возможности сократить ограничения, лишний раз проконсультируйтесь с врачом или психологом.

 Чаще разговаривайте с ребёнком. Помните, что ни телевизор, ни компьютер не заменят вас.

 Создавайте условия для общения ребёнка со сверстниками.

 Стремитесь к встречам и общению с друзьями, приглашайте их в гости. Пусть в вашей жизни найдется место и высоким чувствам, и маленьким радостям.

 Чаще прибегайте к советам педагогов и психологов. Каждое определенное заболевание ребенка-инвалида требует специфического ухода, а также специальных знаний и умений.

 Больше читайте, и не только специальную литературу, но и художественную.

 Общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой. Это важно не только для вас, но и для ребенка, которому вы можете оказать услугу на всю жизнь, найдя для него друзей или (что очень часто бывает) спутника жизни. Помогая друг другу, вы, прежде всего, помогаете себе!

 Находите в себе силы и сохраняйте душевное равновесие. Не изводите себя упрёками. В противном случае велика вероятность того, что ребенок вырастет психологическом монстром, а это неизбежно усилит его социальную дезадаптацию и усугубит страдания. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты.

 Воспитывайте в себе новые качества, прежде всего наблюдательность, терпение, самообладание.

 Ведите дневник наблюдений за ребенком, отмечая малейшие перемены в его состоянии. Дневник с одной стороны, помогает, успокаивая Вас, с другой - способствует правильной организации всей лечебно-коррекционной работы.

 Помните, что будущее вашего ребенка во многом зависит от того, насколько он социализирован, адаптирован в обществе. Делайте все возможное, чтобы он привык находиться среди людей и при этом не концентрироваться на себе, умел и любил общаться, мог попросить о помощи.

 Старайтесь чувствовать себя спокойно и уверенно с ребенком-инвалидом на людях. Доброжелательно реагируйте на проявления интереса со стороны посторонних, не отталкивайте их от себя жалобами, раздражением, проявлением озлобления. Если ребенок переймет от вас подобный стиль общения с окружающими, его шансы найти себе друзей резко возрастут.

 Постарайтесь научить ребенка быть самим собой - и дома, и на людях. Чем раньше ребенок начнет общаться с другими детьми, тем больше шансов, что он сможет вести себя как все.

 Помните, что ребёнок повзрослеет и ему придётся жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите о ней.