

**ГБПОУ «СТРОГАНОВСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**Методическое пособие  
«Современные коррекционно-развивающие методы  
работы с детьми с ограниченными возможностями  
здоровья и их родителями, в помощь специалисту»**

Очер, 2023 г.

В методическом пособии по организации коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями представлено содержание социальной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья; проанализированы и структурированы коррекционно-развивающие технологии, формы и методы инновационной деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Теоретический и практический материал представляет деятельность отдела коррекционно-развивающей работы в ГБПОУ «Строгановский колледж» по организации коррекционно-развивающей деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями в условиях применения комплексных программных технологий.

Методические материалы предназначены для специалистов учреждений социального обслуживания населения, педагогов-психологов.

## Содержание

Введение	4
1. Основные характеристики семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья	6
2. Содержание социальной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья	13
3. Коррекционно-развивающие технологии, формы и методы инновационной деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья	18
4. Формы и методы коррекционной помощи родителям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями здоровья	47
Заключение	55
Список использованной литературы	57

## Введение

Одной из наиболее актуальных задач современного российского общества является снижение проблем, связанных со здоровьем населения – физического и психического, в частности, проблема детского здоровья. Данная проблема существует в связи с существенными изменениями общества, вызванными интенсивным реформированием многих социальных систем.

В современной литературе психолого-педагогического и медицинского характера представлено большое количество определений детей, которых можно отнести к «группе риска», предложены классификации на основании различных оснований. Тем не менее, среди большого количества определений, ключевым положением является, что дети «...группы риска – это дети, у которых наблюдаются отклонения от нормы в физическом, психическом и социальном развитии» [14].

По данным исследования детей возраста от 5 мес. до 4-х лет на территории Российской Федерации выявлено, что 83% обследованных детей имеют различные нарушения. Среди них дети с особыми возможностями здоровья составляют – 24,3%. Отмечается постоянный рост числа детей с нарушениями в физическом и психическом развитии.

В большинстве дошкольных образовательных учреждений наиболее распространенной категорией детей «группы риска» являются дети с особыми возможностями здоровья (ОВЗ). Помимо обозначенных выше факторов, влияющих на тенденцию к увеличению количества детей данной категории, можно еще отметить такие неблагоприятные факторы как экологический и социально-экономический. Анализ факторов, влияющих на возникновение отклонений в развитии детей, позволяет также определить существенное влияние различных факторов в период внутриутробного развития, осложнения при родах, большое количество и высокая интенсивность психотравмирующих ситуаций и др.

Существует ряд симптомов, свойственных преобладающему большинству детей с особенностями в развитии. В первую очередь, это слабость нервной системы, выражающаяся в эмоциональной неустойчивости, раздражительности, неспособности длительное время выдерживать нагрузку. Выражены трудности в концентрации внимания, саморегуляции. Поэтому задача психологического сопровождения детей с особыми возможностями здоровья на сегодняшний день является особенно актуальной и острой. Теоретические аспекты этой проблемы поднимаются в работах Л.С. Выготского, И.И. Мамайчук, М.Р. Битяновой, М.М. Семаго, Е.Л. Иденбаум, Е.А. Музафаровой, К.А. Сергеевой и др.

Изучение проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья как предмета теоретических и практических исследований в России, несмотря на актуальность, началось сравнительно недавно. В работах М.С. Бедного, А.А. Баранова, Д.И. Зелинской и Л.И. Балевой дана структурная

характеристика этой группы населения. О.В.Григина изучила основные факторы, влияющие на рост детской инвалидности, Основные направления социализации и социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья нашли свое отражение в работах Н.В. Шапкиной, Э.К. Наберушкиной, Я.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской, Т.Н. Малеевой, С.А. Васина.

В настоящее время трансформация общественных отношений, изменение логики социального мышления требуют новых подходов к проблеме инвалидности, отношению здоровых людей к лицам с ограниченными возможностями, а также работе с такими людьми. Это и является стимулом для создания и внедрения новых технологий, методов и форм работы с детьми-инвалидами. В этих условиях неизмеримо возрастает роль семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, которая может и должна стать активным субъектом коррекционно-образовательного процесса системы образования.

Современные исследования в области специальной педагогики доказывают, что необходимо и целесообразно начинать коррекционно-педагогическую работу именно на ранних этапах развития ребенка, независимо от вида имеющегося у него дефекта (В.И. Селиверстов, Е.А. Стребелева, И.С. Кривовяз, У.Е. Ульенкова, Е.М. Мастюкова, Л.П. Носкова, Л.И. Плаксина, В.П. Жохов, М.В. Ипполитова, Н.Н. Школьникова, М.М. Либлинг и др.). Раннее оказание коррекционной помощи позволяет достигать принципиально иных результатов в развитии детей с отклонениями. Результаты отечественных и зарубежных научных исследований (Е.А. Иванова., Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей, Chen D., Calvello G., Harrel L., Stratton J.M., Wright S., Hatton D.D., McWilliam R.A., Winton P.J., McWilliam R.A., Winton P.J.) и практика со всей очевидностью показывают: раннее выявление и ранняя комплексная коррекция отклонений в развитии позволяют предупредить появление отклонений в развитии вторичной и третичной природы, скорректировать уже имеющиеся трудности и в результате – значительно снизить степень социальной недостаточности детей-инвалидов и детей с отклонениями в развитии, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

## **1. Основные характеристики детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей**

Различные семьи имеют множество особенностей, в частности одна из них, связанная со структурной особенностью семьи – это с ребенком инвалидом или с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Семья с ребенком-инвалидом – это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное – специфическим положением в семье ребенка-инвалида, которое обусловлено его болезнью.

В Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дается более полное определение инвалидности. Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки понятия «инвалидность»:

– любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;

– ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;

– затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

1. По возрасту – дети-инвалиды, инвалиды-взрослые;

2. По происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;

3. По степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда);

4. По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам.

Согласно приказу Минздрава РФ от 4 июля 1991 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов», к детям-инвалидам относятся дети, имеющие «... значительные ограничения жизнедеятельности,

приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем». Нарушение способности осуществлять ту или иную деятельность может быть от рождения или приобретено позже, может быть временным или постоянным. Проблема детской инвалидности является актуальной во всем мире. По данным ВОЗ, инвалиды составляют 10 % населения земного шара, из них 120 млн. – дети и подростки. Инвалиды детства в Российской Федерации составляют более 12 % от общего числа всех инвалидов.

Среди факторов, способствующих возникновению инвалидности у детей, выделяются внутренние и внешние. К внутренним можно отнести эмбриональные (до родов), обусловленные заболеванием матери, нервным напряжением, травматизмом либо наследственными факторами. Натальные (во время родов), произошедшие в результате осложненных либо слишком стремительных родов, неквалифицированной помощи медиков. Постнатальные (послеродовые), полученные в качестве последствия травмы. К внешним факторам относят неблагоприятную экологическую обстановку, курение, алкоголизм или наркоманию родителей, а также серьезные инфекционные заболевания.

Дети с ограниченными возможностями составляют особую социальную группу населения, неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества. Особенностью этой социальной группы является неспособность самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь. Несмотря на гарантированные Конституцией равные права всем детям России, возможности реализации этих прав у детей-инвалидов различны и зависят от социального статуса родителей. В структуре детской инвалидности преобладают умственная отсталость, заболевания нервной системы – более 60 %. У каждого десятого инвалида отмечается полная или частичная неспособность к самостоятельной деятельности, тяжесть расстройств и ограничение социальных функций.

Ограничение возможностей здоровья – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от степени возможности компенсации или восстановления ограничение возможностей здоровья может быть временным или постоянным.

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте от 0 до 18 лет, не признанные в установленном

порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания.

Согласно классификации В.А. Лапшина и Б.П. Пузанова выделяют такие категории детей-инвалидов:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);

2. Дети с нарушением зрения (слепота, слабовидение, косоглазие, недоразвитие сетчатки или других органов глаза).

3. Дети с нарушением речи (алалия, дизартрия, дисграфия, заикание, мутизм).

4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата:

– заболевания нервной системы: ДЦП, нейроинфекции.

– врожденная патология ОДА: врожденная дисплазия тазобедренного сустава, кривошея, косолапость, недоразвитие и аномалии развития конечностей, позвоночника и пр.

– приобретенные заболевания и повреждения ОДА.

5. Дети с отклонениями в познавательном развитии (задержка психического развития). ЗПР выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций.

6. Дети с эмоциональными расстройствами, в т.ч. с РДА, аутоподобное нарушение поведения, страхи, фобии.

7. Дети с нарушением поведения и деятельности;

8. Дети с нарушениями интеллекта (умственная отсталость различной степени). Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности и поведения, возникшее в результате органического поражения головного мозга.

9. Дети с комплексным нарушением психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Структура дефекта развития у данных категорий детей различна, но обусловлена следующими нарушениями:

– двигательными;

– речевыми;

– сенсорными;

– эмоциональными;

– поведенческими.

Клиническая картина нарушений в каждом отдельном случае разная, однако, можно выделить ряд проявлений, характерных для всех перечисленных категорий:

– социальная дезадаптированность ребенка;

– низкий уровень психических процессов (внимания, предметного и социального восприятия и представлений, памяти, мышления);



– нарушения сенсорно-перцептивных функций (трудности пространственного анализа и синтеза, понимания схемы тела, пространственно-временных отношений, зрительного, слухового, тактильного восприятия);

– нарушение речевых функций (дизартрия, нарушение фонематического восприятия, анализа слов, трудности усвоения лексической и понятийной стороны языка, полное отсутствие речи);

– задержка или нарушение развития мышления (снижение, уплощение интеллекта, недоразвитие мыслительных операций, таких как классификация, сравнение, анализ-синтез и пр.);

– заторможенность, ригидность, стереотипность и однообразие мыслительной деятельности, повышенная истощаемость, неустойчивая динамика ее продуктивности;

– недостаточность или грубые нарушения психомоторных функций (крупная и мелкая моторика, зрительно-моторная координация, моторная неловкость);

– несформированность мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы;

– нестабильность эмоционального состояния, возбудимость, страхи, фобии, повышенная тревожность, невротизация;

– снижение произвольности психических процессов, деятельности, поведения;

– стереотипия поведенческих реакций, «застывание» на определенных поведенческих реакциях и фразах, склонность к аутоподобному поведению;

– несформированность предметно-практических умений и навыков;

– нарушения в становлении личностных качеств и Я-концепции.

Кроме того, у детей с нарушениями в развитии часто наблюдаются психологические особенности, которые могут препятствовать их успешной интеграции в общество:

– некритичность, неадекватная самооценка и уровень притязаний;

– недостаточное развитие коммуникативных навыков;

– избирательное принятие социальных норм и правил поведения, неосознанность и отрицание многих из них;

– узость круга интересов, отсутствие мотивов к продуктивной деятельности;

– социальный и личностный инфантилизм.

Выделяют следующие характерные проблемы для детей с ОВЗ:

1. Проблемы медико-социального характера – связаны с медицинской реабилитацией детей, получение путевок на санаторно-курортное лечение, приобретение навыков выполнения медицинских рекомендации и т. д. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями должна быть ранней, этапной, длительной, комплексной, включать медицинские, психолого-педагогические, профессиональные,

социальнобытовые, правовые и другие программы с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку;

2. Экономические проблемы – недостаточность материальных средств, которые связаны с приобретением дефицитных медикаментов, специального оборудования и технических средств (средства передвижения, протезы) и т.д.;

3. Социально-бытовые проблемы – связаны с трудностями формирования у ребенка навыков самообслуживания, пользования общественным транспортом, средствами передвижения, установлением специализированного оборудования в домашних условиях и т. д.;

4. Проблемы образования – отсутствие достаточного количества специализированных образовательных учреждений для детей - инвалидов, проблемы, связанные с адаптацией детей в образовательных учреждениях и установлением социальных контактов и т. д.;

5. Психологические проблемы – психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Решение социальных проблем детей с ограниченными возможностями, связанных с включением их в общество может быть только комплексным, с участием органов управления социальной защиты населения, экономики, здравоохранения, культуры, образования, транспорта, строительства и архитектуры, а также в разработке единой, целостной системы социальной реабилитации. Патологические процессы, развивающиеся у лиц с ограниченными возможностями, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма, с другой – вызывают комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

Соответственно, детство и юность ребенка с ограниченными возможностями, становление его личности, его реабилитации и адаптации в социуме являются ключевыми для его судьбы, будущей жизни, формирования внутреннего мира и собственного «Я». От уровня адаптированности инвалида детства зависит и целый ряд общественных интересов. Следовательно, проблема адаптации, обучения, создания максимума возможностей для этой категории граждан стоит очень остро и требует безотлагательного решения.

Реализацию гарантированных государством прав и удовлетворение основных потребностей, а также дальнейшее включение в общество детей с ограниченными возможностями осуществляют, в первую очередь, семья, а затем социальные и образовательные учреждения, лечебные и реабилитационные учреждения, общество в целом.

Е.А. Полоухина подчеркивает, что рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья структурно деформирует семью. Это происходит

вследствие постоянной психологической нагрузки, которую несут члены семьи больного ребенка. Автор отмечает, что социально-психологический климат в семьях менее благополучный по сравнению с обычными семьями (относительно низкий экономический статус, ограниченность микроокружения, неблагоприятная психологическая атмосфера). Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплочивается. Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей. Обнаружение у ребенка дефекта развития почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние.

Выделяют четыре фазы развития данного стрессового состояния:

1. «Шок». Характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного». Иногда агрессия обращается на новорожденного, мать испытывает к нему негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети. Мать также может чувствовать себя виноватой за рождение ребенка с ОВЗ.

2. Развитие неадекватного отношения к дефекту. Характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией родителей ребенка.

3. «Частичное осознание дефекта ребенка». Возникает чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Родители начинают понимать, что они ответственны за ребенка, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода. Начинается поиск советов у специалистов.

4. «Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи». Родители смиряются с произошедшим, принимают ситуацию и начинают жить с учетом того, что в семье есть ребенок с ОВЗ.

Однако до четвертой фазы, несущей позитивный заряд в последующем развитии семьи, доходят далеко не все семьи детей с ОВЗ. Существует множество семей, которые так и не достигают стабилизации. На семью с ребенком с ОВЗ наваливаются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав трудностей, родители могут самоизолироваться, они отгораживаются от близких, друзей и знакомых, предпочитая переносить свое горе в одиночку.

Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида:

1. Семьи с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы;

2. Семьи с гиперактивной реакцией, когда родители интенсивно лечат, приобретают дорогостоящие лекарства, посещают ведущие клиники и т.д.;

3. Семьи со средней рациональной позицией, которые характеризуются последовательным выполнением всех инструкций, советов врачей, психологов.

Все семьи, воспитывающие детей-инвалидов или детей с ОВЗ, характеризуются определенными признаками:

1. Родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (это можно обозначить как нарушение временной перспективы);

2. Личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей, и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;

3. Семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;

4. Социальный статус семьи снижается - возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении

5. Родители стараются скрыть факт нарушения психического и физического развития у ребенка от друзей и знакомых, соответственно круг вне семейного функционирования сужается;

6. Особый психологический конфликт возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка;

7. В семьях, воспитывающих детей с особыми потребностями, роли, как правило, изменены. Другие дети, если они есть в семье, оказываются лишены внимания. Кроме того, часто родители ребенка с ОВЗ из страха, что проблемы со здоровьем могут повториться, накладывают внутренний запрет на репродуктивную функцию.

Н.Г. Корельская описывает типы семей по ситуации восприятия ребенка-инвалида в семье, которые имеют некоторые особенности:

– фрустрация ряда потребностей, таких как потребность в общении, потребность в продолжении рода и т.д.;

– длительное и иногда хроническое состояние тревоги, отчаяния, вызванное отсутствием перспектив на будущее, одиночеством, непониманием со стороны окружающих людей;

– проблемность в сохранении семьи: опасение, что муж оставит жену одну с ребенком;

– частые материальные трудности;

– проблемы в продолжении карьеры и самоактуализации;

– частые психотравмирующие ситуации, связанные с состоянием здоровья ребенка, социальными проблемами и т.д.;

– полная поглощенность проблемами, связанными с ребенком;

– изоляция от общества в целом.

Основные признаки, характеризующие семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, также выделены Н.Г. Корельской:

– родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (это можно обозначить как нарушение временной перспективы);

– личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и как следствие вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;

– семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;

– социальный статус семьи снижается – возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; родители стараются скрыть факт нарушения психического развития у ребенка и наблюдения его психиатром от друзей и знакомых, соответственно круг вне семейного функционирования сужается;

– «особый психологический конфликт» возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

Таким образом, трудности, с которыми сталкивается семья в случае рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, связаны как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества проблем, отличающихся от обычных трудностей. Поэтому именно социальная помощь в решении этих проблем должна быть одним из основных направлений деятельности, так как семья с ребенком с ОВЗ является одной из наиболее уязвимых групп населения. Следует особо подчеркнуть, что работа по социальной, медицинской, психолого-педагогической реабилитации, оказание различных видов социальной помощи ребёнку с ОВЗ осуществляется в контексте комплексной работы не только с ребёнком, но и с семьей.

## **2. Содержание социальной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья**

Степень интеграции детей с ОВЗ в общество зависит от уровня их образования, социально-бытовой ориентации, от участия семьи в этом процессе. В последние годы, на фоне социально-экономических преобразований, продолжается развитие процессов гуманизации и модернизации современного образования, в основе которых находятся вопросы социализации, адаптации и интеграции детей-инвалидов, их социальной защиты. Уровень цивилизованности общества напрямую зависит от положения детей и глубины заботы о них государства и общества в целом. Забота о детях-инвалидах имеет свои особенности, так как необходимо обеспечить не только развитие всех систем и функций растущего организма, но и создать условия для максимально возможной социальной адаптации таких детей в социуме.

Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий, а также разработки новых технологий социальной работы для решения проблем данной категории. Технологии социальной работы с детьми-инвалидами разнообразны. Они направлены на установление социальной проблемы, выявление причин и поиск способов ее решения, сбор информации; изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента; помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил; предупреждение социальных и индивидуальных рисков; облегчение вхождения индивида в сравнительно незнакомое общество или культурную систему. Результатом применения технологий социальной работы является полное или частичное восстановление способностей ребенка с ОВЗ к бытовой и общественной деятельности.

Важной задачей специалистов социальных служб является внедрение в свою деятельность хорошо зарекомендовавших себя традиционных технологий и применение инновационных форм и методов работы. Использование технологий социальной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья позволяет сделать социальное обслуживание более доступным для каждого нуждающегося.

Технологии социальной работы с семьями, имеющими детей с ОВЗ разнообразны и направлены на установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации; изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента; помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента; предупреждение социальных и индивидуальных рисков; облегчение вхождения индивида в сравнительно незнакомое общество или культурную систему. К важнейшим видам технологий социальной работы с семьями с детьми с ОВЗ относятся: социальная диагностика; социальная реабилитация; социальная адаптация; социальная профилактика; социально-психологическая коррекция и консультирование. Они ориентируют на целостный подход к ребенку, учет его интересов, потребностей, ценностных ориентаций, на создание общественных условий, способствующих мобилизации потенциала внутренних сил личности для решения возникших проблем и трудностей.

Социальная диагностика является методическим инструментом, дающим специалисту необходимые знания, на основании которых ставится социальный диагноз проблемы ребенка с ОВЗ, выбираются технологии социальной работы, позволяющие разрешить имеющиеся трудности в жизнедеятельности ребенка с ограниченными возможностями. Социальная диагностика – интегративная технология, которая включает в себя совокупность методов, приемов и предполагает способность специалиста распознавать личностные ресурсы ребенка с ОВЗ, резервные возможности его социального окружения, обеспечивающие достижение успехов в отношениях

с людьми, самореализации в различных сферах. Семья, учебный коллектив ребенка с ограниченными возможностями способствуют формированию волевых качеств, активной жизненной позиции и обеспечивают социальное признание. Таким образом, социальная диагностика изучает деятельность и поведение ребенка с ОВЗ в повседневной жизни, причины его трудной жизненной ситуации и выявляет изменения в ней в процессе оказания социальных услуг.

Целью социальной диагностики является установление специалистом объективного социального диагноза проблемы ребенка и оформление заключения. Анализ проблемы семьи, имеющей ребенка с ОВЗ осуществляется с помощью трех способов. Во-первых, специалист на основе результатов социально-диагностических методов конкретизирует причины и ход развития проблемы клиента. Во-вторых, характеризует готовность ребенка с ОВЗ к решению проблемы (наличие социальных умений и навыков, знаний и социального опыта), описывает взаимодействие его с членами семьи, друзьями в настоящее время. В-третьих, систематизирует всю информацию о семье (структура, социальное и экономическое положение, межличностные отношения членов семьи), учебном коллективе, куда входит ребенок с ОВЗ. При описании семьи особое внимание уделяется психологическому микроклимату и экономическим условиям, которые влияют на деятельность ребенка с ОВЗ и его готовность к решению проблемы.

Выявление социальных умений и навыков ребенка с ОВЗ, определение их уровня сформированности осуществляется с помощью методов социальной диагностики: наблюдения, анкетирования, интервьюирования, обследования жилищно-бытовых условий, анализа документов. Наблюдение, как метод социальной диагностики, предполагает ознакомление с проблемами ребенка с ОВЗ в естественных, привычных для него условиях жизни. Таким образом, технология социальной диагностики способствует выявлению причин возникновения проблемы ребенка-инвалида, его ресурсов и потенциальных возможностей. Социальный диагноз, как результат реализации социально-диагностических методов, отражает индивидуальные особенности ребенка с ограниченными возможностями, включает рекомендации к выбору мероприятий по его социальной реабилитации.

Социальная реабилитация детей-инвалидов и детей с ОВЗ является одной из наиболее важных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Социальная реабилитация – это процесс усвоения ребенком определенной системы знаний, ценностей и норм, которые характеризуют культуру, присущую обществу или социальной группе в целом. В результате социальной реабилитации дети-инвалиды могут функционировать в качестве активных субъектов общественных отношений.

Технологии социальной реабилитации включают совокупность приёмов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребёнка, имеющего инвалидность. Целью социальной реабилитации является создание условий для всестороннего развития детей с ОВЗ: физического,

эмоционального и интеллектуального. Методы социальной реабилитации разнообразны, но основными из них являются: консультационные мероприятия для родителей; помощь в обучении ребенка социальным навыкам; организация досуга; занятия лечебной физической культурой и т.д.

Система реабилитации предусматривает значительный набор услуг, оказываемых не только детям, но и их родителям, семье в целом и более широкому окружению. Все услуги скоординированы таким образом, чтобы оказать помощь индивидуальному и семейному развитию и защитить права всех членов семьи. Помощь при малейшей возможности должна оказываться в естественном окружении, в семье.

Задача социальной реабилитации детей с ОВЗ – снять страх перед средой, которая недоступна, раскрепостить ребенка и направить его духовные и физические силы на развитие и проявление талантов и способностей. Выравнивание возможностей детей-инвалидов обеспечивается за счет социальных служб, которые организуют работу со всеми участниками: ребенком, его семьей и ближайшим окружением. Родители, получая поддержку, начинают более объективно оценивать проблемы, связанные с инвалидностью, не замыкаются на своем ребенке и проявляют социальную активность. Культурно-просветительские и клубные мероприятия, в которых дети-инвалиды участвуют вместе с родителями и здоровыми сверстниками, помогают ребенку приобрести опыт общения и деятельности в коллективе.

Таким образом, социальная реабилитация помогает детям развивать необходимые навыки и умения, а также безболезненно влиться в общество. Результатом социальной реабилитации детей с ОВЗ является формирование чувства уверенности в своих силах, воспитание социальных, трудовых и эстетических установок.

В перечне функциональных технологий социальной работы с детьми с ОВЗ социальная профилактика занимает не менее важное место. Под социальной профилактикой понимается комплекс мер социально-психологического, медицинского и педагогического характера, направленных на нейтрализацию воздействия отрицательных факторов социальной среды на личность. Целью социальной профилактики является предотвращение развития каких-либо негативных процессов на ранних стадиях. Одним из направлений социальной профилактики является технология здоровьесбережения. Здоровьесберегающие технологии, включают в себя комплекс воспитательно-оздоровительных, коррекционных и профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья ребенка-инвалида на всех этапах его обучения и развития.

Профессор педагогических наук Ю.В. Науменко, подразделяет здоровьесберегающие технологии на блоки:

1. Технологии сохранения и стимулирования здоровья, включают в себя физкультурные и динамические паузы, релаксацию, подвижные и спортивные игры, пальчиковые игры, дыхательную и артикуляционную гимнастику, упражнения для глаз, ортопедическую гимнастику. Данные



мероприятия направлены на снижение утомляемости, снятия эмоционального напряжения у ребенка-инвалида.

2. Технологии обучения здоровому образу жизни формируют у детей инвалидов положительное отношение к здоровью своему и окружающих путем формирования негативного отношения к вредным привычкам, организации физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Применение здоровьесберегающих технологий в социальной работе с детьми-инвалидами направлено на формирование их мотивационной сферы, поведенческих реакций, на сохранение и укрепление собственного здоровья.

Социально-психологическая коррекция и консультирование детей с ОВЗ – это технологии социальной работы, представляющие собой организованное конструктивное взаимодействие специалиста социальной службы и клиента по вопросам понимания особенностей трудной жизненной ситуации, связанной с особенностями здоровья, поиску резервных ресурсов клиента, оказанию содействия гражданам с ограниченными возможностями в адаптации к социуму, реализации их законных прав и интересов. Они направлены на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом развитии ребенка.

В настоящее время существует два основных вида: контактное и дистантное консультирование. Контактное (прямое, очное) консультирование предполагает непосредственный контакт специалиста с инвалидом с целью совместной работы над решением проблем последнего, как в учреждениях социального обслуживания, так и в форме выездных мероприятий. Оно представляет собой взаимодействие между консультантом и клиентом, в ходе которого специалист передает специальные знания и соответствующую информацию консультируемому лицу с целью помощи ему в решении назревших проблем. Дистантное (заочное, опосредованное) консультирование не предполагает непосредственного контакта между консультантом и клиентом. В практике социальной работы с инвалидами чаще всего используется его разновидность – телефонное консультирование. Его преимущества заключаются в том, что: во-первых, обратится за помощью ребенку-инвалиду или его представителю, можно не выходя из дома и в любое удобное для них время. Во-вторых, не существует временных ограничений такой консультации, кроме того за один день можно получить консультацию несколько раз, не испытывая при этом неловкости.

Отдельно следует выделить направление семейного социально-психологического консультирования, цель которого заключается в систематизации отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением, социальным становлением ребенка. Данное направление необходимо рассматривать как особый процесс группового взаимодействия, посредством которого происходит изменение характера межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье. Особенностью консультирования родителей,

воспитывающих детей с ОВЗ, является необходимость их подготовки к продуктивному сотрудничеству со специалистами службы.

Основной метод социально-психологического консультирования – интервью или беседа. Умение правильно строить и проводить интервью – необходимое условие эффективности. Дополнительным методом может быть дискуссия, в зависимости от конкретных целей. Иногда в социально-психологическом консультировании применяются методы психодиагностики, чаще всего тестирование, допустимо компьютерное тестирование. Тесты используются в том случае, если для решения проблемы клиента важно учесть его индивидуальные особенности, не проявляющиеся в ходе интервью. Технологии социально-психологической коррекции и консультирования направлены на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом развитии ребенка-инвалида с помощью методов беседы, психодиагностики, а также творческих методов (арт-терапия).

Технология социальной адаптации является одной из основных технологий социальной работы, так как на ней построена почти вся деятельность по отработке у клиента навыков противостояния негативному воздействию окружающей среды. Социальная адаптация ребенка с ОВЗ определяется как его интеграция в общество, в ходе которой он оказывается в различных проблемных ситуациях, возникающих в сфере межличностных отношений. Именно таким образом ребенок усваивает механизмы и нормы социального поведения, установки, черты характера и другие особенности, которые в целом и обеспечивают социализацию ребенка. Социальная адаптация предполагает активное приспособление ребенка с ОВЗ к условиям социальной среды.

Таким образом, использование технологий в работе с детьми с ОВЗ будет способствовать обеспечению, сохранению и укреплению физического, психологического, социального, нравственного здоровья детей; формированию ценностных установок, социальных потребностей; успешной интеграции их в общество. Основными целями применения технологий социальной работы являются: преодоление состояния беспомощности; помощь в адаптации к условиям существования и жизнедеятельности; формирование адекватной среды жизнедеятельности; восстановление и компенсация утраченных человеком возможностей и функций.

### **3. Коррекционно-развивающие технологии, формы и методы инновационной деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

В социально-педагогической науке инновационная деятельность понимается как целенаправленная социально-педагогическая деятельность, основанная на осмыслении (рефлексии) своего собственного практического опыта при помощи сравнения и изучения, изменения и развития социально-

реабилитационного процесса с целью достижения более высоких результатов, получения нового знания, качественно иной социально-педагогической практики.

В работе с детьми с ОВЗ применяются следующие социально-педагогические и коррекционные технологии:

- коррекционно-развивающие технологии;
- технологии организации психолого-педагогического сопровождения;
- здоровьесберегающие технологии;
- технологии организации развивающей среды;
- технология сенсорной интеграции.

### **Коррекционно-развивающие технологии.**

К коррекционно-развивающим технологиям относятся технологии, направленные, прежде всего, на активизацию жизненных сил, оптимизацию функционального статуса глубинных образований мозга, формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, формирование высших психических функций, эмоционально-волевых процессов и т.д. Нейропсихологический подход к коррекции предполагает постепенное движение снизу вверх, т.е. работа от низших функций и высшим и от развития подкорковых образований к коре головного мозга. Работы В.М.Бехтерева, А.Н.Леонтьева, А.Р. Лурия, Н.С. Лейтеса. П.Н. Анохина доказали влияние манипуляций рук на функции высшей нервной деятельности, развитие речи. Следовательно, развивающая работа может быть направлена снизу-вверх (от движения (действия) к мышлению).

Рассмотрим более подробно формы и методы коррекционно-развивающей деятельности с детьми с ОВЗ.

### **Арт-терапия.**

К коррекционным технологиям относится **арт-терапия**, направленная на снятие нервно-психического напряжения, а также благоприятно влияющая на здоровье, самочувствие и формирование личностных качеств у детей.

Арт-терапия как метод социально-психологической коррекции и консультирования оказывает терапевтическое воздействие при решении внутренних психологических конфликтов, проблем коммуникации и социализации детей с ограниченными возможностями. Коррекционные возможности арт-терапии связаны с предоставлением клиенту практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, утверждением и познанием своего "Я".



## Цели арт-терапии

1. Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам (работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом выпустить "пар" и разрядить напряжение).

2. Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

3. Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о клиенте, который может помогать в интерпретации своих произведений.

4. Проработать мысли и чувства, которые клиент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

5. Наладить отношения между психологом и клиентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6. Развить чувство внутреннего контроля. Работа над рисунками, картинами или лепка предусматривают упорядочивание цвета и форм.

7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

8. Развить художественные способности и повысить самооценку. Побочным продуктом арттерапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития.

Арт-терапия дает выход внутренним конфликтам и сильным эмоциям, помогает при интерпретации вытесненных переживаний, дисциплинирует группу, способствует повышению самооценки клиента, способности осознавать свои ощущения и чувства, развивает художественные способности.

Существует две формы арт-терапии: пассивная и активная.

При пассивной форме клиент "потребляет" художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения. При активной форме арт-терапии клиент сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры и т.д.

Раскроем содержание и методику работы по основным формам арт-терапии.

### *Изотерапия.*

Рисование развивает чувственно-двигательную координацию, так как требует согласованного участия многих психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании межполушарных взаимоотношений, поскольку в процессе рисования активизируется

конкретно-образное мышление, связанное, в основном, с работой правого полушария, и абстрактно-логическое, за которое ответственно левое полушарие. Будучи напрямую сопряжено с важнейшими функциями (зрение, двигательная координация, речь, мышление), рисование не просто способствует развитию каждой из этих функций, но и связывает их между собой. Изотерапия использует процесс создания изображений в качестве инструмента реализации целей. Это не создание произведения искусства, не часть занятий по изобразительному искусству. Психокоррекционные занятия с использованием изотерапии служат инструментом для изучения чувств, идей и событий, для развития межличностных навыков и отношений, укрепления самооценки и уверенности в себе.

Арт-терапевтическая работа предполагает большой набор различных изобразительных материалов:

1) краски, карандаши, восковые мелки, пастель;

2) для создания коллажей или объемных композиций используются журналы, газеты, обои, бумажные салфетки, цветная бумага, фольга, пленка, коробки от конфет, открытки, тесьма, веревочки, текстиль;

3) природные материалы – кора, листья и семена растений, цветы, перышки, ветки, мох, камешки;

4) для лепки – глина, пластилин, дерево, специальное тесто;

5) бумага для рисования разных форматов и оттенков, картон;

6) кисти разных размеров, губки для закрашивания больших пространств, ножницы, нитки, разные типы клеев, скотч



Помимо практических соображений существует ряд серьезных моментов, касающихся выбора материалов в соответствии с целями занятий. При индивидуальной работе с детьми или группами, чье поведение трудно контролировать, стоит начать с «контролируемых» материалов. Многие чувствуют себя неуверенно в отношении своих художественных способностей. Вырезание картинок из журнала для создания коллажа «уравнивает» участников и позволяет даже очень неуверенным клиентам присоединиться к работе.



Арт-терапевт строит свои отношения с ребенком таким образом, чтобы ребенок делился своими ощущениями, возникающими при изотерапии, чувствами, касающимися подхода к выполнению и решению задачи, к самой работе, к процессу творения. В результате ребенок начинает лучше осознавать себя.



Самопознание ребенка углубляется благодаря обсуждению вопросов, относящихся к разработке частей картинки, их более четкому выделению, достижению большей ясности путем описания формы, цвета, образов, предметов, людей.

Первый этап: свободная активность перед собственно творческим процессом – непосредственное переживание. На этом этапе изотерапии дети любят, как они это называют, «пачкать», сначала используя один, затем другой материал, а потом смешивая их.



Второй этап: процесс творческой работы – создание феномена, визуальное представление. Дети безмолвно уходят во взаимодействие со своим творческим самовыражением, вне зависимости от возраста (даже очень маленькие дети).

Третий этап: дистанцирование, процесс рассматривания. На этом этапе необходимо расположить работу в таком месте, где на нее было бы легко смотреть. Детям предлагают поместить свое художественное произведение в удобном для них месте на вертикальной поверхности (стене, окне, на стенке шкафа, двери).

Четвертый этап: вербализация чувств, мыслей, возникших в результате рассматривания творческой работы. Особенности четвертого этапа изобразительной деятельности таковы:

1. Психолог просит ребенка описать картинку так, как будто картинкой является он сам, с использованием слова «Я». Например: «Я – картинка, по всей моей поверхности расположены красные линии, а в середине находится голубой квадрат».

2. Выбираются специфические предметы на картинке, для того чтобы ребенок их идентифицировал с чем-нибудь: «Будь голубым квадратом и опиши себя: на что ты похож, каковы твои действия и т. д.».

3. При необходимости задают ребенку вопросы, чтобы облегчить ему выполнение задачи: «Что ты делаешь?», «Кто тебе ближе всех?» Эти вопросы помогают входить в рисунок вместе с ребенком и открывают различные пути установления отношений и реализации терапевтического процесса.

На этом этапе достигаются дальнейшая концентрация внимания ребенка и обострение осознания путем выделения и детального рассмотрения одной или нескольких частей рисунка. Ребенок побуждается к максимально углубленной работе со специфической частью картинка, особенно если у него достаточно энергии и вдохновения или если отмечается необычный недостаток их. Здесь часто помогают вопросы: «Куда она идет?»; «О чем думает этот кружок?»; «Что она собирается делать?»; «Что произойдет с этим?» и т. д. Если ребенок говорит: «Я не знаю», не отступайте, перейдите к другой части картинка, задайте другой вопрос, дайте свой ответ и спросите ребенка, правильно это или нет.

4. Ребенку предлагается вести диалог между двумя частями его картинка или двумя соприкасающимися, либо противоположными точками (такими как дорога и автомобиль или линия вокруг квадрата, или счастливая и печальная стороны образа).

5. Психолог просит ребенка обратить внимание на цвета. Излагая свои предложения о том, как нарисовать картинка, пока ребенок сидит с закрытыми глазами, ему можно предложить подумать над следующим: «Подумай о цветах, которые ты собираешься использовать. Что ты подразумеваешь под яркими цветами? Что для тебя значат темные цвета? Будешь ли ты использовать яркие или пастельные цвета, светлые или темные тона?» Вопросы строятся таким образом, чтобы ребенок осознавал, настолько, насколько это возможно, что именно он делал, даже если он не хочет разговаривать об этом.

6. Психолог работает над идентификацией, помогая ребенку «отнести к себе» то, что он говорит, описывая картинка или ее части. Можно спросить ребенка: «Ты когда-нибудь испытывал что-нибудь похожее?», «Ты когда-нибудь делаешь это?», «Относится ли это каким-либо образом к твоей жизни?», «Есть ли тебе что сказать в роли розового куста из того, что ты мог бы сказать как человек?» Подобные вопросы можно задать в самой разнообразной форме. Необходимо задавать их очень осторожно и мягко.

7. Дети не всегда четко представляют себе свою жизнь, собственные чувства и переживания. Иногда они сдерживают себя и очень боятся выразить свои чувства. Иногда они не готовы к этому. Иногда вдруг оказывается, что они готовы излить чувства, возникшие при рисовании, хотя не переносят содержание картин на себя, но рассказывают таким образом, что становится ясно, что они хотели бы сказать. Они выражают то, в чем они испытывают потребность, то, чего они хотят, но в своей собственной манере.

8. На этом этапе рисунок откладывается и прорабатываются реальные жизненные ситуации или рассказы, «вытекающие» из рисунка. Иногда



ситуация выясняется очень быстро с помощью прямого вопроса, например, «Это относится к твоей жизни?», а иногда у ребенка возникают спонтанные ассоциации, связанные с какими-либо событиями его жизни. Иногда, если ребенок внезапно замолкает или изменяется в лице, можно спросить: «Что случилось?» И ребенок начинает рассказывать о каких-либо событиях своей теперешней жизни или о своем прошлом. А иногда он отвечает: «Ничего».

9. Психолог выясняет, нет ли пропусков или пустых мест на картинках и обращает особое внимание на этот факт.

10. Психолог останавливается на тех вещах, которые для ребенка выходят на первый план. При этом необходимо проявлять большой интерес и настойчивость.

11. Прежде чем перейти к более сложным и неприятным разделам, рекомендуется работать с тем, что ребенку легче и приятнее. Потому что, если начинать разговаривать с детьми о более легких вещах, они становятся откровеннее и в беседе о более сложных. Некоторым детям труднее поделиться своей печалью до того, как они выразят положительные эмоции. Однако это верно не во всех случаях. Иногда дети, которые таят в себе гнев, испытывают потребность дать ему выход перед тем, как они обнаружат положительные эмоции.



12. Осуществляются наблюдения за внешними проявлениями поведения: особенностями оттенка голоса ребенка, положением его тела, выражением лица, жестами, дыханием, паузами. Молчание может означать контроль, обдумывание, припоминание, репрессию, тревогу, страх или осознание чего-либо. Можно использовать эти признаки в последующей работе.

В изотерапии в коррекционной работе с детьми применяются следующие методики:

– рисование на мокрой бумаге. На смоченный лист бумаги при помощи акварели наносится рисунок, где используется максимально возможная палитра цветов. Нужно наблюдать за тем, как цвета смешиваются друг с другом, ощущать свои чувства, возникающие в процессе наблюдения. Далее образованным на листе бумаги узорам дается название.

– монотипии. На стекле при помощи густых красок создается изображение, после чего отпечатывается на лист бумаги. В конце





производится обсуждение полученных результатов.

– техника раздувания краски. Наносится водорастворимая краска с большим процентом содержания воды на лист бумаги при помощи трубочки и раздувается получившийся рисунок. Важно при выполнении упражнения использовать максимально возможную палитру цветов. В конце задания ребенок делает попытку распознать получившийся образ, пофантазировать;

Тексты инструкций к упражнениям

– «Сейчас ты будешь в течение минуты смотреть на этот цветок. Я засеку время по секундомеру (песочным часам) и затем попрошу, когда закончится время, сделать рисунок тех чувств, которые ты испытывал, когда смотрел на него».

– «Попробуй выразить свой мир в виде образов, представленных в цветах, линиях, формах, символах. Как выглядел бы мир, если бы он был таким, как тебе хочется».

– «Нарисуй, что ты делаешь, когда ты сердишься; что заставляет тебя быть сердитым».

– «Изобрази место, которое делает тебя счастливыми; как ты себя чувствуешь в данный момент; как бы ты хотел себя чувствовать».

– «Нарисуй себя: как ты выглядишь сейчас, как бы ты хотел выглядеть, когда станешь старше; когда ты состаришься, когда ты был младше (в каком-то определенном возрасте или вообще)».

– «Нарисуй то время, которое ты вспоминаешь в первую очередь, ту вещь, которая тебе приходит в голову; семейную сценку; твой любимый обед; сон».

– «Нарисуй, где бы ты хотел быть: идеальное место, любимое место. Или место, которое ты не любишь; самую худшую вещь, которую ты можешь себе представить».

Работая с детьми, можно также произносить слова и предлагать детям быстро рисовать то, что обозначают эти слова: любовь, красота, тревога, свобода, милосердие и т. д. В качестве тем для рисунков можно использовать множество других вещей: фантазии, рассказы, звуки, движения, достопримечательности. Можно также комбинировать рисование с сочинением литературных произведений, стихов.

#### *Техника направленной визуализации.*

В арт-терапии совместно с изотерапией используется также техника направленной визуализации – направление потока воображения клиента в определенное русло. Техника направленной визуализации в сочетании с изобразительной работой включает в себя четыре этапа.

Первый этап. Настройка на визуализацию. Положение тела в пространстве может быть разным, в зависимости от того, какая степень релаксации требуется данному клиенту. Релаксация может быть различной глубины.

Арт-терапевт на этом этапе может использовать следующий текст: «Закройте глаза, и мы отправимся в воображаемое фантастическое путешествие. Когда мы возвратимся, вы откроете глаза и нарисуете что-нибудь из того, что произойдет в путешествии».

Второй этап. Рассказывание или чтение истории, путешествия История имеет три части – начало, кульминацию и завершение. Во время кульминации участник группы обретает что-то важное для себя. В конце слушатель должен пройти все этапы пути в обратном направлении к исходной точке – обязательно, чтобы его процесс был завершен. Историю надо прочитывать медленно, избегая конкретизации образов, с большим числом пауз, чтобы дать возможность вообразить себе вещи, которые возникают в рассказе. Сюжет выбирается с учетом задач, возраста и запросов клиентов. Темы могут быть разными: «Прогулка по лесу», «Волна в океане», «Потаенный сад», «Дом»... Кульминационный момент связан с активностью воображения. В этот момент слушающий активно нащупывает выход из сложной для себя ситуации, запускаются процессы самоисцеления.

Третий этап. Возвращение из путешествия. После возвращения в бодрствующее состояние предлагается изобразить запомнившиеся ощущения, образы. В процессе изображения возникает состояние рефлексии над материалом воображения.

Четвертый этап. Обсуждение работы. После «путешествия» нет интерпретации происшедшего, обсуждение может проходить сначала в малых группах, затем в кругу. Полезно, опросив всех, почувствовать, что чувствовал каждый.

Основная задача при проведении техники направленной визуализации заключается в том, чтобы «оживить» латентные, неосознаваемые стороны личности, а затем в той или иной мере осмыслить их как источник скрытых потребностей, силы.

Пример «путешествия»: «Куст роз».

«Закрой глаза и войди в свое пространство. Вообразив себя кустом роз, посмотри: Какой ты куст? Натепе есть цветы? Если есть, то какие (они не обязательно должны быть розами)? Какого цвета твои цветы? Сколько их у тебя? Полностью ли распустились твои цветы, или у тебя только бутоны? Есть ли у тебя листья? Какие они? Как выглядит твой стебель и ветви? Как выглядят твои корни? Может быть, у тебя их нет? Если есть, то какие они? Где ты растешь? Что окружает тебя? Как ты поддерживаешь свое существование? Кто-нибудь ухаживает за тобой? Какая сейчас погода? А теперь ты возвращаешься обратно. Открой глаза и, когда будешь готов, нарисуй свой куст роз. Не беспокойся, хорошо ли нарисовано, главное суметь описать свой куст роз».

### *Сказкотерапия.*

Это метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром.

Выделяют несколько основных функциональных особенностей сказок.

1. Тексты сказок вызывают интенсивный эмоциональный резонанс как у детей, так и у взрослых. Образы сказок обращаются одновременно к двум психическим уровням: к уровню сознания и подсознания, что создает особые возможности при коммуникации.



2. Концепция сказкотерапии основана на идее ценности метафоры как носителя информации: о

жизненно важных явлениях; о жизненных ценностях; о внутреннем мире автора (в случае авторской сказки).

3. В сказке в символической форме содержится информация о том: как устроен этот мир, кто его создал; что происходит с человеком в разные периоды его жизни; какие «ловушки», искушения, трудности, препятствия можно встретить в жизни и как с ними справляться; как приобретать и ценить дружбу и любовь; какими ценностями руководствоваться в жизни; как строить отношения с родителями и детьми; как бороться и прощать.

4. Сказки являются основой для формирования способности человека к противостоянию негативным воздействиям духовного, ментального и эмоционального характера, исходящим из социума.

5. Сказки возвращают и ребенка, и взрослого в состояние целостного восприятия мира. Дают возможность мечтать, активизируют творческий потенциал, передают знания о мире, о человеческих взаимоотношениях.

Психологическая защищенность. Приznak настоящей сказки – хороший конец. Это дает ребенку чувство психологической защищенности. Что бы ни происходило в сказке, все заканчивается хорошо. Оказывается, все испытания, выпавшие на долю героев, были нужны для того, чтобы сделать их более сильными и мудрыми. С другой стороны, ребенок видит, что герой, совершивший плохой поступок, обязательно получит по заслугам. А герой, который проходит через все испытания, проявляя свои лучшие качества, обязательно вознаграждается. В этом заключается закон жизни: как ты относишься к миру, так и он к тебе.

Наличие тайны и волшебства Эти качества свойственны волшебным сказкам. Волшебная сказка как живой организм – в ней все дышит, в любой момент любой предмет – даже камень – может ожить и заговорить. Эта особенность сказки очень важна для развития психики ребенка. Читая или слушая сказку, ребенок «вживляется» в повествование. Он может идентифицировать себя не только с главным героем, но и с другими одушевленными персонажами. При этом развивается способность ребенка децентрироваться, вставать на место другого.

У каждой группы сказок есть своя возрастная детская аудитория. Детям 3-5 лет наиболее понятны и близки сказки о животных и сказки о взаимодействии людей и животных. В этом возрасте дети часто идентифицируют себя с животными, легко перевоплощаются в них, копируя их манеру поведения. Начиная с 5 лет, ребенок идентифицирует себя преимущественно с человеческими персонажами: принцами, царевнами, солдатами и пр. Чем старше становится ребенок, тем с большим удовольствием он читает истории и сказки о людях, потому что в этих историях содержится рассказ о том, как человек познает мир. Примерно с 5-6 лет ребенок предпочитает волшебные сказки. В подростковом возрасте могут быть интересны сказки-притчи и бытовые сказки.



Сказка – богатый терапевтический материал, который может быть использован в нескольких аспектах.

1. Использование сказки как метафоры. Текст и образы сказок вызывают свободные ассоциации, касающиеся личной жизни клиента. Затем эти метафоры и ассоциации могут быть обсуждены.

2. Рисование по мотивам сказки. Свободные ассоциации проявляются в рисунке, и дальше возможен анализ полученного графического материала.

3. Обсуждение поведения и мотивов действий персонажа служит поводом к обсуждению ценностей поведения человека, выявляет систему оценок человека в категориях «хорошо-плохо».

4. Проигрывание эпизодов сказки. Проигрывание эпизодов дает возможность ребенку почувствовать некоторые эмоционально значимые ситуации и проиграть эмоции.

5. Использование сказки как притчи-нравоучения. Подсказка с помощью метафоры варианта разрешения ситуации.

6. Творческая работа по мотивам сказки (дописывание, переписывание, работа со сказкой).

Сказочная ситуация, которая задается ребенку, должна отвечать определенным требованиям:

1) ситуация не должна иметь правильного готового ответа (принцип «открытости»);

2) ситуация должна содержать актуальную для ребенка проблему, «зашифрованную» в образном ряде сказки;

3) ситуация и вопрос должны быть построены и сформулированы так, чтобы побудить ребенка самостоятельно строить и проследивать причинно-следственные связи (откуда это взялось, почему это происходит, зачем это нужно; что будет, если произойдет то-то и то-то).

Основные приемы работы со сказкой.

1. Анализ сказок. Цель – осознание, интерпретация того, что стоит за каждой сказочной ситуацией, за конструкцией сюжета, за поведением героев. Например, для анализа выбирается известная сказка. После прослушивания детьми сказки им задается ряд вопросов: Как вы думаете, о чем (про что, про кого) эта сказка? Кто из героев вам больше всего понравился (не понравился)? Как вы думаете, почему тот или иной герой совершал те или иные поступки? Придумайте, что было бы, если бы главный герой не сделал того-то поступка? Как вы думаете, если бы в сказке были одни хорошие герои (или одни плохие герои), что это была бы за сказка? Зачем в сказке есть плохие и хорошие герои? Данная форма работы применяется для детей в возрасте от 5 лет и подростков. Анализ сказок и сказочных ситуаций может быть построен в форме как индивидуальной работы, так и групповой дискуссии, где каждый высказывает свое мнение относительно того, что «зашифровано» в той или иной сказочной ситуации.

2. Рассказывание сказок. Прием помогает проработать такие моменты, как развитие фантазии, воображения, способности к децентрации. Ребенку или группе детей предлагается рассказать сказку от первого или от третьего лица. Можно предложить ребенку рассказать сказку от имени других действующих лиц, участвующих или не участвующих в сказке. Например, как сказку о Колобке рассказала бы Лиса, Баба-Яга или Василиса Премудрая. «Давайте попробуем рассказать историю Колобка глазами Бабы-Яги, Лисы, Василисы Премудрой или пенька, на котором сидел Колобок».

3. Переписывание сказок. Переписывание и дописывание авторских и народных сказок имеет смысл тогда, когда ребенку или подростку чем-то не нравится сюжет, поворот событий, ситуаций, конец сказки и т. д. Это – важный диагностический материал. Переписывая сказку, дописывая свой конец или вставляя необходимые ему персонажи, ребенок сам выбирает наиболее соответствующий его внутреннему состоянию поворот и находит тот вариант разрешения ситуаций, который позволяет освободиться ему от внутреннего напряжения – в этом заключается психокоррекционный смысл переписывания сказки.

4. Постановка сказок с помощью кукол. Работая с куклой, ребенок видит, что каждое его действие немедленно отражается на поведении куклы. Это помогает ему самостоятельно корректировать свои движения и делать поведение куклы максимально выразительным. Работа с куклами позволяет



совершенствовать и проявлять через куклу те эмоции, которые обычно ребенок по каким-то причинам не может себе позволить проявить.

5. Сочинение сказок. Ребенок может сочинять сказку, самостоятельно выбирая тему или по заданной первой фразе. В первой фразе психолог может указать главных героев и место действия. В своей собственной сказке ребенок отражает свою проблемную ситуацию и способы ее решения. Она дает возможность отреагировать значимые эмоции, выявить внутренние конфликты и затруднения.

### *Игровая терапия.*

Это метод коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, в основу которого положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром – игра. Игра является для ребенка тем же, чем речь является для взрослого. Это средство для выражения чувств, исследования отношений и самореализации. Игра представляет собой попытку ребенка организовать свой опыт, свой личный мир. В процессе игры ребенок переживает чувства контроля над ситуацией, даже если реальные обстоятельства этому противоречат.



Основная цель игровой терапии – помочь ребенку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него образом – через игру, а также проявить творческую активность в разрешении сложных жизненных ситуаций, «отыгрываемых» или моделируемых в игровом процессе.



Спонтанное самовыражение в игре позволяет ребенку освободиться от болезненных внутренних переживаний, связанных с негативным эмоциональным опытом. Включение волевых механизмов, активизация творческого поиска новых, более адекватных способов реагирования в проблемных ситуациях, наряду с более глубоким пониманием собственного Я и своих отношений со значимыми другими, способствуют позитивным изменениям на поведенческом уровне.

Игровая терапия включает в себя:

– игровую терапию реальной жизни (проигрывание проблемных ситуаций семейных отношений, взаимодействия со сверстниками, соперничество, кризисные и подростковые конфликты и др.). В данном случае

чаще всего используется техники ролевых игр, драматизации, театрализованной игры, сказкотерапии, элементы тренинговых упражнений;

– игровую терапию отреагирования (проигрывание стрессогенных ситуаций, прошлого травмирующего опыта). Наиболее эффективной в этом случае показала себя сказкотерапия, символдрамма, рисование и проигрывание «виртуальной действительности»;

– игровую терапию построения отношений (проигрывание возникающих эмоций и ситуаций «здесь и сейчас», эмоциональная поддержка друг друга в сложных ситуациях). Наибольший эффект в данном случае проявился при использовании символдраммы, визуализации (упр. «Волшебный магазин», «Айсберг» и пр.) в сочетании с арт-терапией.

– игровую терапию творческого самовыражения (игры «творческого беспорядка»).

В ходе игровой терапии создается такой психологический и социальный процесс, в котором дети естественным образом:

- взаимодействуют друг с другом, моделируют систему социальных отношений и социального опыта,
- приобретают новые знания о себе и о мире,
- формируют реальные отношения партнерства и сотрудничества, интериоризируют и усваивают адекватные способы ориентировки в проблемных ситуациях, социально-бытовые навыки и умения адаптироваться в мире,
- формируют способность к произвольной регуляции деятельности на основе подчинения поведения системе норм и правил игры,
- тренируют память, внимание, мышление,
- развивают воображение, речь, моторные навыки.

### *Песочная терапия.*

Это один из психокоррекционных, развивающих методов, направленных на разрешение личностных проблем через работу с образами личного и коллективного бессознательного.

Данный метод позволяет гармонизировать (упорядочить) внутренний мир посредством нескольких механизмов:



- 1) проработки психотравмирующих ситуаций на символическом уровне;
- 2) отреагирования негативного эмоционального опыта в процессе творческого самовыражения;
- 3) расширения внутреннего опыта за счет осознания содержаний глубинных уровней психики, в том числе архетипического, и укрепления сознательного Я;
- 4) изменения отношения к себе, к своему прошлому, настоящему и будущему, к значимым другим, в целом к своей судьбе;
- 5) укрепления (или пробуждения) доверия к миру, развития новых, более продуктивных отношений с миром.

Один из основных механизмов позитивного воздействия песочной терапии основан на том, что ребенок получает опыт создания маленького мира, являющегося символическим выражением его способности и права строить свою жизнь, свой мир собственными руками.



Применение песочной терапии предполагает следующие стадии игры с песком.

1. Хаос. Эта стадия отражает эмоциональное смятение и хаос, доминирующие в жизни ребенка. Происходит постепенное отреагирование болезненного эмоционального состояния и освобождение от него. Многократное символическое повторение психотравмирующей ситуации позволяет изменить отношение к ней. Эта стадия может продолжаться от одного до нескольких занятий.

2. Борьба. В песочницу переносятся внутренние конфликты: агрессия, тревога, реальные конфликты и взаимоотношения и пр. В завершении этой стадии появляются первые признаки уравновешенности, например, герой, побеждающий «силы мрака».

3. Гармония. Жизнь возвращается в нормальное русло. Восстанавливается порядок и равновесие. В процессе игры драматизация активизирует возможности самоисцеления, заложенные в психике любого ребенка.

Таким образом, данный метод позволяет гармонизировать (упорядочить) внутренний душевный хаос, господствующий в душе ребенка, посредством следующих механизмов:

- 1) проработки психотравмирующих ситуаций на символическом уровне;
- 2) отреагирования негативного эмоционального опыта в процессе творческого самовыражения и игры;



3) расширения внутреннего опыта за счет соприкосновения с глубинными уровнями психики и укрепления сознательного Я;

4) изменения отношения к себе, к своему прошлому, настоящему и будущему, к значимым другим, в целом к своей судьбе;

5) укрепления (или пробуждения) доверия к миру, развития новых, более продуктивных отношений с миром.

#### *Музыкальная терапия.*

Музыка на сеансах игровой терапии и музыкальная терапия сама по себе реализует ряд целей:

1) позволяет преодолеть психологическую защиту ребенка – успокоить или, наоборот, активизировать, настроить, заинтересовать;

2) помогает установить контакт между психологом и ребенком;

3) помогает развить коммуникативные и творческие возможности ребенка;

4) повышает самооценку на основе самоактуализации;

5) способствует отреагированию чувств;

7) развивает эмпатические способности;

8) помогает укрепить отношения с психологом и другими людьми, способствует установлению и развитию межличностных отношений;

9) формирует ценные практические навыки – игры на музыкальных инструментах;

10) помогает занять ребенка увлекательным делом – музыкальными играми, пением, танцами, движением под музыку, импровизацией на музыкальных инструментах;

Музыкотерапия очень эффективна в коррекции нарушений общения, возникших у детей по разным причинам. Сеансы музыкотерапии позволяют создать условия для эмоционального диалога часто даже в тех случаях, когда другие способы исчерпаны. Контакт с помощью музыки безопасен, ненавязчив, индивидуализирован, снимает страхи, напряженность. Варьирование на занятиях знакомых и незнакомых произведений, их громкости, скорости дает возможность направленной работы с разными детьми. Музыка, имея большое влияние на физиологию человека, благотворно воздействует через телесный уровень также и на эмоциональное состояние клиента, способствуя тем самым лечению психосоматических заболеваний. Музыка помогает ребенку расслабиться. Специально подобранная музыка с частотой ритма не более 60 ударов в минуту помогает ребенку сосредоточиться на создаваемых им образах, почувствовать мышечное расслабление, синхронизировать дыхание, так как музыкальный ритм влияет на длину волн, генерируемых человеческим мозгом, изменяет гемодинамику, обмен веществ, гуморальные реакции. Расслабившись, ребенок выстраивает с помощью психолога приятные ему образы, «оживляет» приятные воспоминания, которые помогут ему справиться с имеющимися фобиями или с напряжением по какому-либо поводу.

### *Фототерапия.*

Метод основан на применении фотографии или слайдов для решения психологических проблем, а также для развития и гармонизации личности. Основное содержание фототерапии – создание или восприятие фотографических образов, дополняемое их обсуждением и разными видами творческой деятельности, включая изобразительное искусство, движение, танец, сочинение историй, стихотворений.

Положительное воздействие фотографии на личность и ее отношение с окружающим миром могут проявляться как при просмотре и обсуждении фотоснимков (слайдов) совместно с психологом, так и с участниками группы при групповых занятиях. В основе фотографии (слайда) лежит создание художественных образов. Это позволяет рассматривать фотографию как одну из форм визуального искусства

#### Психологические функции фотографии

1. Фокусирующая/актуализирующая функция связана со способностью фотографии оживлять воспоминания и приводить к повторному переживанию событий, имевших место ранее, – как положительно, так и отрицательно окрашенных.

2. Стимулирующая функция связана с тем, что при создании и восприятии снимков происходит активизация разных сенсорных систем – прежде всего зрения, кинестетики, тактильной чувствительности.

3. Организующая (интегрирующая) функция. «Встраивание» объекта восприятия в систему личных значений.

4. Объективирующая функция в какой-то мере связана с фокусирующей/актуализирующей функцией и заключается в способности фотографии делать зримыми переживания и личностные проявления человека, отражающиеся в его внешнем облике и поступках.

5. Смыслообразующая функция заключается в ее способности помогать человеку увидеть смысл поступков и переживаний – как своих собственных, так и других людей.

6. Удерживающая функция связана с тем, что фотография может «удерживать» чувства от бессознательного отреагирования их в реальности.

7. Экспрессивно-катарсическая функция заключена как в восприятии готовых снимков, так и в их создании.

8. Защитная функция фотографии связана с ее способностью обеспечивать дистанцирование от травматичных и малопонятных переживаний и ту или иную степень контроля над ними.

Занятия фототерапией можно проводить с детьми, начиная с 3-4 лет, попавшими к психологу с разнообразными психологическими проблемами, такими как невротические состояния, страхи, нарушения сна, замкнутость, тревожность, эмоционально-волевые нарушения, агрессивное поведение. Слайд-терапия гармонично включается в программу групповых психокоррекционных занятий в детских и детско-родительских группах.

### *Куклотерапия.*

Изготовление кукол снимает стресс, усталость, поднимает настроение. Куклотерапия используется в качестве основного приема психокоррекционного воздействия на куклу как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого. Цель куклотерапии – помочь ликвидировать болезненные переживания, укрепить психическое здоровье, улучшить социальную адаптацию, развить самосознание, разрешить конфликты в условиях коллективной творческой деятельности. Главная задача – обеспечить диалог, в котором ребенок будет общаться с взрослыми посредством куклы. Ребенок быстрее и легче овладевает навыками общения, нарабатывает моторику кисти. Направление основано на процессах идентификации ребенка с любимым героем (сказки, мультфильма и т.д.) и базируется на трех основных понятиях: «игра» – «кукла» – «кукольный театр».

### **Психодрама.**

Психодрама – это метод групповой работы, представляющий ролевую игру, в ходе которой используется драматическая импровизация как способ изучения внутреннего мира участников группы и создаются условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для клиента проблемами. Психодрама основана на игровом принципе.

Понятие о драме как о коррекционном методе возникло в результате эксперимента, который был поставлен Якобом Леви Морено (1892-1974) по окончании первой мировой войны. Этот эксперимент получил название «спонтанный театр». Впервые Морено задумался о терапевтическом потенциале игровых методик, когда обратил внимание на то, как гуляющие в парках Вены дети разыгрывали свои фантазии.

В психодраме человеку предлагается роль героя в игре, содержание которой сосредоточено на его проблемах. Таким образом, он может свободно выражать свои чувства в направляемых психологом импровизациях, а другие актеры исполняют роли главных персонажей его реальной жизни.

Цель психодрамы - диагностика и коррекция неадекватных состояний и эмоциональных реакций, их устранение, отработка социальной перцепции, углубление самопознания. Психодрама помогает клиенту раскрыть глубинные эмоции в гораздо более яркой и действенной форме, чем это позволяют сделать другие методы, основанные на словесном описании переживания. Во время психодрамы происходит поиск эффективных путей решения психологических проблем разных уровней: от обыденного, бытового до экзистенциального. Клиент с помощью ведущего и группы воспроизводит в драматическом действии значимые события своей жизни, разыгрывает сцены, имеющие отношения к его проблемам.

Психодраматическое разыгрывание ролей изменяет поведение клиента, его отношение, установки, способы эмоционального реагирования. В качестве факторов, положительно влияющих на изменение установок, указывают: предоставление клиенту свободного выбора как относительно участия в

психодраме, так и относительно роли, вовлечение клиента в исполнительскую деятельность, появление возможности внести в игру собственные импровизации, получение клиентом положительного подкрепления по окончании действия.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа выступает как условие преодоления или сглаживания некоторых трудностей, возникающих вследствие биологического нарушения; оно лежит в основе формирования личности ребенка, имеющего то или иное отклонение в развитии. Важным фактором в формировании личности ребенка с ОВЗ является не просто комплексное воспитание, а организация социально-педагогического воздействия по принципу целостной системы специальных коррекционно-развивающих мероприятий.

### **Технологии организации психолого-педагогического сопровождения.**

Суть идеологии сопровождения состоит в комплексном подходе к решению проблем ребенка, это можно осуществить в тесном взаимодействии педагогов, психологов, логопедов, дефектологов, социальных педагогов и родителей. И здесь важно, чтобы все педагоги рассматривали ребенка как равноправного участника взаимодействия, который не является совокупностью отдельных функций и навыков (моторики, мышления, речи, физической активности), а целостным организмом, развивающимся по определенным законам. И очень важная задача всего педагогического коллектива – привлечь семью к сотрудничеству в решении личностных и иных проблем ребенка. Просвещая родителей, специалисты сопровождают их на пути родительского становления.

### **Здоровьесберегающие технологии.**

*Дыхательные упражнения.* Одной из важнейших целей организации правильного дыхания у детей является формирование у них базовых составляющих произвольной саморегуляции.

Ритм дыхания – единственный из всех телесных ритмов,

подвластный спонтанной, сознательной и активной регуляции со стороны человека. Тренировка делает глубокое медленное дыхание простым и естественным, регулируемым произвольно.

*Глазодвигательные упражнения.* Помимо достижения понятных целей по сохранению зрения, глазодвигательные упражнения способствуют



активизации структур головного мозга, помогают расширить объём зрительного восприятия, что косвенно влияет на процесс обучения .

*Кинезиологические упражнения* – комплекс упражнений, направленных на развитие и активизацию межполушарного взаимодействия. Это направление предлагает специально организованные движения, оптимизирующие деятельность мозга и тела для гармоничного развития и творческой самореализации личности. Данные упражнения для развития межполушарного взаимодействия улучшают мыслительную деятельность, синхронизируют работу правого и левого полушарий, способствуют улучшению запоминания, повышают устойчивость внимания, облегчают обучение процессу письма.



*Самомассаж.* Эти приемы позволяют снимать мышечное напряжение, способствуют расслаблению, развитию мелкой и крупной моторики, синхронизации работы полушарий головного мозга, улучшению памяти и внимания.

*Релаксационные упражнения.* Хороший релаксационный эффект достигается за счет чередования периодов сильного напряжения и расслабления мышц. Это позволяет ярче и яснее почувствовать расслабление в теле.

*Психогимнастика* основывается на формировании умений и навыков практического владения выразительными движениями – средствами человеческого общения (мимикой, жестом, пантомимикой). Психогимнастика способствует лучшему взаимопониманию при общении; совершенствованию когнитивных способностей; повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности, сокращения эмоциональной дистанции; уменьшению напряжения, снятию страхов; формированию способности выражать свои чувства. Кроме того, психогимнастические этюды учат ребенка понимать невербальное поведение других людей, повышают самооценку; учат приемам саморасслабления.

*Игры* во всем многообразии проявлений. Это и игры на сплочение коллектива, подвижные игры, коммуникативные игры, ролевые игры. Игры в дошкольном возрасте и игровые приемы в более старшем позволяют решать большой спектр задач коррекционного образования. В ходе игры ребенок проживает определенную роль и получает ценный опыт взаимодействия с миром. (расширение адаптационных возможностей, развитие целеполагания, планирования деятельности, расширение коммуникативного репертуара, опыт совместной деятельности).

Также к здоровьесберегающим технологиям относятся: утренняя гимнастика и организованные физкультурные мероприятия, музыкально –



ритмические мероприятия, подвижные игры, прогулки, спортивные праздники и пр.

Работа по сохранению здоровья детей с ОВЗ является необходимым фундаментом для их адаптации, социализации и интеграции в общество.

### **Технологии организации развивающей среды.**

С позиций психологического контекста, по мнению Л. С. Выготского, П. Я. Гальперина, В. В. Давыдова, Л. В. Занкова, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина и др., развивающая среда – это определенным образом упорядоченное образовательное пространство, в котором осуществляется развивающее обучение. Развивающая предметно-пространственная среда должна обеспечивать возможность общения и совместной деятельности детей (в том числе детей разного возраста) и взрослых, двигательной активности детей, а также возможности для уединения. Для построения грамотной индивидуальной и подгрупповой работы с детьми с ОВЗ и успешной реализации поставленных задач в отделении коррекционно-развивающей работы в Архангельском районе ГБУ РБ МЦ «Семья» создана развивающая предметно-пространственная среда, а также функционируют и активно используются ряд кабинетов: педагога-психолога, логопеда, игровая комната, спортивный зал, музыкальный зал, кухня, кабинет дополнительного образования, массажный кабинет, а также спортивная площадка на территории отделения.



### **Технологии сенсорной интеграции.**

Сенсорная интеграция – это процесс, во время которого нервная система ребенка получает информацию от рецепторов всех чувств (осязание, вестибулярный аппарат, обоняние, зрение, слух, вкус), затем организует их и интерпретирует так, чтобы они могли быть использованы в целенаправленной деятельности. Другими словами, это адаптационная реакция, служащая для выполнения определенного действия, принятия соответственного положения тела, и т.п. Целью сенсорной интеграции является предоставление такого количества соответствующих сенсорных, вестибулярных, тактильных стимулов, чтобы создать условия для нормальной работы центральной нервной системы. Для успешной сенсорной интеграции детей с ОВЗ применяется различное сенсорное оборудование, которое стимулирует

сенсорное развитие. Существует ряд разнообразных тактильных панелей.

Сенсотерапия соединяет в себе приемы других методов:

- арт-терапию (музыка, рисование);
- сказкотерапию (сочинение сказок, историй);
- игровую терапию;
- цветотерапию;
- двигательную терапию (танцы, свободные движения под музыку);
- тренинговые упражнения;
- релаксацию.

На занятиях в сенсорной комнате решается комплекс задач по развитию познавательных процессов, крупной и мелкой моторики, стабилизации эмоционального состояния и поведения. Во время занятий создается комплексное психотерапевтическое воздействие на все анализаторы ребенка, включая эмоциональную и двигательную память. Мозг активизируется через стимуляцию базовых анализаторов: зрения, слуха, обоняния, осязания и вестибулярных рецепторов. Сенсорная комната позволяет расширить жизненный опыт детей, обогатить их чувственный опыт и обрести уверенность в себе. Занятия в условиях сенсорной комнаты помогают совершенствованию активных, самостоятельных двигательных навыков, манипулятивной деятельности, овладению знаниями схемы тела, развитию зрительно-моторной координации.

Сенсотерапия проводится по показаниям в двух видах:

- релаксация, снятие эмоциональной возбудимости
- стимуляция познавательной и двигательной активности.

Релаксация достигается через воздействие специальной музыки, звуков, терапевтических сказок, цвета, световых ламп, интерактивного пола, сухого бассейна. Стимуляция познавательной и двигательной активности производится через световые панели, панно «Звездное небо», игры с интерактивным полом, интерактивную панель «Геометрические фигуры», подвижные игры «Прятки», «Жмурки», «День-ночь», «Найди, что спрятано» и пр. Данные приспособления и развивающие игры активно привлекают внимание ребенка, возбуждают его познавательный интерес, стимулируют деятельность и ориентировочно-поисковые действия.

Для активизации деятельности детей с ОВЗ можно использовать активные методы и приёмы обучения, представленные в таблице.

#### **Методы и приемы коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

<b>Группа методов</b>	<b>Содержание метода</b>	
Наглядные методы	<i>Непосредственные: показ упражнений тренером.</i>	<i>Опосредованные: демонстрация видеофильмов, двигательных действий, рисунков и пр.</i>

	-метод имитации.	-демонстрация объектов и способов действий; -показ иллюстраций; -рассматривание иллюстраций; -рассматривание предметов.
Словесные методы	<ul style="list-style-type: none"> <li>- описания;</li> <li>- объяснения и комментирование хода их выполнения;</li> <li>- вопросы к детям;</li> <li>- рассказ;</li> <li>- беседа;</li> <li>- объяснения и пояснение;</li> <li>- словесные дидактические игры.</li> </ul> <p>Приемы словесного метода составляют самую большую группу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- название упражнения;</li> <li>- описание и объяснение;</li> <li>- напоминание;</li> <li>- уточнения;</li> <li>- пояснения и указания;</li> <li>- распоряжения;</li> <li>- команды и сигналы;</li> <li>- беседы;</li> <li>- рассказы и вопросы;</li> <li>- оценка выполнения упражнений, рефлексия.</li> </ul> <p>Словесные методы имеют наибольшую специфику в коррекционно-развивающей работе с детьми с ОВЗ. Применяются психотерапевтические методы и приемы (опережающего одобрения, словесного рисования).</p>	
Практические методы	Проведение упражнений в игровой форме. При работе с детьми ОВЗ данный метод трансформируется на основе специальных двигательно-кинестетических приемов.	
Коммуникативные методы	<p><i>Игры-задания</i> в инклюзивной группе. Примеры заданий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- задание на знание в рамках межличностного интеллекта: упражнения на повторения;</li> <li>- задания на понимание: объяснение;</li> <li>- задания на анализ: догадайтесь ...;</li> <li>- задание на оценку: какое решение тебе показалось лучшим и почему?».</li> </ul> <p><i>Игры, упражнения с правилами</i> – стимул совершенствования у детей коммуникативных умений.</p>	
Продуктивные методы	Характеризуется тем, что педагог не демонстрирует способ, а лишь создает условия для его открытия самими детьми. При выполнении таких упражнений ребенок прибегает к мыслительным и практическим пробам,	



	выдвигает предположения и проверяет их, учится использовать прежние знания в новой ситуации, проявляя сообразительность и смекалку.
Репродуктивные методы	Основаны на воспроизведении способа действия. При этом действия детей полностью регламентируются специалистом, который своими указаниями, пояснениями, непосредственной помощью корректирует действия ребенка.

В основе планирования любого занятия должны быть использованы наиболее эффективные средства включения детей с особыми потребностями в процесс совместной работы. Такими средствами являются: коррекционно-развивающие игры и упражнения, создание положительных эмоциональных ситуаций, яркие наглядные пособия, занимательность.

Вопрос о психологическом сопровождении детей с имеющимися отклонениями в развитии является одним из основных и главных в истории специального обучения, так как система психологического сопровождения должна быть подчинена основному требованию – коррекции, ослаблению дефектов развития детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, а также развитию личности детей данной категории в целом.

Следует отметить, что при взаимодействии с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и инвалидность педагогу-психологу, часто приходится сталкиваться с различным спектром нарушений. Дети более ограничены в исследовательских возможностях, а болезненные переживания, связанные с частым и длительным пребыванием в больнице, обуславливают негативное отношение к окружающему миру. Данной категории детей независимо от вида и сложности дефекта, часто свойственны трудности мотивационной и эмоционально-волевой сфер. То есть психологическая помощь для таких адресатов носит характер реабилитационной, основанной на принципах системного и личностно-ориентированного подходов.

В целях развития эмоционально-волевых качеств и свойств личности, способной к самопознанию и самореализации, на базе отдела коррекционно-развивающей работы в Архангельском районе ГБУ РБ Межрайонный центр «Семья» реализуется **психологическая программа групповых коррекционно-развивающих занятий для детей с ОВЗ и детей с инвалидностью.**

Задачи программы:

- осуществление индивидуально-ориентированной, психолого-педагогической, коррекционно-развивающей помощи детям с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей;

- формирование знаний и умений, способствующих социальной и психологической адаптации;

– содействие в овладении навыками конструктивного общения среди сверстников и в обществе в целом;

– развитие личности ребенка (с учетом его индивидуальных физических и умственных возможностей), обучение пониманию себя, снижение тревожности, беспокойства и чувства вины.

Грамотно организованная коррекция способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребенка. Данный подход позволяет рассматривать коррекцию и компенсацию нарушений развития не как конечную цель, а как одно из важнейших условий наиболее адекватного и эффективного вхождения ребенка или подростка в социум. Поэтому для педагога определяющим фактором в работе с такими детьми должно стать восстановление эмоционального контакта и налаживание доверительных отношений. Ребёнок должен стать полноправным субъектом, соучастником тех или иных мероприятий.

Коррекционно-развивающая программа сопровождения предназначена для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 4 до 15 лет и составлена с учетом возрастных и психологических особенностей развития детей.

Программа предполагает реализацию комплекса групповых тренинговых занятий для трех возрастных групп участников: от 4 до 6 лет, от 7 до 10 лет, от 11 до 15 лет. Количество участников в тренинговой группе от 3 до 7 человек.

Занятия программы направлены на развитие навыков самопознания, приобретение опыта конструктивного общения и взаимодействия с окружающими, базовых коммуникативных навыков. Также на каждом занятии реализуются задачи по созданию положительного контакта в группе, здорового эмоционального возбуждения, бодрого настроения.

Решение основных задач достигается направленным воздействием на основные сферы личности детей с ОВЗ и детей-инвалидов:

– когнитивную (за счет обучения теоретическому обобщению и практическому усвоению элементарных закономерностей общения);

– эмоционально-мотивационную (за счет усвоения приемов эмоциональной саморегуляции);

– поведенческую (за счет расширения социального опыта и усвоения правил социального поведения).

Структуру коррекционно-развивающей программы составляют три взаимосвязанных модуля, которые влияют на развитие когнитивного, эмоционально-мотивационного и поведенческого компонентов общения. Первый модуль «Когнитивный» способствует формированию адекватных представлений о дружеских взаимоотношениях между детьми и уважительного отношения к окружающим, пониманию значения общения в жизни человека. Занятия второго модуля «Эмоционально-мотивационного» направлены на развитие эмоционально-мотивационного компонента общения,

включающий наличие у человека характеристик, способствующих пониманию, проявлению и управлению эмоциями, предполагает анализ потребностей и мотивов, лежащих в основе общения. То есть развитие умения и потребности у детей чувствовать переживания других людей, эмпатично сопереживать им; снижение уровня негативных состояний и преодоления негативных эмоций (страх, тревожность, обида, гнев, агрессия) личности в процессе коммуникативного взаимодействия. Занятия третьего модуля «Поведенческого» способствуют развитию поведенческого компонента – умение детей вести себя в коллективе, строить бесконфликтные взаимоотношения, контролировать свои эмоции и настроение; преимущество позитивного настроения, готовность к решению проблемных ситуаций, позитивное восприятие себя и окружающих.

Для контроля результативности использования программы в течение ее реализации используется диагностика, методы наблюдения, саморефлексия.

Реализация программы способствует:

- развитию коммуникативных умений и навыков (через психогимнастические упражнения, ролевые игры, арт-терапия и др.);
- повышению самооценки и уровня принятия собственной индивидуальности;
- снижению психоэмоционального напряжения;
- формированию более активной позиции в общении среди сверстников и в обществе в целом.

В целях создания условий для развития личности, способной к творчеству и самореализации через воплощение в художественной деятельности собственных неповторимых черт и индивидуальности детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в отделении коррекционно-развивающей работы в Архангельском районе ГБУ РБ Межрайонный центр «Семья» реализуется **дополнительная общеразвивающая программа художественно-эстетической направленности для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью.**

Программа предоставляет возможность детям с ОВЗ и инвалидностью освоить различные виды декоративно-прикладного творчества в соответствии с индивидуальными особенностями в развитии. Обучаясь прикладному искусству у детей развивается наглядно-образное и логическое мышление, творческое воображение, память, мелкая моторика, творческий потенциал в целом. Программа дает возможность ребенку поверить в себя, в свои способности, вводит его в удивительный мир фантазии, предусматривает развитие его художественно-эстетических способностей. Индивидуально-дифференцированный подход позволяет создать для детей ситуацию успеха, что позволит им справиться с возможными трудностями при выполнении задания, повысит их самостоятельность. Программа опирается на принципы доступности, здоровьесбережения, наглядности, активности,

последовательности, сотрудничества (сотрудничества ребенка с педагогом, с родителями/законными представителями) и направлена на творческую реабилитацию детей с ОВЗ и инвалидностью основанную на искусстве, декоративной и творческой деятельности.

Реализация дополнительной общеразвивающей программы предусматривает выполнение разнонаправленных задач.

Образовательные задачи:

- освоение первоначальных знаний, умений по технологиям изготовления изделий декоративно-прикладного искусства;
- освоение правил техники безопасности;
- развитие практических умений и навыков по созданию творческих работ с помощью педагога;
- формирование навыков по основам проектной деятельности;
- развитие умения работать с различными инструментами и материалами декоративно-прикладного творчества.

Личностные задачи:

- формирование готовности и способности к получению знаний;
- формирование умения вести диалог на основе равноправных отношений и взаимного уважения;
- развитие этических чувств, доброжелательности и эмоционально-нравственной отзывчивости;
- развитие навыков сотрудничества со взрослыми и сверстниками в разных социальных ситуациях;
- развитие творческой активности, проявление инициативы и любознательности;
- формирование навыков конструктивного взаимодействия, толерантности;
- развитие творческой индивидуальности, креативного мышления.

Метапредметные задачи:

- развитие мотивации к познавательной и творческой активности на занятиях декоративно-прикладной направленности;
- формирование информационной компетентности в работе с различными источниками;
- развитие навыков самостоятельной практической деятельности, аккуратности, бережливости;
- развитие умений и навыков самоанализа, самоконтроля, самоорганизации;
- развитие умения осознанно строить и оценивать свою деятельность (рефлексия).

В процессе реализации мероприятий программы, дети приобретают навыки работы с различным материалом, осваивают разнообразные творческие техники, являющиеся важной составляющей коррекционно-развивающей работы в рамках проекта. Задача каждого занятия – освоение нового технологического приема или совершенствование ранее изученных

приемов, а также включают элементы обучения и релаксации (пальчиковая гимнастика, физкультминутки для снятия напряжения и расслабления мышц).

Для организации продуктивной совместной деятельности используются многообразные формы работы: учебное занятие, коллективно-творческие дела, творческие выставки. Использование наглядных пособий повышает интерес к изучаемому материалу, способствует развитию внимания, воображения, наблюдательности, мышления. На занятиях используются различные виды наглядности: показ иллюстраций, рисунков, журналов, фотографий, образцов изделий, демонстрация трудовых операций, различных приемов работы, в том числе в видеоформате, которые дают достаточную возможность ребенку закрепить их в практической деятельности.

Весь комплекс упражнений на занятиях условно можно разделить на 3 составляющие:

1. Теоретическое изучение видов художественно-эстетического и декоративно-прикладного искусства.

2. Проведение физкультминутки, пальчиковой гимнастики для нормализации мышечного тонуса, снятие чувства усталости, активизацию внимания. Для развития творческих способностей проводятся разные игры-упражнения, направленные на развитие воображения: «Найди фигуру», «На что похожа клякса», «Нарисуй геометрическую фигуру, на которую похож предмет» и т.д. Игры на развитие восприятия: «Дорисуй недостающие детали», «Дорисуй животное», «Что забыл нарисовать художник» и т.д. Игры на развитие сенсорных навыков «Веселые раскраски», «Цветные картинки», «Цветные загадки», «Волшебные краски» и т.д.; на развитие творчества: «Слепи то, чего на свете не бывает», «Придумай несуществующее животное» и т.д.

3. Непосредственные занятия по художественно-эстетическому и декоративно-прикладному искусству.

Специфика проводимых занятий заключается в следующем: каждое занятие начинается с приветствия группы и сообщения педагогом темы и цели занятия, либо проводится вступительная беседа, в конце которой задается вопрос: «Как вы думаете, чем мы сегодня будем заниматься?». После этого идет объяснение материала. Перед началом практической работы педагогу необходимо провести небольшую разминку, физкультминутку или пальчиковую гимнастику в игровой форме.

Практическая работа четко разбивается на этапы, каждый из которых объясняется, показывается, называются приемы работы. Во время лепки ребенок повторяет движения в воздухе вслед за педагогом. Когда работа достаточно сложная, в работе используется алгоритм в картинках, однако никогда нельзя замещать им объяснение, можно лишь дополнить процесс демонстрацией, так как у детей преимущественно конкретное мышление и они не в состоянии соотнести свои действия с рисунком алгоритма. В процессе объяснения необходимо опираться на пройденный материал, чтобы закрепить уже полученные умения и освежить в памяти знания.

Чтобы повысить интерес к работе, повысить эмоциональный настрой, включить ребенка в занятие, применяются элементы драматизации. Например, лепим колобка – вспоминаем и рассказываем в лицах фрагмент сказки. Очень важно выбрать удачное музыкальное сопровождение – для этих целей практически на всех занятиях используются стихи, загадки, поговорки, пословицы, народный фольклор.

Воздействуя средствами изобразительного искусства, педагог осуществляет коррекционную помощь детям с ОВЗ и инвалидностью. Коррекционно-развивающая направленность курса реализуется за счет:

- формирования навыка восприятия сложных объектов и явлений, умений их эмоционального оценивания,

- обучения работе с натуральными объектами, разными видами средств рисования и техниками изобразительного искусства, развитию на этой основе сенсорного (зрительного, слухового и осязательного) восприятия и высших психических функций (внимание, память, мышление, воображение, речь);

- целенаправленного формирования зрительно-пространственных навыков, умения узнать и правильно назвать изображённые предметы;

- специально организованной работой по обогащению словаря;

- приемов арт-терапии.

В процессе реализации программы у детей формируются следующие компетенции:

- ценностно-смысловые компетенции: развитие мировоззрения, способность видеть и понимать окружающий мир, ориентироваться в нем.

- общекультурные компетенции: уважение к ценностям семьи, любви к природе, оптимизм в восприятии мира. Владение культурой дружеского общения со сверстниками и взрослыми.

- учебно-познавательные компетенции: приобретение способности к художественному познанию мира, умения применять полученные знания в художественно-творческой деятельности; приобретение навыков использования различных художественных материалов для работы в разных техниках (живопись, графика, декоративно-прикладное искусство); умение работать с различными подручными материалами.

- социально-трудовые компетенции: уровень самостоятельности, степень сформированности умений и навыков, аккуратность, точность в выполнении работы, качество изготовленных изделий.

- компетенции личностного самосовершенствования: способность активно побуждать себя к действиям, умение самостоятельно контролировать свои поступки, достигать намеченных целей.

Показателями результативности деятельности по программе являются:

- комфортность (ребенок с удовольствием занимается по программе, у него возникает желание продолжать занятия, достигать новых успехов);

- положительная динамика в развитии, (ориентиром является исходный уровень развития ребенка);

- расширение социальных контактов (улучшение взаимодействия с детьми в группе);
- положительные отзывы родителей/законных представителей (в данном случае родители являются лучшими экспертами состояния ребенка: их мнение позволяет оценить эффективность программы и направления ее развития).

Отличительная особенность дополнительной общеразвивающей программы состоит в том, что программа ориентирована на применение широкого комплекса разнообразного материала по рисованию и декоративно-прикладному творчеству. Программой предусмотрено, чтобы каждое занятие проводилось с учетом разного уровня развития и разной степени освоенности содержания воспитанниками. Программа предполагает реализацию занятий на разных уровнях углубленности, доступности и степени сложности, исходя из диагностики и стартовых возможностей каждого ребенка

#### **4. Формы и методы коррекционной помощи родителям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

В настоящее время особую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только ребенка, страдающего той или иной тяжелой патологией, но и семьи, в которой он воспитывается. Главной целью помощи родителям является выработка активной родительской позиции в процессе реабилитации ребенка. В связи с этим необходимо решить следующие задачи:

- сформировать мотивацию к такому участию;
- научить родителей нести свою долю ответственности за ход процесса реабилитации;
- научить эффективным способам взаимодействия с ребенком;
- вооружить необходимыми знаниями и умениями в области педагогики и психологии развития;
- обучить навыкам реабилитационной помощи в домашних условиях;
- сформировать адекватную самооценку.

Для реализации этих задач особенно важна согласованная работа специалистов и применение различных технологий социальной работы.

*Здоровьесберегающие технологии в работе с семьями.* Под здоровьесберегающими технологиями в работе с семьей понимаются мероприятия, направленные на расширение круга знаний и пропаганду здорового образа жизни, а также создание максимально возможных условий для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья детей с ОВЗ и членов его семьи. Здоровьесберегающие технологии в семье реализуются на основе лично-ориентированного подхода взрослых членов семьи. Осуществляемые на основе лично-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым все члены семьи учатся

жить вместе и эффективно взаимодействовать. Предполагается активное участие всех в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности детей и взрослых, развитие саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

Здоровьесберегающие технологии семьи – это:

1) создание социально-психологических условий в семье: отсутствие стресса, адекватность требований, единство в воспитании подрастающих детей со стороны взрослых членов семьи;

2) рациональная организация режима дня в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями, гигиеническими требованиями;

3) создание благоприятного эмоционально-психологического климата;

4) соответствие физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;

5) необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим;

6) учет особенностей возрастного развития детей и разработка педагогических стратегий, соответствующих особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности определенной возрастной группы младших членов семьи;

7) использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности членов семьи, направленной на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности.

*Интерактивные технологии в работе с семьями.* Работа с родителями постоянно меняется, традиционные формы работы, в которых главное место отводилось сообщениям, докладам, утратили свое значение из-за малой их эффективности, из-за недостаточной обратной связи. Все шире используются новые, активные формы работы с родителями, позволяющие вовлечь родителей в процесс обучения, развития и познания собственного ребенка. Интерактивные технологии - это специфические формы организации деятельности, целью которой является обеспечение комфортных условий для взаимодействия, при которых каждый участник чувствует свои успехи и, выполняя определенную интеллектуальную или творческую работу. Интерактивные методы и приемы - это способы целенаправленного взаимодействия педагога с детьми и их родителями, которые приводят к самостоятельному и индивидуальному развитию участников коррекционного процесса, направляя их к пониманию и оценке своих возможностей и ценностей. Стержнем активных работ с родителями является активное обсуждение, участники которого рассуждают, аргументируют свои выводы, вступают в дискуссию с оппонентами, т.е. соревнуются их умы и таланты.



Педагогами могут быть использованы следующие интерактивные формы: интерактивная экскурсия; использование кейс-технологий; проведение видеоконференций; круглый стол; мозговой штурм; дебаты; фокус-группа; деловые и ролевые игры; кейсы или анализ конкретных, практических ситуаций; тренинги.

*Проектная технология в работе с семьями.* Проектная деятельность – форма познавательной активности педагогов, детей, родителей заключающейся в мотивационном достижении сознательно поставленной цели. Проектная деятельность – это осознанная, рефлекслируемая добыча новых знаний, в ней проявляются творческие способности, которые, в свою очередь, успешно развиваются в ходе самостоятельного поиска.

Чаще планируются и организуются исследовательские и творческие проекты, направленные на развитие познавательных интересов и коммуникативных способностей детей. Проектная деятельность способствует также развитию разнообразной игровой деятельности, формированию и укреплению дружеского взаимодействия между детьми, развитию и совершенствованию детско-родительских отношений. В ходе осуществления проекта между родителями и детьми происходит одновременно и взаимодействие, и творческое соревнование. Атмосфера игры и фантазии позволяет сбросить механизмы самоконтроля и показать себя с неожиданной стороны. Лучше узнавая своих родных, дети и родители становятся ближе друг к другу.

Система работы с родителями включает следующие этапы.

I. Первичная диагностика ребенка и его семьи. Диагностика – организация комплексного изучения всех сторон семейного взаимодействия, индивидуальных особенностей каждого члена семьи, а также определение эффективности проведенной работы. На этом этапе происходит первое знакомство родителей со специалистом (психологом, специалистом по работе с семьей, дефектологом, логопедом), который в дальнейшем будет проводить коррекционные мероприятия. Результаты диагностики важно преподнести родителям не как диагноз, а как оценку положения дел на сегодняшний день. В психолого-педагогической практике при проведении диагностического обследования межличностных отношений ребенка с родителями, как правило, обращается внимание на следующие четыре аспекта:

- актуальные межличностные отношения между ребенком и родителями; их история, особенно в критических точках онтогенеза;
- межличностные отношения глазами их участников - детей и родителей;
- объективно фиксируемые межличностные отношения (детей и родителей) глазами специалиста.

Для социально-педагогического мониторинга семьи чаще всего используются следующие методы: наблюдение, беседа, анкетирование,



интервью, метод экспертной оценки, параметрический метод, анализ документов, биографический метод.

На первом этапе важно создание доверительного отношения к специалисту, побудительных мотивов, заинтересованности родителей в участии в процессе реабилитации. Для этого можно использовать следующие приемы при обсуждении результатов диагностики:

- информировать родителей о состоянии ребенка с позиций особой гибкости детской психики и компенсаторных возможностях раннего возраста, подчеркивая важность раннего начала реабилитации;

- объяснить значение их работы с ребенком в домашних условиях для выработки бытовых навыков;

- показать, что перспективы развития ребенка – это также и перспективы развития возможностей мамы и семьи в целом;

- помочь осознанию необходимости восстановления нарушенных функций ребенка для выживания в период, когда они не будут в состоянии оказывать помощь;

- рассказать об опыте других семей в таком положении, привести примеры, когда активность и сила воли родителей способствовали восстановлению, даже при неблагоприятном медицинском прогнозе.

II. Более глубокое знакомство коллектива специалистов с родителями, налаживание непосредственного контакта и т.д. Необходимо ознакомить родителей с реализуемыми формами работы с семьей.

III. Психологическая, коррекционно-педагогическая помощь семье. Психокоррекционная работа направлена на гармонизацию детско-родительских отношений, коррекцию неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Результатом данной работы является:

- оптимизация детско-родительских взаимоотношений;

- коррекция неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с ограниченными возможностями здоровья;

- обучение родителей психологическим приемам саморегуляции;

- формирование у родителей активной жизненной позиции.

На групповых занятиях снимается чувство вины, неприятие личности особенного ребенка, формируется осознание роли родителей в развитии

собственного ребенка, укрепляются внутрисемейные связи. Родителям ребенка поручаются реабилитационные мероприятия, которые должны проводиться регулярно изо дня в день и при этом не требуют специальных знаний и условий для проведения. К ним относятся лечебная гимнастика, развивающие занятия и т.п.

Коррекционно-педагогическая помощь направлена на формирование у родителей представлений о технологиях и методах обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями, обучение эффективным приемам коррекционной работы с детьми в домашних условиях. Результатами данной работы является:

- формирование у родителей представлений о технологиях и методах обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями;

- обучение родителей эффективным приемам коррекционной работы с детьми в домашних условиях.

На данном этапе работы педагог знакомит родителей с приемами коррекционной работы, способам развития и формирования:

- двигательной сферы и навыков самообслуживания;

- мелкой моторики и зрительно-моторной координации;

- познавательной сферы: процессов восприятия, внимания, памяти, мышления;

- речи и коммуникативной сферы ребенка;

- ведущей (игровой) деятельности ребенка.

Формы участия родителей на третьем этапе:

1) Индивидуальные и групповые занятия с детьми с участием родителей. На занятиях родители осваивают формы правильного и содержательного взаимодействия со своим ребенком, так как они являются самой заинтересованной в успехе реабилитации стороной и больше всего времени проводят с ребенком. Обсуждая результаты коррекционной работы важно радоваться успехам ребенка, говорить о вкладе родителей в успех, объяснять причины неудач, поощрять ребенка к самостоятельности, показывая его возможности. Это стимулирует родителей. Так же совместные занятия позволяют привести в соответствие возможности ребенка и уровень требований к нему. Совместное творчество позволяет увидеть родителям в своих детях «особые способности и таланты», которых нет у других детей.



2) Просветительская работа через консультации, беседы. Важно ориентировать усилия родителей не на дальнейший прогноз его психического развития, а на взаимодействие с ребенком в настоящий момент, на создание предметно–развивающей среды учитывающей особенности ребенка и значимости систематического проведения коррекционно–педагогических занятий в условиях семьи.



3) Лекции для родителей, цель которых:

- познакомить родителей с этапами психического развития ребенка;
- познакомить с основами и принципами методов воспитания и обучения, организацией предметно-развивающего пространства для ребенка в семье;
- закономерностями аномального развития.

В процессе лекций очень эффективно использовать видеосъемки и фотографии моментов взаимодействия детей с близкими взрослыми и педагогом–психологом, демонстрировать соответствующие развивающие упражнения. При этом отмечать важность наблюдения за реакциями своего ребенка и изменениями в его поведении для создания оптимальных условий развития.

4) Тренинг для родителей детей с ОВЗ. В ходе тренинга решаются следующие задачи:

- выработка активной родительской позиции в процессе реабилитации ребенка;
- снятие чувства вины родителей;
- повышение самооценки участников;
- самопознание, с точки зрения своего родительского поведения и родительской позиции;
- развитие понимания родителями своего ребенка на основе лично–ориентированного подхода;
- повышение компетентности родителей в общении с детьми.

Для решения этих задач используются следующие методы: проведение дискуссий, мини лекций, выполнение упражнений, игры. Участие в тренинге помогает родителям приобрести навыки решения конфликтных ситуаций с ребенком, научиться эффективному взаимодействию с ним, решить некоторые личностные проблемы, осознать и оптимизировать свою родительскую позицию.

5) Клубная работа Работа в клубе помогает решить не только личностные проблемы, но и выработать социальные навыки в преодолении трудностей, возникших с появлением ребенка с ограниченными возможностями.





– Родители видят, что вокруг есть семьи, близкие им по духу и имеющие похожие проблемы;

– Убеждаются на примере других семей, что активное участие родителей в реабилитации ребенка ведет к успеху;

– Видят важность раннего вмешательства;

– Принимают неискаженную реальность без обещания «золотых гор», получают объективную информацию, с описанием перспективы;

– Понимают, что путь к цели будет трудным и долгим.

Владея полной картиной настоящего и реальным прогнозом, родители могут принять осознанное решение и нести ответственность за последующие шаги. Раннее включение родителей в коррекционную работу с ребенком позволяет, в большинстве случаев, нейтрализовать переживания родителей, изменить их позицию по отношению к воспитанию ребенка, а также сформировать адекватные способы взаимодействия с ним.

3. Социально-педагогическая работа с группой родителей. Социально-педагогическая работа с группой родителей детей, имеющих отклонения в развитии, осуществляется в несколько этапов. В ходе первого этапа социальный педагог выясняет представления родителей о воспитании (его целях, способах воздействия, влиянии на личностное развитие и поведение ребенка, адекватность и динамичность родительской позиции). Далее работа направлена на повышение эмоционального принятия ребенка, рост эффективности родительского контроля и требований, понимание поведения ребенка. На последнем этапе проводится обучение родителей эффективным способам общения с ребенком, адекватному выражению своих чувств, рефлексия работы по программе.

В качестве основных методов и приемов работы используются практикоориентированные технологии: дискуссия, ролевая игра, решение проблемных ситуаций, психотехнические упражнения. Следующим этапом работы является участие родителей в коррекционной работе. Основным показателем включенности родителей в коррекционно-развивающую работу является возрастание активности, понимания проблем и побед ребенка. Внешне это выражается в том, что семья начинает регулярно заниматься, выполнять рекомендации специалиста.

Для достижения поставленной цели проводятся занятия в системе «Ребенок-Родитель-Специалист», направленные на коррекцию и развитие познавательной, эмоционально-волевой сферы и речи детей. Занятия отличаются по сложности и насыщенности, что позволяет использовать их в работе с детьми, имеющими различные отклонения развития.

Задачи работы:

– помочь родителям осуществить анализ возрастных и специфических особенностей, присущих детям с ОВЗ;

– обучить родителей приемам и формам работы по развитию психических процессов, коррекции недостатков речевого развития детей с ОВЗ;

– формировать у ребенка представления об окружающем мире; развить зрительные, слуховые и тактильные ощущения; развить сенсомоторные навыки; осуществить стимуляцию воображения ребенка, коррекцию внимания, эмоционально-волевой сферы.

Кроме того, родители учатся на занятиях:

– слушать ребенка;

– быть полезным ребенку в обретении уверенности в себе, а не заставлять действовать по своему желанию;

– быть готовым принять чувства ребенка, не оценивая и не осуждая их;

– верить в ребенка, в его возможности самому разрешать свои проблемы;

– воспринимать ребенка как самостоятельную личность.

*Рекомендации специалистам, работающим с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья:*

1. Использовать, наряду с групповыми психокоррекционными занятиями, совместные занятия с каждым родителем и его ребенком.

2. Использовать упражнения на расслабление, снятие эмоционального напряжения, отреагирование негативных эмоций, а также упражнения на позитивные изменения отношения к себе и своему ребенку.

3. Применять техники поддержки, понимания и принятия, но не конфронтации, так как клиенты данной группы находятся в нестабильном эмоциональном состоянии.

4. В групповой работе обращать внимание на самораскрытие и обмен опытом клиентов, так как данное обстоятельство очень важно для снятия эмоционального напряжения, изменения отношения к себе и ребенку.

5. В работе с матерью и ребенком уделять внимание и учить клиентов позитивному общению и взаимодействию.

6. В работе с матерью и ребенком обращать свое внимание и внимание клиентов на ситуации, говорящие о взаимонепонимании, конфронтации и конфликтности между матерью и ребенком и организовывать конструктивное обсуждение данных ситуаций и поведения друг друга. В работе с матерью и ребенком отслеживать и информировать клиентов о качестве выполняемых ими актов взаимодействия, что послужит для них примером поведения и решения конфликтов в будущем.

## Заключение

Семья как социальная структура была и остается одной из основных форм социализации подрастающего поколения. Она выступает социальной средой, оптимизирующей социальную адаптацию ребенка, а ребенок с особыми потребностями в еще большей мере зависим от окружающих его близких людей. Близкие оказывают положительное влияние на ребенка, создают всевозможные условия для его развития и обучения. Трудности, с которыми сталкивается семья в случае рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, связаны как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества проблем, отличающихся от обычных трудностей. Поэтому именно социальная помощь в решении этих проблем должна быть основным направлением социальной работы в России, так как семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, является одной из наиболее уязвимых групп населения.

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Отсутствие достаточного круга общения приводит к изоляции и соответственно к недостаткам развития. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психологического здоровья ребенка. Но и результатом сложившегося общественного сознания, вследствие чего у детей часто возникают сложности в процессе овладения той или иной социальной ролью. Чаще всего причинами возникновения этих трудностей является несоответствие требований к ребенку в процессе его взаимоотношений с социумом и готовности ребенка к этим отношениям. Освоение такими детьми социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий.

Комплексная психолого-педагогическая помощь детям с ОВЗ и детям-инвалидам позволяют предупредить появление вторичных нарушений, скорректировать уже имеющиеся трудности, в результате значительно снизить степень социальной недостаточности детей с отклонениями в развитии, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, степени интеграции в обществе. Для детей, которые имели тяжелые нарушения в развитии и раньше были ограничены в возможности получения профессиональной помощи, ранняя помощь дает возможность быть включенными в соответствующую им форму специального образования. Своевременная коррекция дает возможность уменьшить степень выраженности нарушения, ее поведенческие последствия, а во многих случаях полностью устранить их, обеспечив тем самым полноценное развитие ребенка.

Взаимосвязь и взаимопомощь всех специалистов отделений Центра позволяет оказывать комплексную помощь по коррекционной работе с детьми



с ОВЗ. Участие родителей в жизни детского сообщества способствует социальному развитию детей, делает ребёнка более успешным, а при переходе в школу успешным в обучении. Коррекционная работа согласно реализуемой программе, обеспечивает своевременную коррекцию недостатков в психическом развитии детей с ОВЗ; способствует формированию интегративных качеств (личностных, регулятивных, познавательных, коммуникативных).

Данный подход позволяет рассматривать коррекцию и компенсацию нарушений развития не как конечную цель, а как одно из важнейших условий наиболее адекватного и эффективного вхождения ребенка или подростка в социум.

## Список литературы

1. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ОВЗ. Психологические основы / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Барышева, А.Н. Особенности адаптации детей-инвалидов/ А.Н. Барышева // Социальная педагогика. 2016. №2. С. 113.
3. Басов, Н. Ф. Социальная работа с различными группами населения: учебное пособие / Н.Ф. Басов. – М.: КНОРУС, 2016. – 528 с.
4. Боброва, К.С. Арт-терапия в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2018. № 1. 50 с.
5. Голиков, Н.А. Ребенок-инвалид. Обучение, развитие, оздоровление / Н.А. Голиков. – М.: Феникс, 2015. – 429 с.
6. Горшкова, Т.В. Развитие коммуникативных навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья через игровую деятельность // Молодой ученый. 2016. №2. С. 783-785.
7. Гордеева, А. В. Реабилитационная педагогика: учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей / А.В. Гордеева. – М.: Академический проект, 2015. – 204 с.
8. Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: учеб.пособие / Т.В. Егорова. – Балашов: Николаев, 2016. – 148 с.
9. Корельская, Н.Г. «Особенная» семья - «особенный» ребенок: книга для родителей детей с отклонениями в развитии / Н.Г. Корельская. – М.: Советский спорт, 2003. – 314 с.
10. Осипова, А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
11. Платонова, Н.М. Инновации в социальной работе: учебное пособие /Н.М. Платонова. – М.: Академия, 2012. – 256 с.
12. Полоухина, Е.А. Особенности семейного микроклимата в семьях с детьми-инвалидами // Вестник Санкт - Петербургского университета, сер. 12. 2008. вып. 3. С. 143
13. Тайгунова, Н.Х. Инновационные технологии, используемые при работе в условиях реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями // Социальное обслуживание. 2017. № 1. С.97
14. Холостова, Е. Основы социальной работы с детьми-инвалидами /Е. Холостова. – М.: Изд-ко-торговая корпорация «Дашков и К», 2017. – 288 с.
15. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие / Е.Р. Яркая-Смирнова. – СПб.: Питер, 2005. – 316 с.