

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования семей, воспитывающих детей с ОВЗ.....	8
1.1. Семьи, воспитывающие детей с ОВЗ как объект психологических исследований.....	8
1.2. Теоретические модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ.....	24
Выводы по главе.....	40
Глава 2. Программа психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ.....	43
2.1. Организация и методы исследования.....	43
2.2. Исследование родительских установок в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ.....	46
2.3. Апробация программы психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ.....	57
Выводы по главе.....	72
Заключение.....	74
Список литературы.....	78

Введение

Актуальность исследования

Число детей с ограниченными возможностями в современном российском обществе растет. С одной стороны, это объясняется положительными тенденциями – возросшая гуманность общества и возможности медицины позволяют сохранить жизнь даже тем детям, которые раньше не выживали. С другой стороны, негативные тенденции, такие как низкий уровень жизни, неблагоприятная экологическая ситуация, социальное неблагополучие способствуют росту количества больных детей, в том числе и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей-инвалидов в обществе. У семей, воспитывающих таких детей, возникает целый ряд сложных психологических проблем, которые часто невозможно решить без помощи специалистов. В связи с этим, проблема психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ представляется весьма **актуальной**.

Работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, является одной из сложных проблем современной психологии. Такие семьи до недавнего времени не были объектом специального изучения, не разрабатывалось программно-методическое обеспечение их сопровождения. На первый план выдвигалась проблема обучения и адаптации таких детей в социум, в то время как психологические проблемы самих детей и тем более их семей отходили на второй план. Следует учесть, что физиологические проблемы таких детей мешают их нормальной социализации и превращаются в психологические проблемы самого ребенка и его семьи. Поэтому важно определить методические подходы к психологическому сопровождению таких семей. Нам представляется чрезвычайно актуальным охарактеризовать достижения и проблемы в области психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ и разработать программу такого их

сопровождения, которая давала бы возможность целенаправленно и вовремя оказывать необходимую психологическую поддержку таким семьям.

Существуют следующее **противоречие**: между остротой психологических проблем, семей воспитывающих детей с ОВЗ, ее психотравмирующей значимостью и отсутствием разработанных моделей психологического сопровождения семей, воспитывающим детей с ОВЗ.

Выявленные противоречия позволили сформулировать **проблему** исследования, заключающуюся в научном обосновании и разработке эффективной программы психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ

Степень изученности темы, место и значение в науке и практике

Проблема психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ имеет огромное практическое и теоретическое значение. Теоретическая значимость данной проблемы заключается в том, что изучение психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ может дать значительный материал для выявления особенностей современной семьи. Практическая значимость проблемы очевидна, поскольку ее решение обозначает решения острых насущных психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Проблема адаптации детей с ОВЗ разрабатывалась в рамках культурно-исторической теории развития высших психических функций(Л.С. Выготский); психологической теории деятельности (А.Н. Леонтьев). Особенности психологии детей с ОВЗ изучали Т.А. Власова, А.Г. Басова, А.И. Метт, К.А. Микаэльян. Вопросы педагогического сопровождения таких детей освещается такими авторами как К.Г. Коровин, А.Г. Зикеев, К.В. Комаров, Л.И. Тигранова, И.М. Гилевич, Н.Ю. Донская, Ф.Ф. Рау и др.

Психолого-педагогические основы обучения и воспитания детей с ОВЗ рассматриваются в работах Р.М. Боскис, Г.Л. Выгодской, С.А. Зыкова, Т.С. Зыковой. Вопросы организации психологической помощи таким детям и их семьям разрабатываются такими авторами как И. М. Гилевич,

Е.А. Забара, М.В. Ипполитова, Л. М. Кобрина, Г.Ф. Кумарина, Н. Н. Малофеев, Н.Д. Шматко, Л. М. Шипицына и др.

Одним из путей психологической помощи данной категории населения является психологическое сопровождение. Идеологию и технологии психологического сопровождения разрабатывали такие специалисты, как И.А. Баева, М.Р. Битянова, Г.Р. Бардиер, А.В. Волосников, Е.И. Казакова, Е.А. Козырева, В.С. Мухина, Ю.В. Слюсарев и др. В современной науке еще не сложился единый методологический подход к определению сущности психологического сопровождения. Оно трактуется как вся система профессиональной деятельности психолога (Р. М. Битянова); общий метод работы психолога (Н. С. Глуханюк); одно из направлений и технология профессиональной деятельности психолога (Р. В. Овчарова).

Объектом исследования выступают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования – динамика родительских установок и детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ в процессе психолого-педагогического сопровождения.

Основная цель работы – разработка и апробация программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ.

В работе были поставлены следующие **задачи**:

- изучить теоретические подходы к определению психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ,
- проанализировать возможности существующих моделей психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ,
- провести исследование психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ;
- разработать и апробировать программу психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Гипотеза исследования была сформулирована следующим образом - оптимизация родительских установок и детско-родительских отношений в

семьях, воспитывающих детей с ОВЗ будет более эффективной, при условии применения психолого-педагогической программы.

Методика исследования

Для реализации целей и задач исследования использовался комплекс методов. Методы исследования: анализ научной литературы по проблеме исследования; педагогическое наблюдение; изучение личных дел детей; методы психодиагностики и математической статистики.

Использовались следующие методы психодиагностики:

1. Авторская анкета, предназначенная для выявления психологических проблем семей, воспитывающих слабослышащих детей. Анкета была апробирована в ходе исследования.

2. Методика PARI (Шефер Е.С. и Белл Р.К).

3. Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга.

Структура магистерской диссертации

Структура работы обусловлена предметом, целью и задачами исследования. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработанности темы, объект, предмет, цель, задачи, гипотезы и методы исследования, раскрывает теоретическую и практическую значимость работы.

В первой главе диссертации анализируются основные психологические проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности слабослышащих детей, и существующие модели психолого-педагогического сопровождения таких семей.

Вторая глава исследования содержит методики изучения психологических проблем семей, воспитывающих слабослышащих детей и результаты данного исследования, а также их анализ и осмысление. Здесь же предложена и апробирована авторская модель психолого-педагогического

сопровождения семей, воспитывающих слабослышащих детей и ее апробации.

Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования семей, воспитывающих детей с ОВЗ

1.1. Семьи, воспитывающие детей с ОВЗ как объект психологических исследований

Дети с ограниченными возможностями - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении» «аномальные дети», «исключительные дети» [14, с. 18]. Такое количество синонимов и псевдосинонимов показывает отношение общества к этой проблеме. Определить ребенка как человека с «ограниченными возможностями здоровья» значит поставить на него определенное клеймо. Приведенные выше эвфемизмы с этической точки зрения позволяют избежать данной проблемы. Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Таким образом, детьми с ограниченными возможностями здоровья можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании.

По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, к основным категориям детей с ограниченными возможностями относятся:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
3. Дети с нарушением речи (логопаты);
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
5. Дети с умственной отсталостью;
6. Дети с задержкой психического развития;

7. Дети с нарушением поведения и общения;

Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью) [23, с. 58].

В зарубежной психологии проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ не рассматриваются отдельным блоком. Все эти проблемы рассматриваются в рамках различных подходов семейной психотерапии, которые в свою очередь опираются на разные направления психологии:

- классический фрейдизм (З.Фрейд, Й. Брейер, Ж. Лакан, Ш. Ференци, К. Абрахам, Э. Гловер);
- аналитическая психология (К.Г. Юнг);
- гуманистическая психология (К. Хорни, К. Роджерса, А.Адлер, Э. Фромм);
- поведенческая психотерапия (Дж. Уотсон, Дж. Вольпе, М.и К. Джонс, Э. Торндайк, Г. Айзенк, Э. Сальтер)
- рационально-эмоциональная психотерапия (А. Эллис) и др.

Основные постулаты классического фрейдизма прекрасно известны и не нуждаются в повторении. В настоящее время классический психоанализ считается устаревшим подходом, тем не менее во всех западных странах по-прежнему существуют школы психоанализа, которые работают с клиентами на основе анализа их сновидений, неосознанных страхов, подавленных сексуальных влечений с использованием техники гипноза.

Более популярной является аналитическая психология Юнга, на основе которой происходит консультирование людей, имеющих психологические проблемы. Это более рациональный подход, предлагающий типизацию клиентов и их проблем. При этом определенное внимание также уделяется процессу изучения снов, изучению процесса психологического переноса и изучению психологических проекций. Основанный на аналитической психологии Юнга соционический подход и теория Майерс-Бригс исходят из

того, что определяются психологические типы клиентов и их интERTипные отношения, исходя из этого даются рекомендации по выстраиванию отношений в семье и собственно отношений с «особым» ребенком.

Представители гуманистической психологии в отличие от классического фрейдизма и аналитической психологии полагали, что существует четкая грань между нормой и отклонением. В рамках этого подхода для изучения психологических проблем семьи с «особым» ребенком используется либо философский подход (экзистенциальные принципы как основа для проведения психотерапии) либо соматический подход (применение невербальных методов), либо духовный подход, в основе которого лежит конечное утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта.

Поведенческий подход является основным в западной психотерапии. Изучение психологических проблем семьи связано с использованием достижений социальной психологии. Данное направление считает, что необходимо уменьшить человеческие страдания и побудить в человеке волю к действиям и при этом обучить его соответствующим техникам, которые позволят преодолеть проблемы.

Рационально-эмоциональная психотерапия опирается на принципы когнитивной психотерапии. Согласно этому подходу, выделяется три ведущих психологических явления – мысль, чувства и поведение. Важно работать не с самим эмоциями, а с их внутренним восприятием и их оценкой. Данное направление эффективно по отношению к людям, склонным к интроспекции, саморефлексии, анализу своих мыслей.

В настоящее время наиболее востребованной является поведенческая психотерапия.

В отечественной традиции несмотря на то, что существует большое количество работ психологического и педагогического характера, посвященных теории и практике обучения и воспитания детей с ОВЗ (Р.М. Боскис, К.Г. Коровин, А.Г. Зикеев, К.В. Комаров, Л.И. Тигранова,

И.М. Гилевич, Н.Ю. Донская, Ф.Ф. Рау, В.И. Бельтюков, К.И. Туджанова и др.), проблема психологического сопровождения семей, воспитывающих таких детей, по существу, не изучена. Лишь в некоторых работах приводятся отдельные факты из истории становления психологии детей с сенсорными нарушениями (Р.М. Боскис, Т.А. Власова, А.Г. Басова, А.И. Метт, К.А. Микаэльян).

Изучением вопросов, возникающих перед родителями, воспитывающими детей с проблемами в развитии, занимались многие специалисты (Б.Д. Корсунская, Г.А. Выготская, М.В. Ипполитова, А.Р. Маллер, Н.Л. Белополюская, Е.М. Мастюкова, Л.И. Солнцева, И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынов, Г.В. Пятакова и др.). В их исследованиях чаще всего затрагивается аспект участия семьи в воспитании и развитии ребенка с ОВЗ. К настоящему времени имеются лишь единичные исследования, отражающие состояние родителей, воспитывающих детей с проблемами в развитии (Р.Ф. Майрамян, М.М. Семаго, В.А. Вишневецкий, Б.А. Воскресенский, В.В. Ткачева). Эти работы посвящены изучению особенностей постреактивных расстройств и их динамике при появлении в семье умственно отсталого ребенка или ребенка с различными формами детского церебрального паралича. Результаты исследований указывают на наличие серьезных нарушений во всех сферах проявления человека (эмоциональная сфера, проблемы общения с социумом, соматические нарушения), весь этот комплекс нарушений авторы определяют как родительский кризис. Уровень его тяжести зависит от ряда обстоятельств: степени выраженности дефекта ребенка, времени, прошедшего с момента постановки диагноза, личностных особенностей матерей и помощи, оказанной специалистами (психологами, дефектологами и т.д.), то есть самостоятельно, без помощи специалистов, родители не могут преодолеть этот кризис. На основании этого некоторые авторы (Майрамян Р.Ф. и др.) делают вывод о необходимости помещения ребенка с тяжелой патологией в специализированные государственные

учреждения. Данный подход вряд ли является приемлемым с позиций гуманизма и толерантности.

Трудности, с которыми сталкиваются родители детей с проблемами в развитии, чаще всего являются причинами их негативного отношения к своим детям. Вопросами изучения родительского отношения и его влияния на ребенка в нашей стране занимались психологи, социологи, психиатры и психотерапевты (В. И. Гарбузов, АЛ Захаров, ДЛ Исаев, А.А. Бодалев, В.В.Столин, Г.Т. Хоментаскас, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, А.С.Спиваковская, И.М.Марковская и др.). Все работы, посвященные данному вопросу, подтверждают выводы о прямой зависимости отношения родителей к детям от особенностей личности самих родителей, их состояния, жизненного опыта и, в меньшей степени, от особенностей детей.

Поскольку психологическое изучение семей, воспитывающих детей с ОВЗ тесно связано с изучением психологии самих детей с ОВЗ, а эта психология в свою очередь опирается на сурдопсихологические исследования, необходимо начать изучение проблемы именно с краткого обзора этих исследований.

В России впервые систематически изучать особенности психики детей с ОВЗ, в частности слабослышащих детей стал Л.С. Выготский. Психология детей, имеющих ограниченные возможности здоровья (в частности глухих и слабослышащих детей) изучалась в основном в плане развития их интеллекта и мышления. До последнего времени проблемы социального воспитания, психологического сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи не были объектом специального изучения, не разрабатывалось программно-методическое обеспечение этого процесса. На первый план выдвигалась проблема обучения детей с ОВЗ.

В данное время исследования возможностей психологического сопровождения семей с детьми с ОВЗ активно развивается. Одним из путей психологической помощи данной категории населения является психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

Идеологию и технологии психологического сопровождения разрабатывали такие специалисты, как И.А. Баева, М.Р. Битянова, Г.Р. Бардиер, А.В. Волосников, Е.И. Казакова, Е.А. Козырева, В.С. Мухина, Ю.В. Слюсарев и др.

В современной науке еще не сложился единый методологический подход к определению сущности психологического сопровождения. Оно трактуется как вся система профессиональной деятельности психолога (Р. М. Битянова); общий метод работы психолога (Н. С. Глуханюк); одно из направлений и технология профессиональной деятельности психолога (Р. В. Овчарова).

Перейдем к анализу основных психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ. Самые очевидные проблемы, которые возникают у таких детей – это проблемы их умственного и социального развития. Этот блок проблем, как уже говорилось выше, изучен наиболее полно, поэтому на их характеристике мы остановимся кратко.

У детей с ОВЗ, как правило, слабо развиты следующие сферы деятельности:

- игровая деятельность;
- умение взаимодействовать со сверстниками;
- умение взаимодействовать со взрослыми;
- сфера представлений об окружающем мире и о себе;
- уровень познавательной активности;
- готовность к школьному обучению [23, с. 58].

В младшем школьном возрасте ребенку приходится преодолевать многие трудности в общении, и прежде всего - со сверстниками. При поступлении ребенка в школу решающим фактором социализации становится овладение учебной деятельностью, выработка обязательных школьных умений и навыков. Параллельно с этим школьник включается и в другой, менее оформленный организационно, но не менее значимый процесс усвоения

социального опыта, складывающиеся в школе - межличностные отношения [33, с. 158]. По мнению В. С. Мухиной, к концу дошкольного возраста ребенок уже представляет собой личность [25, с. 88]. Он отдает себе отчет в том, какое место занимает среди людей и какое место ему предстоит занять в ближайшем будущем. Он открывает для себя новое место в социальном пространстве человеческих отношений. К этому периоду ребенок уже должен выйти на определенный уровень межличностных отношений: он должен ориентироваться в семейно-родственных отношениях, занять желаемое и соответствующее своему социальному статусу место среди родных и близких, уметь строить отношения со взрослыми и сверстниками, иметь навыки самообладания, уметь подчинить себя обстоятельствам. Он должен понимать, что оценка его поступков и мотивов определяется не столько его собственным отношением к самому себе, но прежде всего тем, как его поступки выглядят в глазах окружающих людей. У него должны быть развиты рефлексивные способности [15, с. 13].

Изучение детей с ОВЗ, показывает, что среди множества особенностей, присущих им, на первый план выдвигается общее недоразвитие личности: эмоциональная незрелость и неустойчивость, неадекватная самооценка, несформированность волевого поведения, недостаточная способность к произвольной деятельности, несформированность основных предпосылок ведущей деятельности, динамические нарушения во всех видах деятельности, в том числе познавательной, речевой и т.д. [14, с. 54]. Интеллектуальное недоразвитие этих детей в значительной мере обусловлено перечисленными факторами.

Мотивационная незрелость, необъективная самооценка, эмоциональная неустойчивость и незрелость, отягощённые неврологической симптоматикой зачастую влекут к возникновению у детей с ОВЗ эмоциональных нарушений, которые в свою очередь сказываются на межличностном общении. У детей с ОВЗ, к сожалению, имеются предпосылки, мешающие развитию процесса общения: низкая речевая активность, неразвитая речемыслительная

деятельность, слабая сформированность речевой деятельности и всех её компонентов.

Общение со сверстниками у детей с ОВЗ часто носит эпизодический характер. Дети, не имеющие отклонений в развитии, обычно общаются с такими детьми редко, часто не принимают их в свои игры. Находясь в группе «нормальных» детей ребёнок с ОВЗ практически с ними не взаимодействует. Большинство таких детей предпочитают играть в одиночку. В тех случаях, когда дети играют вдвоем, их действия часто носят несогласованный характер [17, с. 347]. Сюжетно-ролевую игру детей с ОВЗ можно определить скорее как игру «рядом», чем как совместную деятельность. Общение по поводу игры у таких детей наблюдается редко. Играть они предпочитают в одиночку. У них не отмечается выраженных привязанностей к кому-либо, эмоциональных предпочтений кого-то из сверстников, то есть не выделяются друзья, межличностные отношения неустойчивы.

Поэтому следует говорить о значительном отставании в формировании навыков общения у детей с ОВЗ. Это отставание обусловлено как недоразвитием ряда психических процессов, так и динамическими нарушениями всех некоторых видов деятельности, выражающимися в неумении полно и четко отвечать на вопросы, спрашивать, высказываться в присутствии окружающих, слушать других, продолжать начатый разговор [21, с.168]. В результате у некоторых детей возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

У детей с ОВЗ часто наблюдается отставание в развитии эмоций, наиболее выраженными проявлениями которого являются эмоциональная неустойчивость, лабильность, слабость волевых усилий, несамостоятельность и внушаемость, отмечается состояние беспокойства, тревожность, личная незрелость в целом, легкость смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Они легко и часто немотивированно переходят от смеху к плачу и наоборот.

Изменение эмоционального фона – это один из самых ярких критериев поведения таких детей. В реализации эмоций задействованы и подкорковые структуры мозга, и вегетативные и двигательные механизмы, и, естественно, кора головного мозга. Причём, чем младше ребёнок, тем менее дифференцированы у него эти структуры, тем больше «разливается» проявление переживания, тем сильнее задействованы те сферы, которые обычно не связаны с эмоциональными переживаниями: двигательная активность, сон, аппетит, работа кишечника, регуляция температуры и т.п. Всё это приводит к тому, что у детей гораздо чаще, чем у взрослых, встречаются нетипичные проявления эмоциональных расстройств, которые затрудняют их правильное распознавание и лечение. Изменение эмоционального фона может быть почти незаметным за разными фасадами: нарушением вегетативных функций, имитирующим те или иные заболевания, за расстройствами поведения, за снижением школьных успехов. Однако выявление эмоционального расстройства необходимо для правильной корректировки поведения ребенка.

Ощущение печали, тоски, ослабление интересов, снижение общего тонуса, уход от контактов, иногда чувство собственной изменённости, заторможенности - типичные проявления «взрослой» депрессии. У детей, не достигших переходного возраста, трудно выделить подобные признаки - не только из-за их нечёткости, но и из-за того, что ребёнок, как правило, не может дать подробный отчёт о своих эмоциональных переживаниях.

Эмоциональная лабильность у таких детей проявляется в неустойчивости настроений и эмоций, быстрой их смене, легком возникновении эмоционального возбуждения или плача, иногда немотивированных проявлениях аффекта. Нередко у детей возникает состояние беспокойства. Неадекватная веселость и жизнерадостность выступают, скорее, как проявление возбудимости, неумения оценить ситуацию и настроение окружающих.

Трудности, с которыми сталкиваются дети с ОВЗ при выполнении учебных заданий, часто вызывают у них резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. Такие реакции возникают не только в ответ на действительные трудности, но и вследствие ожидания затруднений, боязни неудачи. Эта боязнь значительно снижает продуктивность детей с ОВЗ в решении интеллектуальных задач и приводит к формированию у них заниженной самооценки. В свою очередь, заниженная самооценка вновь создает препятствия в общении.

При этом дети с ОВЗ часто слабо разбираются в эмоциях других детей и взрослых, что обуславливает неадекватность их поведения, которую окружающие воспринимают как девиацию. Определяя более или менее успешно, по внешнему выражению эмоции других людей, такие дети иногда затрудняются охарактеризовать собственное эмоциональное состояние в той или иной ситуации. Это свидетельствует об определённом недоразвитии эмоциональной сферы, которое оказывается довольно стойким [53, с. 128]. Взаимодействие с другими детьми у них поэтому носит ситуативный характер.

Таким образом, у детей с ОВЗ наблюдается отставание в развитии эмоциональной сферы, что в свою очередь влияет на развитие основных компонентов познания: на [ощущение](#), [восприятие](#), [память](#), [мышление](#). В результате неблагополучия в сфере межличностных отношений у детей создается отрицательное представление о самом себе: они мало верят в собственные [способности](#) и низко оценивают свои возможности.

Следующая группа психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ связана с особым статусом такого ребенка. В отечественной психологической и социальной теории долгое время развивалась социальная парадигма, в рамках которой физические проблемы и вообще инвалидность понималась как личная проблема человека. Согласно этой парадигме, инвалидность и вообще любые проблемы со здоровьем – это медицинская патология, и этим инвалиды отличаются от «нормальных» людей. Все

проблемы инвалида являются следствием этой патологии. Следовательно, именно человек с ОВЗ должен приспособливаться к обществу нормальных людей.

Преобладание такого подхода по мнению В.В. Юстицкис привело к созданию кризисной ситуации, которая порождает следующие проблемы в отношении семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ:

- социальная «маркировка» ребёнка с особыми нуждами как ребёнка с дефектом (неполноценного);
- искусственная изоляция ребёнка в особом социуме, часто не способствующая его последующей адаптации в обществе;
- жёсткость и безвариантность форм получения образования учреждений;
- почти полное исключение семьи из процесса воспитания и образования ребёнка с особыми потребностями [63, с. 112].

Сам факт наличия в семье ребёнка с ограниченными возможностями является существенной проблемой, нарушающей социальное и психологическое благополучие семьи. Во-первых, это моральная травма и для родителей, и для самого ребёнка. Семья, в которой родился ребенок с тяжелыми нарушениями развития, постоянно находится в условиях психотравматической ситуации. По данным исследований Р.Ф. Майрамяна, сообщение о таком состоянии ребенка вызывает у 65,7% матерей, острые эмоциональные расстройства, аффективно-шоковые и истерические расстройства [31, с. 49]. В дальнейшем затяжной психический стресс приводит к возникновению различных психосоматических расстройств. Со временем он может не только не уменьшиться, но даже усилиться, поскольку растут заботы, связанные с взрослеющим ребенком, растет и тревога.

Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Положительные эмоции, связанные с

рождением ребенка, «гасятся» сведениями о недостатках его физического развития. Становление новых жизненных ценностей у родителей чаще всего растягивается на длительный период. Это обуславливается многими причинами:

- психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка);
- комплексом расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития;
- воздействием социума при контактах с семьей [59, с. 56].

Вследствие того, что рождение ребенка, а затем его воспитание, обучение и в целом общение с ним, является длительным патогенно воздействующим психологическим фактором, фрустрирующим психику матери, она становится предрасположенной к развитию пограничных форм нервно-психической патологии. Семья часто полностью посвящает себя больному ребенку, родители становятся склонны отрицать собственные проблемы, делая акцент на проблемы ребенка.

Следствием проявления чувства вины ставится поиск подтверждения или опровержения диагноза. Возникает своеобразный семейный «комплекс» вины. Очень часто, как отмечает Р.Ф. Майрамян, родители возлагают неоправданные надежды на медицину и посещение все новых врачей становится навязчивой идеей родителей или одного из родителей [31, с. 49]. Это попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью всех средств.

Некоторые родители признают диагноз, но при этом усваивают неоправданно оптимистический взгляд на возможности развития ребенка. У них появляется убеждение, что лечение может вернуть ребенку полноценное состояние. Так начинают формироваться семейные мифы, искажающие реальную ситуацию и мешающие терапевтической работе. Семья упускает время, которое необходимо направить на адаптацию как ребенка, так и их самих.

У родителей воспитывающих детей с ОВЗ формируются своеобразные родительские установки в отношении такого ребенка. Родительские установки включают такие явления как семейные ценности, восприятие ребенка и самих себя, представления и ожидания, связанные с развитием ребенка. Родительские установки включают оценку того, что ребенок может или не может сделать, знание о процессах его когнитивного и социального развития, роли родителей в жизни детей, целях обучения ребенка, предпочитаемые способы его воспитания. Родительские установки оказывают огромное влияние на родителей и детей. Именно они формируют семейные воспитательные стратегии.

В родительских установках выделяют три компонента:

- 1) оценочный,
- 2) когнитивный
- 3) поведенческий [6, с.67].

В.В.Ткачев отмечает, что в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ чаще всего формируются следующие родительские установки [41, с.56, с.67]. Матери чрезмерно вовлечены в воспитание ребенка, в то время как отцы уходят от ситуации эмоционально или физически. Ребенок с ОВЗ, даже взрослея, продолжает играть роль маленького. Фиксация ребенка на этой роли не дает возможности семье пройти нормальный семейный цикл. В.В.Ткачев в своих исследованиях показывает, что матери таких детей отличаются более простым вербальным общением с детьми, чаще меняют тему разговора с ребенком, более дидактичны и требовательны, а также менее спонтанны в общении с ребенком, нежели матери нормальных детей [41, с. 69]. При этом характер детской патологии влияет на эмоциональные реакции матери. Например, матери аутичных детей были более фрустрированы и разочарованы по сравнению с матерями, имеющими детей с синдромом Дауна [43, с. 15].

А.С. Спиваковская отмечает, что каждая семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, испытывает хронический стресс [40, с. 115]. Некоторые родители

воспринимают болезнь ребенка как катастрофу для всей семьи, высказывают идеи самообвинения. В связи с этим, А.С. Спиваковская много пишет о необходимости работы по «замене аффективных и когнитивных фильтров», через которые родители воспринимают своего ребенка [20, с. 115].

Воздействие хронического стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность прежде всего у матери. Отцы, как правило, избегают ежедневного стресса, проводя больше времени на работе, тем не менее, и они переживают чувство вины, утраты, хотя и не говорят об этом так явно, как матери. Отцы, пишет Б.Д. Корсунская обеспокоены тяжестью стресса, который испытывают их жены; тем, что именно на них ложатся особые материальные тяготы, связанные с воспитанием «особого» ребенка, которые ощущаются еще острее в связи с тем, что обещают быть долговременными, практически пожизненными [12, с. 112]. Переживания, выпадающие на долю матери «особого» ребенка, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах.

Исследования К. Скорги говорят о необходимости изменить теоретические ориентации в исследовании родителей, имеющих детей с аномалиями развития. Долгое время исследователями делался акцент на стрессе, кризисе, дезадаптации, связанными с рождением и воспитанием ребенка с нарушениями в развитии, однако, упускалось из виду, что родители данной категории могут испытывать те же потребности и проблемы, что и родители нормально развивающихся детей [21, с.67]. Более того, современные данные, полученные американскими исследователями, показывают, что воспитание ребенка с нарушениями развития имеет позитивное влияние, как на личностное развитие родителей, так и на функционирование семьи в целом. В частности, улучшаются отношения между супругами, растет терпимость и сотрудничество, катализируется личностный рост родителей [21, с. 67]. Считается, что эти изменения являются результатом так называемых трансформирующих переживаний,

ведущих к переосмысливанию жизненной ситуации, порождению новых ценностей и смыслов [21, с. 78]. У российских авторов существует определенный скептицизм относительно этих выводов, в частности, позитивные изменения у родителей аномальных детей рассматриваются как отрицание реальности или нереалистичский оптимизм.

Таким образом, психологическая неполноценность ребенка с ОВЗ своеобразным образом «проецируется» на его родителей и всю его семью.

Проблемы ребенка с ОВЗ - это серьезные физиологические и медицинские проблемы. В некоторых случаях здоровье ребёнка поддается восстановлению, что требует многочисленных усилий, чаще - когда об улучшении состояния ребёнка говорить не приходится, требуется целый комплекс мер по поддержанию его жизнедеятельности.

М.В. Ипполитова пишет, что из проблем физиологических, медицинских и психологических проистекают проблемы материальные и социальные [15, с. 112]. Любое лечение и тем более лечение серьезного заболевания, ограничивающего возможности ребенка вести нормальную жизнь, требует значительных финансовых средств. Существующий размер пособия на содержание ребенка-инвалида, как правило, не окупает даже физиологического прожиточного минимума, то есть необходимых продуктов и одежды, не говоря уже о дорогостоящих лекарствах, реабилитационных процедурах, отдыхе и т.д. Поэтому семья с ребёнком с ОВЗ тем более, если в этой семье есть другие дети, очень часто оказывается в группе неимущих семей или даже в группе семей, находящихся за чертой бедности. Все это обостряет существующие психологические проблемы семьи.

Рождение больного ребенка оказывает деформирующее воздействие и на взаимоотношения между родителями. Тяжёлый морально-психологический климат в семье, воспитывающей ребёнка с ОВЗ часто приводит к её краху и распаду. Р.Ф. Майрамян указывает на высокую вероятность распада семей, не сумевших преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка, с тяжелыми нарушениями развития [32, с. 50]. Как

правило, из такой семьи уходит отец, хотя бывают и случаи, когда ребёнка с ОВЗ покидает мать. В этом случае к проблемам детской инвалидности добавляется проблема неполной семьи с её сложными моральными и психологическими аспектами.

Надо учесть, что дети с ОВЗ очень часто рождаются в неблагополучных семьях. Таким образом, к проблемам насилия в семье, алкоголизма, наркомании добавляется ещё и проблема детской инвалидности. С другой стороны, проблема в виде ребёнка с ОВЗ, в свою очередь, часто провоцирует взрослых членов семьи на различные варианты девиантного поведения.

Даже благополучная семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг социального общения, ограничивает контакты с родственниками в силу особенностей состояния аномального ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин матери детей с ОВЗ часто оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности, чтобы ухаживать за ребенком, или переходят на домашнюю работу. Таким образом, происходит асоциализация матери.

Итак, сам факт существования ребенка с ОВЗ создает и для него и для его семьи сложный комплекс психологических проблем, которые очень сложно решить без помощи специалиста. За последнее десятилетие отечественная наука продвинулась в данном направлении и в теоретическом, и в практическом плане: проанализированы и систематизированы проблемы семей. Воспитывающих детей с ОВЗ, теоретически подтверждена необходимость ранней интеграции детей с проблемами в развитии в социум, сконструирована модель интеграции детей с сенсорными нарушениями (сниженным слухом и зрением) в общество, осуществляется практическая интеграция детей с ЗПР школьного возраста в общеобразовательные школы, предприняты попытки интеграции в среду сверстников дошкольников с различными отклонениями в развитии. Поскольку, как было показано выше, спектр психологических переживаний семьи с «особым» ребенком

необычайно широк, для изучения была выделена более узкая проблема, а именно проблема родительских установок семей, воспитывающих детей с ОВЗ. Родительские установки, согласно И.Е. Казаковой, включают семейные ценности, восприятие ребенка и самих себя, представления и ожидания, связанные с развитием ребенка.

1.2. Теоретические модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ

Существует две концепции инвалидности, в рамках которых ребенок с ОВЗ имеет совершенно разный социальный статус. В зависимости от того, на какой из этих двух позиций стоять, следует предлагать разные модели психологического сопровождения семьи с таким ребенком.

В первом случае ограниченные возможности здоровья, инвалидность понимается как личная проблема человека (в частности, медицинская). Это так называемая «административная» модель. В этой модели ограниченные возможности рассматриваются в контексте взаимосвязи между отдельным человеком и его недугом. Согласно этой модели, ограниченные возможности здоровья – это медицинская патология, и этим инвалиды и просто нездоровые люди, в том числе дети отличаются от «нормальных» (здоровых) людей. Все проблемы такого ребенка, в том числе и психологические – следствие этой патологии. Он должен приспособливаться к обществу нормальных людей, и задача психолога – помочь ребенку и его семье в этой адаптации. Такой подход иногда обозначается термином «дизабелизм» («инвалидизм») по аналогии с термином «расизм». В этом случае социальный статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья крайне низок, он считается неполноценным членом общества. В современной России преобладает именно этот подход.

Во втором случае ограниченные возможности здоровья рассматриваются как социальная проблема, из которой проистекает проблема

психологическая. При реализации этого подхода в центре внимания находится взаимосвязь между человеком и окружающей его средой (в том числе обществом). Ограниченные возможности понимаются как следствие того, что социальные условия сужают возможности самореализации такого человека (общественная мораль, психологический климат, социальная организация, инфраструктура и т.д.), то есть люди с ограниченными возможностями здоровья рассматриваются скорее как притесняемая группа, чем как аномальная. В рамках этого подхода используется термин «люди (дети) с ограниченными возможностями здоровья». В этом случае задача психологического сопровождения - включить семью и ребенка с ОВЗ в нормальную социальную жизнь.

Долгое время в России психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ понималась, прежде всего, как помощь в лечении и образовании ребенка. Рассмотрим эту проблему на примере слабослышащих детей. В 1920-30 гг. было решено, что тугоухих детей следует обучать отдельно от других [14, с. 18]. С одной стороны, в этом был несомненный прогресс. Слабослышащих детей отделили от умственно отсталых, то есть проблема с нарушениями слуха уже перестала восприниматься как «идиотизм». Но с другой стороны, именно тогда возникла, господствующая до сих пор идея отдельного обучения глухих и слабослышащих детей. В настоящее время справедливость такого разделения начинает постепенно переосмысляться.

Благодаря работам Л.С. Выготского и Р.М. Боскис в 1930-40 гг. по всей стране была создана сеть специальных коррекционных школ для глухих и слабослышащих детей. Но в этих школах упор делается на разработке системы обучения языку, а не на решении психологических проблем детей. При этом работа ведется с детьми, а не с их семьей.

В 1990 гг. в силу ряда проблем стоящих перед страной психологические, равно как и прочие проблемы семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ были вообще забыты. В эти годы ни взрослые, ни дети-

инвалиды зачастую не получали даже минимальной медицинской и материальной помощи, не говоря уже о помощи психологической.

Активное развитие в конце 1990 гг. социальной работы в стране и создание разнообразных учреждений, в которых социально незащищенные люди, в том числе семьи с детьми с ОВЗ могли бы получить помощь, улучшило ситуацию. Ставки психологов были учреждены в школах, детских поликлиниках и больницах, многочисленных социальных центрах и центрах помощи семье. Проблема здесь заключается в том, что все эти специалисты и различные службы не имеют какой-то единой концепции психологического сопровождения семьи с особым ребенком. Поэтому, естественно, возникают проблемы из-за несогласованности их работы. С другой стороны, разнообразие подходов, методологических принципов и используемых методов психологии и психотерапии дает возможность выбора семье, имеющей ребенка с ОВЗ.

Понятие «психолого-педагогическое сопровождение семьи» было введено Л.М. Шипицыной и Е.И. Казаковой. Они определяют «психолого-педагогическое сопровождение» как «помощь семье в принятии решений в проблемных ситуациях, ответственность за действия в которых семья несет сама» [24, с. 118]. Е.И. Казакова сопровождает эти объяснения дает следующим дополнением: сопровождение – это метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора [24, с. 121]..

По мнению М.Р. Битяновой, психолого-педагогическое сопровождение семьи - это «система профессиональной деятельности психолога, направленная на создание социально-психологических условий для успешного развития проблемной семьи» [14, с. 189].

Е.А. Козырева определяет психолого-педагогическое сопровождение семьи как систему профессиональной деятельности психолога, направленной на создание условий для позитивного развития отношений детей и взрослых в семье, психологического и психического развития семьи» [25, с. 89].

По мнению М.И. Рожкова, сопровождение в психолого-педагогическом смысле чаще всего рассматривается как метод, обеспечивающий создание условий для принятия членами семьи оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора. Сопровождение – это всегда взаимодействие сопровождающего и сопровождаемого [45, с. 19].

По нашему мнению, наиболее удачным является определение М.Р. Битяновой, поскольку оно не рассматривает семью как объект, а не как субъект сопровождения и оставляет за ней свободу выбора.

Объектом психолого-педагогического сопровождения является развитие семьи и формирование отношений между всеми членами семьи. Предметом психолого-педагогического сопровождения являются социально - психологические условия, в которых семья может нормально развиваться [14, с. 75].

Современные психологи, занимающиеся этой проблемой, в частности Л.А. Головчиц, Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина отмечают, что социальное воспитание детей должно пронизывать все разделы коррекционной работы, и педагоги должны акцентировать внимание детей на социальных отношениях в процессе сюжетно-ролевых, театрализованных и других игр, упражнений, формирующих партнерские отношения, навыки взаимодействия друг с другом [14, с. 458]. Важной частью такого воспитания является социально-психологическое сопровождение самого ребенка и его семьи.

По мнению Л.А. Головчиц, социально-психологическое сопровождение следует рассматривать, во-первых, один из видов социального патронажа как целостную комплексную систему социальной поддержки и психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности социально-психологических служб [8, с. 51]. Во-вторых, социально-психологическое сопровождение - интегративная технология, цель которой - создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития семьи. Наконец, это процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

Семейное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ ставит своей целью совместное с консультантами изучение проблем семьи для изменения взаимоотношений в ней и обеспечения возможностей личностного роста ребенка. Принципиальное отличие семейного сопровождения от психотерапии заключается, во-первых, в отказе от концепции болезни, и в акценте на анализе ситуации в семье. Во-вторых, в нем поставлен акцент на анализе ситуации и аспектов ролевого взаимодействия в семье. В-третьих, оно призвано помочь в поисках личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации. В-четвертых, парадигмальное самоопределение в рамках семейного консультирования носит конвергентный характер[14, с. 18].

Существуют различные способы выделения моделей психологического сопровождения семьи.

Г.В.Пятакова выделяет три основные модели - общую, типовую и индивидуальную.

Общая модель психологического сопровождения - это система обеспечения оптимального развития семьи в целом без индивидуального подхода. Она включает в себя комплекс общих коррекционных мероприятий: щадящий охранительно-стимулирующий режим для ребенка, соответствующее распределение нагрузок с учетом психического состояния, организацию жизнедеятельности ребенка в школе, в семье и в других группах, регулярные, но не слишком частые консультации родителей у психолога.

Типовая модель психологического сопровождения основана на организации конкретных психокоррекционных воздействий на ребенка с использованием различных методов: игротерапии, семейной терапии, психорегулирующих тренировок и пр. Но при этом основное внимание уделяется ребенку, а не семье.

Индивидуальная модель психологического сопровождения, как уже следует из ее названия, рассчитана на то, что работа с каждой семьей,

воспитывающей ребенка с ОВЗ, ведется индивидуально. Эта модель ориентирована на решение психологических проблем семьи с учетом индивидуально-типологических, психологических, клинико-психологических особенностей ребенка и спецификой отношений в семье. Это достигается в процессе создания индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на решение конкретных проблем данной семьи [44, с. 49].

Разумеется, индивидуальная модель является более предпочтительней и по мнению всех авторов – более эффективной, но она требует наибольших затрат и ее в современных российских условиях реализовать наиболее сложно.

В. Крайняя, отталкиваясь от опыта изучения данной проблемы в контексте социальной работы, предлагает пять основных модели психологического сопровождения семьи – собственно психологическую, социальную, педагогическую, медицинскую и комплексную [21, с.74].

В первом случае упор делается сугубо на решении психологических проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ. Личность любого члена семьи в рамках этого подхода рассматривается как психологический субъект и в ходе психологического сопровождения решаются только её психологические проблемы. Социальная модель психологического сопровождения предполагает изучение и коррекцию социального статуса семьи, воспитывающей особого ребенка. Задача заключается в том, чтобы повысить этот статус и уравнивать такую семью в социальных правах и общественном мнении с «нормальными» семьями.

Третья модель опирается на имеющийся арсенал педагогических методов. Именно эта модель по отношению к семьям, воспитывающих детей с ослабленным слухом была основной до недавнего времени. О чем уже говорилось выше. В начале раздела эта модель была достаточно подробно проанализирована.

Четвертая модель - медицинская. В этом случае основной упор делается на медицинской реабилитации, а помощь психолога, чаще всего

работающего в медицинском учреждении является сопутствующей. Ниже данная модель будет рассмотрена более подробно. Когда речь пойдет о психологической помощи, оказываемой в рамках медицинских учреждений.

Пятая модель является комплексной и предлагает, несмотря на то, что речь идет о психологическом сопровождении, применять для помощи такой семье и методы социальной работы, и педагогические методы и юридическое консультирование и моральную, физическую и финансовую помощь. Например, если мы имеем семью с ребенком страдающим тугоухостью, проблема будет решаться следующим образом.

В плане решения социальных проблем семье посоветуют обратиться в конкретные социальные службы – государственные, частные, светские, церковные, где семья может получить помощь, в том числе и психологическую. Разумеется, быстрое и эффективное оказание такой помощи будет способствовать снижению психологического напряжения в семье. Оказывается, материальная и юридическая помощь хотя и не относится к психологической, но так же способствует решению многих проблем, а следовательно и улучшению психологического климата семьи. В педагогическом плане будет дан совет - либо поместить ребенка в специализированное детское учреждение интернатного типа, либо в специализированную школу. В школе психологическое сопровождение должно осуществляться школьным психологом рекомендуются и индивидуальные консультации у психолога по поводу проблем, возникающих в сфере обучения. Собственно психологическая помощь проводится последовательно по следующим направлениям:

1. проведение психологического диагностирования семьи,
2. разработка основных направлений психологической помощи,
3. использование психокоррекционных и психотерапевтических приемов, направленных на оказание помощи [33, с. 42].

Основные задачи психокоррекционной и психотерапевтической работы с детьми с ограниченными возможностями и их семьями таковы:

- помочь родителям принять себя и своих детей, такими, какие они есть;
- раскрыть собственные творческие возможности;
- изменить взгляд на свою проблему – воспринимать ее не как «крест», а как «особое предназначение»;
- вооружить родителей различными способами коммуникации;
- научить помогать и поддерживать друг друга;
- помочь избавиться от чувства обособленности и брошенности в своем горе;
- помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей;
- снять тревогу и страх отвержения;
- формировать адекватное представление об общественных процессах и месте «особых» людей в структуре общества;
- помочь избавиться родителям от комплекса вины и неполноценности по отношению к своему ребенку и своей семье [37, с. 17].

Комплексная модель, вне всякого сомнения, является наиболее предпочтительной, но она требует согласованных действий целого ряда специалистов, работающих в разных службах, имеющих разное подчинение. На практике такое взаимодействие осуществить достаточно сложно. Именно поэтому, как будет показано ниже, наиболее разумно поручить психологическое сопровождение семей с детьми с ОВЗ комплексным социальным центрам, в которых работают все вышеперечисленные специалисты: психолог, психотерапевт, социальный работник, юрист, медик, социальный педагог.

Е. Холостова предлагает выделять различные модели психологического сопровождения семьи в зависимости от того, кто является «центром» психологического сопровождения [61, с.61].

Социально-деятельностный подход к сопровождению семьи рассматривает психологическое сопровождение как субъектно-объектную схему. В данном случае объектом работы является семья. Объект

сопровождения выступает как некое пассивное начало, а активным началом является психолог и другие специалисты, работающие с семьей. В этой модели основная смысловая деятельность падает на субъекта психологического сопровождения – психолога. В этом заключаются основные достоинства и основные недостатки этой модели. Она позволяет выявить глубинные проблемы семьи, но в то же время не даёт никакой инициативы членам самой семьи, а ведь решаются именно их проблемы. Этот подход разработан в работах И. Зайнышевой [14, с. 134].

Личностный подход ставит во главе системы объект психологического сопровождения, то есть личность ребенка и его родителей. В данном случае уже психолог оказывается на периферии данной системы. Такой подход удобен тем, что он является более гуманистичным и более психологически оправданным. В данном случае не психолог решает проблемы семьи, а самой семье предполагается решить свои проблемы, пользуясь помощью извне. Как правило, проблемы, решённые таким способом решаются более эффективно. Сторонником этого подхода являются М. Данакин и И. Зимняя [16, с. 12].

Социетальный подход работает с целым обществом или с системой в целом. В данном случае считается, что проблема возникла не на уровне семьи, и решается также не на этом уровне и не на уровне психолога, а на уровне социума. Поэтому и решаться такая проблема должна на уровне общества. То есть в данном случае общество психологически готовят к тому, что дети с ОВЗ – это равноправные члены общества. Этот подход привлекает своей системностью и желанием его теоретиков решить проблему в корне. Несомненно, когда у общества есть достаточно сил чтобы решить глобальную проблему, этот подход выгоден. Но, как правило, проблема возникает именно потому, что общество не может её решить. Поэтому и приходится её решать не на макроуровне, не на уровне всего общества, а на уровне микрогрупп и конкретных людей. Данный подход грешит некоторой умозрительностью и отстранённостью. Тем не менее, эту модель разрабатывает целый ряд авторов, среди которых С. Григорьева, Л.

Гуслияковский, Н. Стойко, Т. Демидова [17, с. 56].

Личностный подход на данный момент является наиболее эффективным и гуманистическим. Теоретически социетальный подход может оказаться более эффективным, но его осуществление требует многих лет и огромных материальных затрат.

Классификация моделей собственно психологического сопровождения семьи в узком смысле предложена Б.Д. Карвасарским. В данном случае каждая модель опирается на свой психологический подход:

1. Психодинамическое направление

Для этого подхода характерно внимание к прошлому каждого члена семьи, к прошлым психологическим проблемам, проекциям, проявившимся на разных этапах существования семьи. Большое значение в психодинамическом направлении придается осознанию того, что нерешенные в прошлом семейные проблемы влияют на теперешние отношения в семье и поведение вне семьи каждого члена семейного коллектива.

2. Системное направление.

Работа в рамках системного направления направлена, прежде всего, на преодоление неадекватной близости, нечеткости границ между членами семьи. Теоретики этого направления (Дж. Хейли, К. Маданес, П. Вацдавик, Л. Хоффман и др.) утверждают, что семейные проблемы возникают из-за непродуктивной организации семьи, а не из-за ее истории. Прошлое не является предметом рассмотрения системной семейной терапии, она исследует структуру семьи – альянсов и коалиций членов семьи.

3. Техники коррекции семейных проблем.

Таких техник существует множество. Наиболее традиционная и распространенная форма семейного консультирования – беседа.

4. Котерапия.

Котерапия – это одновременное участие в работе с клиентами двух или более психологов. Использование данной техники поможет значительно увеличить эффективность консультирования, потому что взгляд на ситуацию

в семье двух профессионалов более объективный. К преимуществам котерапии относится также то, что психологи помогают друг другу, обращая внимание на разные аспекты взаимоотношений в семье. Когда один «застревает», у другого, вероятно, может появиться хорошая идея. Каждый из консультантов может предложить совершенно новые пути выхода клиентов из трудной ситуации.

5. Домашние визиты.

С помощью этой техники психологу будет легче понять атмосферу семьи, если он сможет наблюдать своих клиентов в их домашнем окружении, более естественном для них, чем кабинет. Домашние визиты могут помочь включить в работу всех членов семьи. В тот момент, когда психолог решил использовать технику домашних визитов, он информирует семью о своем желании посетить их дома, согласовывает время, удобное для визита. Ни о каких неожиданных визитах психолога в семью не может быть и речи. Количество таких визитов в каждом конкретном случае будет разным. Большинство психологов включают один домашний визит в план работы с семьей.

8. «Семейно-терапевтический марафон»

Данная техника описана Бреслоу и Хроном (1977) и предназначена для использования при работе с теми семьями, которые не могут обратиться за помощью к семейному консультанту, т. к. живут далеко от того места, где ведется прием, сопротивляются регулярным встречам или считают, что процесс консультирования нарушает их служебное или школьное расписание.

Беседа длится в пределах от трех до семи часов и направлена на предотвращение разрушения семейной структуры, обеспечение позитивных изменений в семье. Сама проблема определяет продолжительность консультации. Такой большой отрезок времени, проведенный семьей вместе, будет способствовать прорыву семьи к более функциональному состоянию. Консультант оценивает, когда удобно использовать данную технику, и количество времени, необходимое для семейно-терапевтического марафона.

Затем обсуждается с семьей, есть ли необходимость в таком виде техники, а также – кто именно будет участвовать [64, с. 76].

На Западе выбор той или иной модели психокоррекционной работы зависит только от клиента. В любом европейском городе существует множество психологических служб, различных социальных учреждений и частнопрактикующих психотерапевтов. Клиент может обратиться к любому из них и выбрать модель психологического сопровождения в зависимости от своих предпочтений. В России таких служб на порядок меньше. Что касается техник, то обычно используются самые простые техники, например, коррекция семейных проблем посредством беседы. Очень часто имеет место эклектичное смешение различных техник. Абсолютное большинство служб, ведущих психологическую работу, являются коммерческими и предоставляют свои услуги на платной основе. В этих условиях полноценного выбора клиенту не предоставляется и говорить о системном и полноценном психологическом сопровождении невозможно.

Поэтому в России семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, обычно «ухватывается» за ту психологическую помощь, которая предоставляется ей бесплатно в той организации, которая предоставляет хоть какую-то помощь. Поэтому необходимо обратиться к обзору тех организаций, которые оказывают помощь семье с больным ребенком. Институционально психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, осуществляется на уровне следующих учреждений.

Традиционным учреждением, занимающимся проблемами детей с ограниченными возможностями здоровья в нашей стране являются специализированные интернаты. На настоящий момент в России функционирует разветвленная сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII вида (для детей с различными нарушениями развития) [1, с.64]. Ребенок с проблемами слуха обучается в таком учреждении в том случае, если родители выказали соответствующее желание. Дети раннего возраста – до 4 лет – принимаются в

специализированные дома ребенка, находящиеся в ведении органов здравоохранения. Но следует указать, что эта система специального образования функционирует недостаточно эффективно. Эксперты оценивают эффективность специального образования в 3 (три) балла [28, с. 4]. Установлено, что, в среднем, только каждый 10-й выпускник таких учебных заведений успешно адаптируется, в том числе трудоустраивается в первый год после окончания образовательного учреждения по специальности, полученной в нем [28, с. 5].

Во всех специализированных школах, школах-интернатах, дошкольных учреждениях имеется штатная должность психолога, который занимается соответствующими проблемами воспитанников. К сожалению, учитывая количество детей, приходящихся на одного психолога он просто физически не может оказать помощь им всем. Что касается психологического сопровождения семьи, то специализированные учебные заведения обычно ведут следующую работу:

- обучение родителей педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи
- оказание минимальной психологической помощи семье;
- просвещение родителей [17, с. 61].

Следующий тип учреждения, где ребенок с ОВЗ может получить психологическую помощь – это учреждения системы здравоохранения. Во всех детских поликлиниках работают психологи. Они же работают в системе социального обеспечения. Детские психологи работают в различных учреждениях социального обслуживания, в частности это:

1. Центры, обеспечивающие оказание социально-экспертной, медико-социальной, психологической помощи населению;
2. Центры, осуществляющие психологическую и социальную реабилитацию несовершеннолетних;

3. Службы экстренной психологической помощи, в том числе телефоны доверия;

4. Центры помощи семье и детям [31, с. 169].

В стране действует Всероссийское общество глухих. Специальные службы психологической поддержки в отделениях этого общества, как правило, не организованы, но иногда в некоторых отделениях все же работает штатный или внештатный психолог. Периодически ВОГ организует всевозможные акции, направленные на оказание психологической помощи. Например, одна из таких акций прошла 17 мая 2016 г. Это был «Международный день детского телефона доверия. Акция проходила под девизом «Доверие родителей - помощь детям» [19, с. 56]. В течение дня дети и родители могли получить психологическую помощь по телефону. Но это именно разовые акции, которые не могут решать проблему системно.

Разумеется, следует отметить психологическую работу различных благотворительных организаций, в том числе международных и религиозных организаций с детьми с ограниченными возможностями.

Описанная институциональная система психологической помощи работы, действуя на государственном уровне, имеет ряд проблем. Во-первых, данные проекты реализуются слабо в силу отсутствия полноценного государственного финансирования. Во-вторых, все эти органы действуют разрозненно. В-третьих, часто используются устаревшие технологии психологической помощи. С другой стороны, то, что психологическими проблемами таких детей занимается несколько ведомств, дублирует надёжность этой системы и позволяет найти семьям с особым ребенком помощь, если не в одном ведомстве, то в другом.

Из проверенного анализа следует вывод, что психологическая работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ должна быть комплексной и проводиться последовательно по следующим направлениям:

1. проведение психологического диагностирования семьи,
2. разработка основных направлений работы,

3. использование психокоррекционных и психотерапевтических приемов, направленных на оказание помощи [33, с. 42].

Формы и содержание работы с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями определяются степенью их готовности к сотрудничеству, наличием обратной связи. Наибольшие трудности вызывают родители с низким уровнем мотивации. Самая продуктивная форма работы с такими семьями (с низким уровнем мотивации) – индивидуальная работа, в частности, индивидуальное психологическое консультирование.

По мнению экспертов, наиболее действенную помощь детям с ограниченными возможностями могут оказать комплексные социально-реабилитационные центры, которые будут оказывать следующие виды помощи семье с нетипичным ребенком:

1. Восстановительная терапия.
2. Медико-социальный патронаж семьи.
3. Профессиональная ориентация.
4. Информирование и консультирование по вопросам реабилитации.
5. Оказание юридической помощи.
6. Социокультурная реабилитация.
7. Социально-психологическая реабилитация.
8. Адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности
9. Технические средства реабилитации для бытовой и общественной деятельности
10. Психологическая реабилитация
11. Реабилитация средствами физической культуры и спорта
12. Психолого-педагогическая коррекционная работа
13. Социально-педагогический патронаж семьи [18, с. 16].

Поскольку такие центры в нашей стране существуют далеко не везде, очень часто родители детей с ограниченными возможностями берут дело их реабилитации в свои руки. В разных районах страны создаются ассоциации

родителей детей с ограниченными возможностями, которые не только поддерживают семьи детей-инвалидов, но иногда иницируют новые формы, виды и технологии психологической помощи своим детям.

Наконец, в последнее время психологи все чаще говорят о том, что очень важным механизмом психологической адаптации детей с ОВЗ является их интеграция в среду «нормальных» сверстников. Раздельное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и здоровых детей в его нынешнем виде, по мнению некоторых психологов, имеет негативные последствия для тех и других детей [20, с. 111]. У детей с ОВЗ в условиях сенсорной недостаточности, обусловленной недугом, формируется психическая депривация, которая в условиях интернатного учреждения получает дополнительный импульс вследствие ещё большей нехватки разнообразия сенсорной стимуляции. С другой стороны, «обычные дети» начинают воспринимать ребенка с ограниченными возможностями как нечто аномальное и неприятное. Поэтому в последнее время многие авторы ратуют за совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями с их здоровыми сверстниками [33, с. 8]. Мировая практика интеграции показывает, что дети, с раннего возраста научившись доброжелательному взаимодействию и сотрудничеству со сверстниками, «не такими, как все», имеющими отклонения в развитии, не страдают «психологией расизма» и в подростковом, и в старшем возрасте. С другой стороны, одним из важных условий речевого и интеллектуального развития детей с ОВЗ является помещение их в речевую среду, в группу «нормальных» детей. Поэтому возможно, родители должны стремиться, чтобы детей с ОВЗ отправляли в общеобразовательный детский сад или школу при условии специализированных занятий с ними специалистов: сурдопедагога и логопеда.

С другой стороны, не следует считать такой способ совместного обучения и воспитания панацеей от всех психологических проблем. В обычной школе далеко не всегда можно создать надлежащие условия для

обучения детей с ограниченными возможностями. И то, что в России сегодня стихийно реализуются практики латентной, а также вынужденной интеграции, скорее следует считать псевдоинтеграцией, приносящей больше вреда, чем пользы [31, с. 29].

Вывод можно сформулировать следующим образом.

В настоящее время в России не сложилось ни единой модели психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, ни даже единой классификации таких моделей. Более того, поскольку процесс психологического сопровождения инвалида является весьма дорогостоящим – не существует и полноценного сопровождения на практике. В этих условиях изучать теоретические классификации моделей психологического сопровождения представляется весьма непродуктивным занятием.

Нам представляется, что в современных условиях в России только комплексный подход, объединяющий усилия различных специалистов, помогающих особому ребенку, может стать эффективным. При этом выбор собственно психологических методик является второстепенным. Важно, чтобы психологическая помощь была сопряжена с помощью педагогической, социальной, юридической. Только комплекс вышеназванных мер помощи позволит решить психологические проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы по главе

В зарубежной психологии проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ не рассматриваются отдельным блоком. Все эти проблемы рассматриваются в рамках основных подходов семейной психотерапии, которые в свою очередь опираются на разные направления психологии: фрейдистского, юнгианского, гуманистической психологии, поведенческой психотерапии, рационально-эмоциональная психотерапии.

В российской психологии существует теория обучения и воспитания детей с ОВЗ (Р.М. Боскис, К.Г. Коровин, А.Г. Зикеев, К.В. Комаров, Л.И. Тигранова, И.М. Гилевич, Н.Ю. Донская, Ф.Ф. Рау, В.И. Бельтюков, К.И. Туджанова и др.). Проблема психологического сопровождения семей, воспитывающих таких детей, рассмотрена в работах по существу, не изучена. Лишь в некоторых работах приводятся отдельные Р.М. Боскис, Т.А. Власовой, А.Г. Басовой, А.И. Метт, К.А. Микаэльяна. Родительские проблемы и установки изучали Б.Д.Корсунская, Г.А. Выготская, М.В. Ипполитова, и др. Исследования, отражающие состояние родителей, воспитывающих детей с проблемами в развитии освещены в работах Р.Ф. Майрамян, М.М. Семаго, В.А. Вишневого. Технологии психологического сопровождения таких семей разрабатывали И.А. Баева, М.Р. Битянова, Г.Р. Бардиер, А.В.Волосников, Е.И. Казакова, Е.А. Козырева, Ю.В. Слюсарев.

В исследованиях данных авторов фиксируется следующее. В современной России социально-правовой статус ребенка с ограниченными возможностями очень низок. Закон часто защищает его права лишь формально, а общество в большинстве игнорирует проблемы детей инвалидов. Дети с ограниченными возможностями здоровья, как правило, испытывают сложности адаптации в «нормальное» общество и в частности - в межличностном общении. Они часто неадекватно трактуют вербальные и невербальные стимулы, исходящие от партнера в общении и сами часто испытывают проблемы трансляцией своих чувств и мыслей собеседнику, что неизбежно порождает трудности общения.

Поэтому практически нет ни одной семьи, растящей детей с ОВЗ, в которой бы проблема детского здоровья присутствовала «в чистом виде». Почти всегда семья, а соответственно и психологи, работающие с такой семьей сталкиваются с целым комплексом психологических проблем семьи. Очевидно, что основным способом решения этих проблем является забота о семье с ребёнком с ОВЗ с момента появления на свет такого ребёнка или приобретения им инвалидности. В этом случае можно было бы как минимум

попытаться избежать сопутствующих проблем, и было бы больше шансов, что реабилитационные мероприятия позволят вернуть ребёнку здоровье физическое и психологическое. Но, к сожалению, в настоящее время достаточно неповоротливая система социальной защиты чаще всего опаздывает, а выделяемые детям с ОВЗ материальные средства не позволяют решить проблему оперативно и в корне. Поэтому, как правило, психолог сталкивается с проблемой ребёнка-инвалида, когда она уже является максимально запущенной и требует для своего решения значительных усилий и материальных средств.

Решением этой проблемы в ее зародыше должно быть психолого-педагогическое сопровождение семьи. В качестве рабочего используется определение М.Р. Битяновой: «психолого-педагогическое сопровождение семьи - это система профессиональной деятельности психолога, направленная на создание социально-психологических условий для успешного развития проблемной семьи». На наш взгляд успешно действующей в российских условиях может стать только модель комплексного психолого-педагогического сопровождения семьи с участием всех специалистов, занимающихся проблемами семьи.

Глава 2. Программа психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ

2.1. Организация и методы исследования

Были исследованы 10 семей, воспитывающих детей с ослабленным слухом. Исследование проводилось на базе Государственного казенного общеобразовательного учреждения «Екатеринбургская школа-интернат №11, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы».

Из 10 семей две (25%) являются неполными, в них ребенка воспитывает одна мать. В шести семьях родители воспитывают двоих детей во всех семьях один ребенок с нормальным слухом, а другой – с ослабленным. Все дети в возрасте от 7 до 10 лет. Средний возраст детей – 8 лет 9 месяцев. Средний возраст матерей – 32 года, отцов – 39 лет. Средний брачный стаж родителей – 12 лет и 6 месяцев. Из двух неполных семей, в одной отца не было изначально (алименты не выплачиваются), в одной семье развод произошел через два года после рождения ребенка (алименты выплачиваются).

Характеристика исследуемых семей дана в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика испытуемых семей

№	Пол ребенка	Возраст ребенка	Диагноз	Наличие в семье других детей, возраст	Возраст матери, лет	Возраст отца, лет	Брачный стаж, лет	Дополнительные сведения
1	ж	10 л. 1 м.	Нейросенсорная тугоухость легкая на 1 ухо	12 лет	34	35	13	
2	ж	9л. 10м.	Нейросенсорная тугоухость легкая	12 лет	35	41	12	

			на оба уха					
3	ж	9л. 5м.	Нейросенсорная тугоухость средняя на одно ухо	6 лет	36	52	11	
4	ж	10л.	Нейросенсорная тугоухость средняя на оба уха	13 лет	39	39	15	
5	ж	10 л.5м.	Нейросенсорная тугоухость средняя на одно ухо	15 лет	39	41	17	
6	м	10 л. 6 м.	Нейросенсорная тугоухость легкая на оба уха	14 лет	40	-	15	Ребенок рожден в неполной семье
7	м	9 л.11м.	Нейросенсорная тугоухость средняя на оба уха	нет	30	32		Отец разведен
8	м	11 л.	Нейросенсорная тугоухость легкая на оба уха	нет	31	32	13	
9	м	10 л. 11м.	Нейросенсорная тугоухость средняя на одно ухо	нет	38	40	13	
10	м	10 л. м.	Нейросенсорная тугоухость	нет	40	44	14	

			ь легкая на оба уха					
--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--

Основная цель исследования – изучение родительских установок в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ и отношения семей к возникающим в ходе воспитания детей проблемам.

Задачи эмпирического исследования:

- выявить основные психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ;
- определить специфику родительских установок и родительского отношения в семьях воспитывающих ребенка с ОВЗ;
- выявить разницу в родительских установках отцов и матерей в семьях воспитывающих ребенка с ОВЗ.

Гипотеза исследования была сформулирована следующим образом - родители, воспитывающие детей с ОВЗ, будут ощущать комплекс вины и связанное с этим психологическое напряжение в отношениях с ребенком и друг с другом.

В исследовании использовались следующие методики

1. Авторская анкета, предназначенная для родителей (Анкета в Приложении)

2. Методика PARI.

Тест-опросник изучения родительских установок. Авторы его американские психологи Е.С. Шефер и Р. К. Белл. В России методика адаптирована Т. В. Нещерет. Методика изучения родительских установок предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни. В России методика адаптирована Т.В. Нещерет.

Тест-опросник PARI включает 115 утверждений о семейной жизни и воспитании детей. В него заложены 23 шкалы, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье, в каждой из шкал по 5

вопросов. Из них 8 шкал описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений.

Эти 15 признаков делятся на следующие 3 группы:

- 1 - оптимальный эмоциональный контакт родителей и детей,
- 2 - излишняя эмоциональная дистанция с ребенком,
- 3 - излишняя концентрация родителей на ребенке.

3. Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга.

Опросник состоит из пяти шкал:

1. Принятие—отвержение,
2. Кооперация,
3. Симбиоз,
4. Авторитарная гиперсоциализация,
5. Отношение к неудачам ребенка.

В исследовании использовался комплекс стандартных методов математико-статистического анализа.

Этапы эмпирического исследования:

1. Констатирующее исследование проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.
2. Описание и обоснование программы психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.
3. Проведение формирующего эксперимента: осуществление психологического сопровождения родителей, участников экспериментальной группы.
4. Исследование эффективности предложенной программы психологического сопровождения семьи.

2.2. Исследование родительских установок в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ

В результате исследования были получены следующие данные. Авторская анкета была направлена на выяснение некоторых самых общих психологических проблем семей, воспитывающих детей с ослабленным слухом и способов решения этих проблем.

Все опрошенные родители отметили, что у их ребенка имеются не только физические, но и психологические проблемы, и эти проблемы превращаются в проблемы всей семьи. Основные проблемы детей таковы (перечислены в порядке уменьшения):

- умственное отставание ребенка (95%);
- слабые контакты ребенка со сверстниками (82%);
- проблемы с обучением ребенка (78%);
- проблемы самообслуживания ребенка, что требует значительных усилий от родителей (56%);
- угнетенное и подавленное состояние ребенка (28%);
- проблемы в общении ребенка и родителей (10%).

Ситуация представлена на рисунке 1.

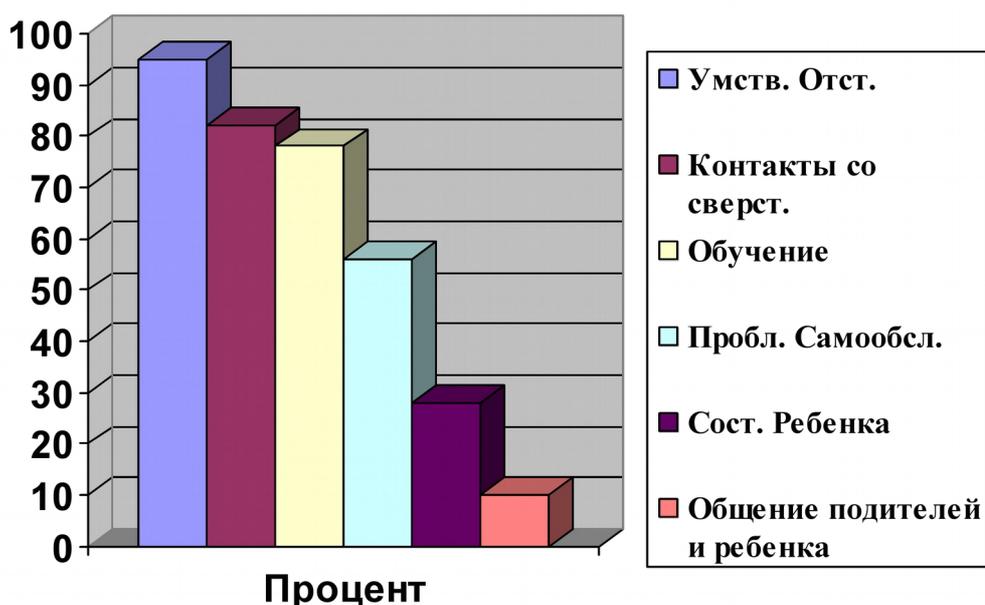


Рис. 1. Основные проблемы детей с ОВЗ

Основные общесемейные проблемы были таковы:

- значительная усталость и раздражительность родителей в силу того, что соответствующие государственные службы отказываются оказывать помощь семье (86%);
- непонимание того, что происходит с ребенком и ощущаемое в связи с этим чувство беспомощности (57%);
- усталость от постоянной борьбы с болезнью (38%);
- отсутствие взаимопонимания между ребенком с ослабленным слухом и его братом (сестрой) – 24%;
- непонимание, возникающее между супругами из-за разных позиций по отношению к болезни ребенка (11%).

Ситуация представлена на рисунке 2.

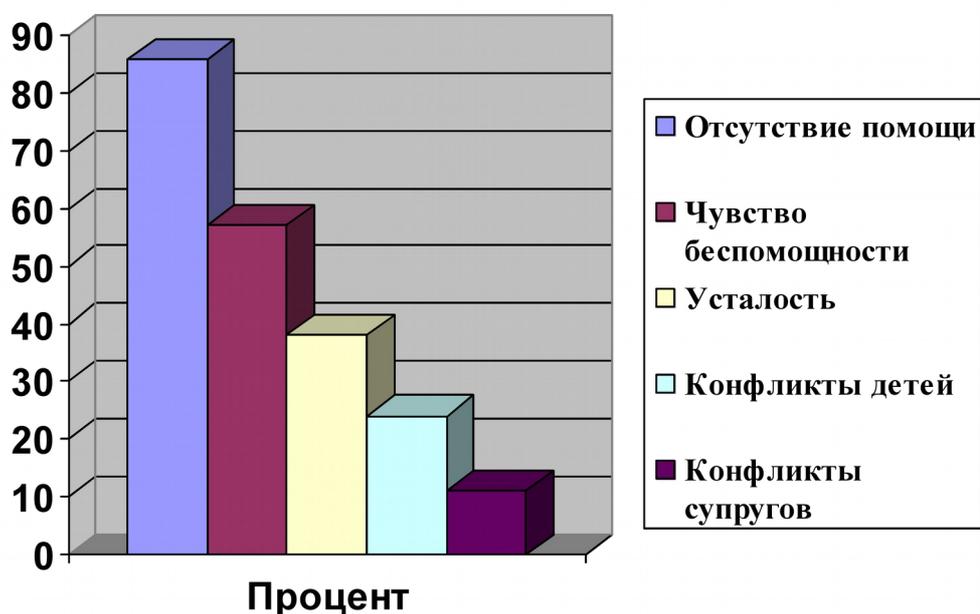


Рис. 2. Основные проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ

Таким образом, по мнению родителей, большинство психологических проблем связано с тем, что они не имеют надлежащих сведений о болезни и

психологии ребенка, не знают, где можно получить такие сведения и качественную помощь и измотаны борьбой с государственными структурами, которые должны оказывать такую помощь. Следовательно, исток большинства психологических проблем лежит не столько во взаимоотношениях родителей и детей, родителей между собой и других членов семьи, сколько во взаимоотношениях семьи и тех государственных структур, которые должны обеспечивать её социальную, медицинскую и юридическую поддержку. 86% опрошенных считают, что если бы они вовремя получали такую помощь и при этом были удовлетворены её качеством, то их психологические проблемы потеряли бы свою остроту или полностью исчезли.

Все дети состоят на учете в медицинских учреждениях, но при этом родители отмечают, что постановка на учет в медицинских учреждениях потребовала от них значительных физических и моральных усилий. Были названы следующие основные проблемы, связанные с постановкой ребенка на учет в медицинское учреждение:

- первоначально неверно поставленный диагноз;
- упущенное для лечения ребенка время в связи с длительной постановкой диагноза;
- отсутствие специалистов нужного профиля в районной больнице или слабый уровень их подготовки;
- несвоевременно назначенное лечение;
- сложность в приобретении необходимых препаратов и аппаратуры.

По мнению пятнадцати из восемнадцати родителей (83%) именно эти проблемы создавали нервную, психологически напряженную атмосферу в семье, не давали возможности родителям уделить должное время ребенку, создавали гнетущую и неопределенную атмосферу.

Такие же нарекания имеются и по отношению к социальной помощи, оказываемой семье. Пособие в связи с наличием в семье ребенка с

ослабленным слухом получает только три семьи из десяти. Льготы получает только семь семей из десяти. При этом все опрошенные родители отметили недостаточность этих льгот. Социальный работник посещает только одну семью из десяти. Качество социальной помощи удовлетворяет только 13% родителей. При этом только два родителя - один отец и одна мать (из разных семей) указали, что социальный работник оказывает им какую-то психологическую помощь. Что касается медицинских работников, то пять родителей (28%) указали, что медицинский работник оказывает им психологическую помощь и поддержку. При этом качество такой поддержки удовлетворяет только 5% опрошенных применительно к психологической поддержке со стороны социальных служб и 16% родителей со стороны медицинских служб. Что касается психологической поддержки со стороны образовательного учреждения, то наличие такой поддержки отметили половина родителей, но опять же качество этой поддержки удовлетворяет только 39% опрошенных.

Таким образом, ответы на вопросы авторской анкеты показали, что в настоящий момент психологическая помощь, оказываемая ребенку в школе, медицинских учреждениях и социальных службах является явно недостаточной. Большинство опрошенных родителей сочли, что такая помощь вообще не оказывается. При этом даже те родители, которые получают такую помощь отметили, что они не удовлетворены её качеством.

При этом на вопрос, оказывается ли психологическая помощь семье в целом, положительно ответили только два родителя (матери из разных семей), то есть 11% опрошенных. Только одну маму (5%) удовлетворяет качество этой психологической помощи. Следовательно, можно фиксировать, что на настоящий момент согласно полученным данным психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с проблемами слуха практически не оказывается, а если и оказывается, то на низком уровне.

При этом получать психологическую помощь, направленную на ребенка, пожелали 17 из 18 родителей (94%). Желание получать психологическую

помощь для всей семьи высказали 12 родителей (67%).

Что касается места, где желательно получать эту помощь, то большинство родителей высказались за медицинское учреждение, поскольку именно в нем, по мнению родителей, работают наиболее грамотные психологи и психотерапевты. Ответы по поводу места, где желательно было бы получать психологическую помощь, распределились следующим образом:

- медицинское учреждение (63%);
- центр психологической помощи (18%);
- группа родителей, дети которых испытывают аналогичные проблемы (10%);
- образовательное учреждение (4,5%);
- индивидуально на дому (4,5%).

Абсолютное большинство родителей считает, что психологическую помощь детям должен оказывать психолог (82%). 44% считают, что психологическую помощь должен оказывать медицинский работник. 23% родителей считают, что такую помощь должен оказывать педагог¹. Только 11% считают, что психологическую помощь должен оказывать социальный работник. При этом ровно половина родителей полагает, что психологическую помощь и ребенку, и всей семье должны оказывать все специалисты по мере сил с преобладающей ролью психолога. Типичные ответы родителей звучали следующим образом:

«Я считаю, что все эти люди должны помогать в плане психологической помощи. В конце концов, всех их учили эту помощь оказывать. Если эта проблема связана со здоровьем ребенка, то именно медик и должен дать мне совет. А если эта проблема в школе, то её должен решать учитель. Не буду же я просить врача решать те проблемы, которые у нас возникают в связи с уроками».

«Где проблема возникла, там её и должны решать. Не могу же я из-за каждого чиха записываться на прием к психологу».

¹ Родители могли выбирать несколько вариантов ответов, поэтому общее количество ответов больше 100%

«Мне все равно, где и кто будет её решать, лишь бы это было в одном месте. А то детская больница у нас в одном месте, сурдологический центр в другом, лечат нас в третьем, социальная служба – это четвертое, и я еще к психологу должна бегать. Я между прочим работаю. Уже объединили бы всех этих специалистов в одном месте, я бы тогда и без психологической помощи обошлась».

«Надо создать какой-то единый центр, где бы были все специалисты: и медик, и психолог, и психотерапевт, и социальный работник и обязательно юрист. Мы бы тогда все свои проблемы решали быстро и без проблем, тогда бы и нервничать было не из-за чего».

Анализ полученных ответов полностью подтверждает мнение специалистов, которое неоднократно было высказано выше. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, должна быть частью комплексной социальной помощи. Только в этом случае она будет действительно эффективной. Мысль эта неоднократно высказывалась в теоретической части работы с многочисленными ссылками на авторов, занимающихся данной проблемой. В проанализированных работах на данную тему за комплексную модель помощи высказывалось абсолютное большинство авторов. Тем не менее, проблема эта до сих пор не решена, а решение её возможно только на уровне государства или хотя бы на уровне отдельного муниципального образования. Поэтому результатом нашего исследования такая модель комплексной помощи может быть предложена только как теоретическая.

Перейдем к анализу ответов родителей на вопросы теста PARI. Распределение родительских ответов приведено в таблице 2.

Результаты исследования по методике PARI

Шкалы	Матери		Отцы	
	Показатели в баллах	Степень выраженности	Показатели в баллах	Степень выраженности
Вербализация	15,8	Высокая	13,3	Средняя
Чрезмерная забота	16,9	Высокая	11,3	Средняя
Зависимость от семьи	17,5	Высокая	11,2	Средняя
Подавление воли	13,2	Средняя	8,3	Низкая
Ощущение самопожертвования	12,9	Средняя	17,2	Высокая
Опасение обидеть	15,9	Высокая	15	Средняя
Семейные конфликты	12	Средняя	9,8	Низкая
Раздражительность	12,8	Средняя	11,2	Средняя
Излишняя строгость	10,1	Средняя	9,6	Низкая
Исключение внутрисемейных влияний	8,1	Низкая	15,3	Средняя
Сверхавторитет родителей	14,9	Средняя	15,7	Средняя
Подавление агрессивности	10,6	Средняя	10,8	Средняя
Неудовлетворенность ролью хозяйки	13,8	Средняя	11,1	Средняя
Партнерские отношения	11,2	Средняя	11,1	Средняя
Развитие активности ребенка	9,3	Низкая	13,3	Средняя
Уклонение от конфликта	13,4	Средняя	12,3	Средняя
Безучастность мужа	11	Средняя	6,8	Низкая
Подавление сексуальности	13,8	Средняя	9,1	Низкая
Доминирование матери	13,8	Средняя	96,7	Высокая
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	15,6	Высокая	10,8	Средняя
Уравненные отношения	12,1	Средняя	12,2	Средняя
Стремление ускорить развитие ребенка	16,3	Высокая	12,8	Средняя
Несамостоятельность матери	13,8	Средняя	12,3	Средняя
Оптимальный эмоциональный контакт	12,1	Средняя	12,5	Средняя
Эмоциональная дистанция	12,1	Средняя	12,0	Средняя
Излишняя концентрация	13,8	Средняя	5,5	Низкая

В целом выяснилось, что большинство показателей варьирует в пределах нормы, что говорит о присутствии рациональных установок родителей. Но при этом существует и ряд отклонений от средних значений, при этом у матерей эти отклонения выражены сильнее, чем у отцов.

Согласно полученным данным, матери детей с нарушениями слуха имеют высокий уровень вербализации проблемы (15,8). Для них характерна чрезмерная забота о ребенке (16,9), зависимость от семьи (17,5), опасение обидеть ребенка (15,9), чрезмерное вмешательство во внутренний мир ребенка (15,6). В то же время такие матери тормозят развитие нормальной активности ребенка чрезмерной опекой (9,3). Отцы в своем поведении более рациональны. Тем не менее, у них наблюдается такое психологическое явление, как ощущение того, что отец всем жертвует ради семьи, «ощущение самопожертвования» (17,2). Это очень опасное чувство, поскольку глава семьи, который постоянно ощущает, что семья от него чего-то требует и что он вынужден всего себя отдавать семье, разумеется, чувствует эмоциональную подавленность и раздражительность. При этом отцы отмечают, что они практически не влияют на детей. Показатель «подавление воли» был очень низким и равен 8,3 балла. Отцы признают, что в семье имеет место доминирование матери, безучастность мужа и как следствие подавление сексуальности обоих супругов.

Таким образом, матери склонны видеть основные проблемы во взаимоотношениях между собой и ребенком и признают, что они слишком опекают ребенка и активно вмешиваются в его жизнь. При этом настораживает наличие полярных оценок. Часть матерей показали очень высокие баллы по показателям гиперопеки детей, часть напротив показали чрезмерно низкие оценки по этим же показателям, что показывает, что они практически «махнули» на ребенка рукой. Отцы в отличие от матерей больше склонны заострять внимание на общих семейных проблемах, нарушениях классических отцовских функций, дисгармонии в отношениях с супругом, нарушении сексуальной жизни семьи.

Результаты исследования по тесту родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты исследования по методике Тест родительского отношения В.

В. Столина и А. Я. Варга

Шкалы	матери		отцы	
	Показатели в баллах	Степень выраженност и	Показатели в баллах	Степень выраженности
Принятие	18,1	Средняя	21,3	Средняя
Кооперация	2,6	Низкая	2,5	Низкая
Симбиоз	2,8	Низкая	1,5	Низкая
Контроль	5,7	Высокая	2,5	Низкая
Отношение к неудачам	4,7	Средняя	5,3	Средняя

Согласно полученным данным, степень принятия своего ребенка у матерей и отцов является средней (18,1 и 21,3 балла) при норме в 24-33 балла. При этом у отцов данный показатель выше. Они больше, чем матери склонны принимать ребенка таким, какой он есть. Степень кооперации с ребенком является низкой и у отцов, и у матерей (2,5 и 2,6 балла соответственно). Это означает, что взрослые не ориентированы на сотрудничество с особым ребенком. Ребенка считают слабым, несамостоятельным, зависимым. Такое отношение естественно порождает в ребенке соответствующие черты. Низкие баллы были получены и по шкале «симбиоз». Этот показатель у отцов равнялся 1,5 балла, у матерей – 2,8 балла. Это означает, что взрослые, причем отцы в большей степени, чем матери устанавливают значительную психологическую дистанцию между ребенком и собой.

По шкале контроль у матерей показатель был высокий – 5,7 баллов, у отцов, наоборот, заниженный - 2,5 балла. Это означает, что матери ведут себя чересчур авторитарно по отношению к ребенку, фактически воспитывают его

как куклу, контролируя все его действия. Отцы, напротив, практически не контролируют ребенка, списывая все на болезнь. Полученные результаты хорошо коррелируют с данными, полученными по опроснику PARI. Отцы фактически устраняются от воспитания ребенка, отдавая доминантную функцию в воспитании матерям, после чего доминирование в таких семьях переходит к женщинам полностью.

Шкала, по которой показатели оказались в пределах нормы у отцов и матерей эта шкала «отношение к неудачам ребенка». Родители в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ разумно относятся к неудачам ребенка, не считая его «пропащим», и в то же время не возлагая на него чрезмерно большие и, как показывает практика, неоправданные надежды.

При сравнении наших данных с данными Е.А. Савиной было доказано, что матери детей с нарушением слуха занимают промежуточное положение между матерями «обычных» детей и матерями детей с умственной неполноценностью. Их отношение к ребенку менее нарушено, чем у матерей умственно отсталых детей, но более нарушено по сравнению с матерями нормально развивающихся детей.

Наше исследование показало, что для родителей слабослышащих детей характерен гиперконтроль или наоборот полный отказ от контроля и стремление инфантилизировать ребенка, придать ему «особый статус».

Разумеется, такие родительские установки сказываются и на поведении детей. Рождение «дефектного» ребенка подрывают ожидания и фантазии матери об идеальном, совершенном ребенке. Материнское отвержение несет в себе негативный аффективный опыт для ребенка и может быть интегрировано в реакции избегания им объектов, связанных с матерью, а в дальнейшем и других объектов среды. Такая ситуация имеет для умственно отсталого ребенка весьма негативные последствия, ограничивающие его компенсаторные возможности.

Данные показывают, что матери «особых» детей имеют противоречивые родительские установки. С одной стороны, они отвергают

ребенка, с другой - устанавливают симбиотические отношения с ним, оказывают ему чрезмерную заботу, стремятся обеспечить его безопасность. Матери таких детей воспринимают их как несамостоятельных, упрямых, обиженных, грустных и пассивных. Это свидетельствует об инвалидизированном образе ребенка. Такое искаженное восприятие ребенка реализуется в негативной практике воспитания. Матери детей с аномалиями развития стремятся больше контролировать, наказывать или игнорировать ребенка и испытывают меньше позитивных чувств по отношению к нему, по сравнению с матерями нормально развивающихся детей. При этом у матерей и отцов, имеющих детей с нарушениями слуха, не было обнаружено нарушений по таким параметрам родительских установок, как принятие–отвержение и межличностная дистанция.

Опираясь на полученные экспериментальные данные, можно утверждать, что установки родителей, воспитывающих слабослышащих детей деформированы не слишком сильно и легко могут быть подвергнуты коррекции. Куда больший психологический стресс родители испытывают в связи с тем, что не получают вовремя консультативную и другие виды помощи от тех структур, которые должны такую помощь оказывать. Поэтому первоочередной задачей психологов является обучение родителей, имеющих детей с нарушениями развития. Целью такого обучения может быть смягчение негативного эмоционального опыта матери, связанного с рождением аномального ребенка, уменьшение доминантности и излишней концентрации на ребенке, повышение эмоционального принятия ребенка и сензитивности к его потребностям, изменение восприятия ребенка в сторону более позитивного и оптимистичного, освоение матерью эффективных воспитательных стратегий, а также посильное участие в программах развития ребенка.

2.3. Апробация программы психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ

Исходя из данных, полученных в результате исследования и особенно исходя из ответов на вопросы авторской анкеты, был сделан вывод, что основным психотравматическим фактором в семьях, воспитывающих детей с особыми возможностями здоровья являются не столько физические и психологические дефекты ребенка, сколько низкая информированность родителей и отсутствие всех видов помощи, которые они должны получать от государственных структур. Проблема психологической помощи, таким образом, упирается в проблему неполучения должной социальной, юридической, материальной и медицинской помощи. Поэтому задача семейного психолога на наш взгляд заключается, в первую очередь, в координации работы всех этих служб, организации их слаженных действий. Такую задачу могли бы решить комплексные центры психологической помощи, в которых усилия всех специалистов были бы объединены. В современной российской практике такие центры существуют, но они, как правило, являются частными или ведомственными и не могут организовать постоянного взаимодействия со специалистами соответствующих государственных структур. Границы компетенции школьного, поликлинического или какого-либо другого психолога также не позволяют объединять этих специалистов. К тому же комплексных центров в стране крайне мало, их число не превышает трех десятков. Как показывает практика, программы психологического сопровождения, реализуемые на базе медицинских учебных или социальных учреждений являются малоэффективными именно в силу того, что они оторваны от других учреждений, работающих с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

В рамках данного исследования решить проблему в комплексе не представляется возможным, поэтому ниже будет предложена программа психологического сопровождения, осуществляемая на базе Государственного казенного общеобразовательного учреждения Екатеринбургская школа-интернат №11, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы.

Таким образом, психологическое сопровождение должно включать следующие блоки:

1. Информационный блок. Информационный блок включает чтение психологических лекций по проблемам помощи «особому» ребенку и его семье в соответствии с пожеланиями, высказанными родителями. Информационный блок включает также регулярные психологические консультации родителям ребенка. Консультации должны осуществляться по мере возникновения проблем и быть достаточно оперативными. С момента возникновения проблемы и до дня консультации должно проходить не больше недели. Поэтому заранее устанавливать дни консультаций нежелательно. Психолог должен иметь постоянный прием в течение 10 часов всю рабочую неделю, а родители должны иметь возможность записаться к необходимому специалисту в удобное для них время.

2. Индивидуальные консультации психолога.

3. Индивидуальная работа с ребенком и с семьей

4. Групповая работа в детских группах, родительских группах и смешанных детско-родительских группах, различные виды терапевтического вмешательства.

В рамках информационного блока проводятся родительские лектории. Целью данной работы являлось, прежде всего, повышение информированности родителей в области коррекционной педагогики и психологии. Занятия в родительской школе должны проводиться два раза в месяц (октябрь-декабрь) Темы лекций:

1. Особенности развития слабослышащих детей.

2. Особенности общения со сверстниками слабослышащих детей.

3. Приучение слабослышащих детей к самообслуживанию.

4. Эмоционально-волевая сфера слабослышащих детей.

5. Возможности коррекции поведения слабослышащих детей.

6. Отношения детей и их родителей.

В рамках психологической помощи были организованы психокоррекционные тренинги, направленные на решение психологических проблем родителей, психологических проблем детей и совместных детско-родительских проблем. Ниже программы всех трех тренингов будут описаны более подробно.

Третьей составляющей являются индивидуальные консультации психолога с родителями. Была выбрана модель корректирующей психотерапии, вы которой основным методом является беседа с членами семьи, как совместно так и поодиночке. Консультации проводятся раз в месяц. Программа индивидуальной работы психолога с семьей строится следующим образом:

1. встреча психолога со всей семьей и беседа с целью первоначальной диагностики психологических проблем семьи;
2. беседа психолога с ребенком;
3. беседа психолога с родителями ребенка, постановка диагноза;
4. составление плана индивидуальной работы психолога с семьей и согласование этого плана с родителями, утверждение графика консультаций (одна консультация в месяц является рекомендуемым сроком, однако в зависимости от остроты проблемы график может быть составлен с учетом индивидуальной ситуации);
5. определение ближайших и перспективных целей;
6. составление программы индивидуальной психореабилитации; рекомендации по поводу посещения того или иного тренинга или самостоятельной работы; рекомендации по поводу консультаций у других специалистов;
7. поэтапное решение проблем;
8. подведение промежуточных итогов; на этом этапе семья и психолог должны решить, имеется какой-либо прогресс в решении проблем, за счет чего он был достигнут или не достигнут, каков должен быть

следующий шаг. При необходимости на этом этапе изменяется график консультаций. После этого начинается следующий этап цикла.

Программа психолого-педагогического сопровождения была ориентирована на изменение детско-родительских (от эмоционального отвержения или напротив чрезмерной зависимости ребенка от родителей к противоположной модальности) и супружеских отношений в семье. Выстраивая программу сопровождения, работу в ключе гуманистического подхода, мы трактуем это понятие гораздо шире - как принятие самого себя.

Данная программа была основана на следующих принципах сопровождения:

- 1) ответственность за принятие решения лежит на субъекте развития, то есть семье;
- 2) сопровождающий обладает только совещательными правами;
- 3) приоритет интересов сопровождаемой семьи;
- 4) мультидисциплинарности, непрерывности и долговременности сопровождения.

При проведении тренингов следует соблюдать принципы, лежащие в основе любого группового тренинга. Дадим им краткую характеристику.

1. Принцип активности

Активность участников тренинговой группы носит особый характер, отличный от активности человека, слушающего лекцию или читающего книгу. В тренинге люди вовлекаются в специально разработанные действия. Это может быть проигрывание той или иной ситуации, выполнение упражнений, наблюдение за поведением других по специальной схеме. Активность возрастает в том случае, если мы даем участникам установку на готовность включиться в совершаемые действия в любой момент.

2. Принцип исследовательской творческой позиции.

Суть этого принципа заключается в том, что в ходе тренинга участники группы осознают, обнаруживают, открывают идеи, закономерности, уже известные в психологии, а также, что особенно важно, свои личные ресурсы,

возможные особенности. Исходя из этого принципа, работа тренера заключается в том, чтобы придумать, сконструировать и организовать те ситуации, которые давали бы возможность членам группы осознать, апробировать и тренировать новые способы поведения экспериментировать с ними.

3. Принцип объективации (осознания) поведения.

В процессе занятий поведение участников переводится с импульсивного на объективированный уровень, позволяющий производить изменения в тренинге. Универсальным средством объективации поведения является обратная связь. Создание условий для эффективной обратной связи в группе - важная задача тренерской работы.

4. Принцип партнерского (субъект-субъектного) общения.

Партнерским, или субъект-субъектным общением является такое, при котором учитываются интересы других участников взаимодействия, а также их чувства, эмоции, переживания. Реализация этого принципа создает в группе атмосферу безопасности, доверия, открытости, которая позволяет участникам группы экспериментировать со своим поведением, не стесняясь ошибок. Этот принцип тесно связан с принципом творческой, исследовательской позиции участников группы.

Кроме специфических принципов работы тренинговых групп, можно говорить и о специфическом принципе работы тренера, который заключается в постоянной рефлексии всего того, что происходит в группе. Эта рефлексия осуществляется за счет того, что тренер все время - приступая к проведению тренинга, планируя работу на день, непосредственно в процессе работы задает себе три вопроса: какой цели я хочу достичь, почему я хочу достичь этой цели, какими средствами я собираюсь ее достичь?

Эффективность тренинга во многом зависит не только адекватности осуществляемой тренером диагностики, но и того, насколько большим арсеналом средств он обладает для достижения той или иной цели.

Тренинговые группы определяются как специально созданные малые

группы, участники которых при содействии ведущего психолога включаются в своеобразный опыт интенсивного общения, ориентированный на оказание помощи каждому в решении разнообразных психологических проблем и самосовершенствовании. Тренинг является областью практической психологии, ориентированной на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития компетентности в общении. Специфическими чертами тренинга являются:

- соблюдение ряда принципов групповой работы;
- нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии, при этом такая помощь исходит не только (а порой и не столько) от ведущего, сколько от самих участников;
- наличие более или менее постоянной группы (обычно от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение 2-5 дней (так называемые группы-марафоны);
- определённая пространственная организация (чаще всего – работа в удобном изолированном помещении, участники большую часть времени сидят в кругу);
- акцент на взаимоотношениях между участниками группы, которые развиваются и анализируются в ситуации «здесь и теперь»;
- применение активных методов групповой работы;
- объективация субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе, вербализованная рефлексия;
- атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности.

Тренинги, будучи формой практической психологической работы, опираются на определённые парадигмы. Таких парадигм существует несколько. В основе данного тренинга лежит парадигма тренинга как метода создания условий для самораскрытия участников и самостоятельного поиска

ими способов и методов улучшения психологического климата в своём коллективе.

При проведении тренинга следует соблюдать следующие групповые нормы:

1. Принцип «здесь и теперь». Этот принцип уже упоминался выше. Он ориентирует участников тренинга на то, чтобы предметом их анализа постоянно были процессы, происходящие в группе в данный момент. При этом кроме специально оговоренных случаев запрещаются проекции в прошлое и будущее.

2. Искренность и открытость. Чем более откровенными будут рассказы участников группы, тем более успешной будет работы в целом. Искренность и открытость способствует получению и предоставлению другим честной обратной связи, то есть той информации, которая так важна каждому участнику и которая запускает механизмы межличностного взаимодействия в группе.

3. Принцип «Я». Основное внимание участников должно быть сосредоточено на процессах самопознания, на самоанализе и рефлексии. В группе запрещается использовать рассуждения типа «мы считаем, мы полагаем, наше мнение», которые перекладывают ответственность за собственные чувства и мысли на аморфное «мы».

4. Принцип активности. У членов группы должны отсутствовать возможности пассивно «отсидеться».

5. Конфиденциальность. Всё, о чём говорится в группе, должно остаться внутри группы. Это естественное этическое требование, которое является условием создания атмосферы психологической безопасности и самораскрытия.

Методологические обоснования родительского тренинга

Основная цель психокоррекционного тренинга для родителей – коррекция семейных отношений.

Задачами психокоррекционного тренинга родителей являются:

- формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- развитие умений самоанализа и преодоление психологических барьеров, мешающих полноценному самовыражению,
- формирование позитивных установок в восприятии ребенка и жизненной ситуации;
- совершенствование коммуникативных форм поведения;
- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Основными технологиями психокоррекционной работы являются групповые дискуссии, ролевые игры, работа в группе, работа в парах.

Занятия должны проходить один раз в неделю продолжительностью 2,5 академических часа. Программа включает 20 занятий.

Тренинг состоит из пяти частей: вводная часть, фаза контакта, фаза лабилизации, фаза обучения и заключительная часть.

На заключительном занятии проводится анкетирование. Члены группы отвечают на следующие вопросы:

1. Что нового о себе я узнал во время занятий группы?
2. Что нового я узнал о других людях?
3. Что я хотел бы изменить в себе по итогам работы в группе?
4. Каким образом я собираюсь это сделать?

Составленные соглашения складываются в заранее заготовленные конверты, на которых указывается точный почтовый адрес подписавшего этот «контракт» с самим собой. Все конверты сдаются руководителю. Он через месяц вышлет их по указанным адресам. И у участников будет ещё одна возможность «встретить самого себя» таким, каким каждый из них видит себя сейчас, в конце работы группы.

Следует отметить, что важно не только провести тренинг, но и выяснить, насколько он был эффективным. Разумеется, путем простого наблюдения можно понять, был ли тренинг эффективным или нет. Однако более

корректным будет проверить эффективность тренинга с помощью научных методов, а если тренинг проводится в психологической поддержке семьи, то такая проверка необходима. Поэтому незадолго перед началом тренинга необходимо протестировать будущих участников тренинга, чтобы четко сформулировать проблему, которая должна быть решена на тренинге. После проведения тренинга, но не сразу же после его окончания, желательно вновь провести соответствующее тестирование. При этом тестирование надо проводить таким образом, чтобы члены группы не связывали тест с проведением тренинга, поскольку в таком случае они осознанно или неосознанно будут стремиться показать, что их проблемы успешно решены. Для преодоления данных проблем можно, например, сообщить членам группы, что раз в месяц будет проводиться необходимое тестирование. В этом случае очередной тест не будет связан с проведением тренинга.

В данном случае стояла проблема преодоления негативных родительских установок. Поэтому необходимо протестировать членов группы с помощью двух вышеописанных тестов.

Детальное описание тренинга представлено в Приложении 4.

Методологические обоснования детско-родительского тренинга

Основная цель – гармонизация детско-родительских и супружеских отношений в семье, воспитывающей слабослышащего ребенка.

В качестве методики была выбрана Задачи психокоррекционного детско-родительского тренинга:

- формирование позитивной самооценки родителей и детей;
- снятие напряженности в детско-родительских отношениях;
- формирование эмоционального контакта членов семьи;
- формирование позитивных установок в восприятии ребенком и родителями сложных жизненных ситуаций;
- совершенствование процессов управления телом;

– совершенствование коммуникативных форм поведения родителей и детей;

- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Основными технологиями является импровизационный танец.

Многочисленными исследованиями было доказано, что арт-терапия способствует улучшению психологического состояния, а также и физиологического при многих заболеваниях. В настоящее время арт-терапию используют медики, психологи и педагоги во всём мире для работы с клиентами разного возраста. Выбран тот вариант арт-терапии, когда клиенты сами непосредственно участвуют в создании произведений искусства. В данном случае в качестве основной цели выступает именно психотерапевтический и терапевтический эффект, а не создание самоценного произведения искусства.

Танцевально-двигательная терапия, работая с мышечными паттернами и концентрируясь на взаимоотношении между психологическими и физиологическими процессами, помогает клиентам пережить, распознать и выразить свои чувства и конфликты [15, с. 67]. Начавшись на кинестетическом уровне, терапия приводит индивида к дальнейшему открытию эмоционального материала посредством символических репрезентаций, образов, воспоминаний и раскрытия личностных смыслов их жизненного опыта и переживаний. Через двигательное взаимодействие психолог помогает клиентам развить их самоосознавание, проработать эмоциональные зажимы, исследовать альтернативные модели поведения, получить более ясное восприятие себя и других, вызвать такие поведенческие изменения, которые приведут к более здоровому функционированию.

Танцевальная терапия применяется в клинической работе, в сфере регулирования отношений между членами семьи. Танцевальная терапия базируется на признании того, что тело и психика взаимосвязаны: изменения в сфере эмоциональной, мыслительной или поведенческой вызывают изменения во всех этих областях. Тело и сознание рассматриваются как

равноценные силы в интегрированном функционировании. Осознание чувств и соответствующее эмоциональное выражение вовлекает в работу мышечный тонус человека. Люди обычно не осознают свои чувства, если существует высокая степень телесного напряжения. В процессе попытки справиться со стрессом человек может, защищаясь от страха, потерять контроль путем подавления, вытеснения своих чувств, существующих в теле. Давая напряжению возникнуть и удерживая его в теле, человек, таким образом, защищает себя от прямого переживания и от встречи лицом к лицу со своим конфликтом. Начав работу с мышечными паттернами, которые соотносятся с эмоциями, человек испытывает чувства, обостренные, ставшие осознанными в движении, а затем признанные или проясненные на когнитивном уровне. Эта связь, которая развивается между физическим действием и внутренним эмоциональным состоянием, является следствием мышечной памяти, связанной с чувствами. Так движение становится прямым выражением внутренних чувств.

Для работы со слабослышащими детьми танцтерапия была выбрана в силу того, что дети, даже если они плохо слышат музыку, ощущают вибрацию и к тому же могут ориентироваться на движения своих партнеров. Таким образом, этот вид терапии позволяет задействовать дополнительные анализаторы и компенсировать слабую работу слухового анализатора. Слабослышащие дети часто не уверены в себе, закрепощены. Танцтерапия позволяет им почувствовать свое тело и окружающую среду.

Тренинг описан менее подробно, чем предыдущий, поскольку принципиальные моменты подробно были описаны выше.

Тренинг как и любой тренинг состоит из пяти частей: вводная часть, фаза контакта, фаза лабилизации, фаза обучения и заключительная часть.

Количество участников танцевального тренинга не должно превышать 20 человек.

Количество занятий – 7 . Занятия проводятся раз в неделю в течение двух месяцев. Продолжительность занятия – 90 минут.

Детальное описание тренинга представлено в Приложении 5.

Программа тренинга для детей «Развитие коммуникативных возможностей»

Цель тренинга – развитие межличностных отношений детей с ослабленным слухом

Задачи тренинга:

- развитие эмоциональной сферы детей;
- развитие коммуникативных способностей детей;
- развитие коммуникативных отношений в группе.

Условия реализации тренинга:

- индивидуальный и дифференцированный подход к детям;
- самоанализ детьми своей деятельности, умение прогнозировать результаты своей деятельности.
- создание условий для самостоятельной деятельности.

При реализации проекта используются групповые, игровые и дискуссионные методы.

Количество участников танцевального тренинга не должно превышать 20 человек.

Количество занятий – 16. Занятия проводятся раз в неделю в течение четырех месяцев. Продолжительность занятия – 90 минут.

Детальное описание тренинга представлено в Приложении 6.

Совокупность тренингов и индивидуальной психокоррекционной работы должна решить некоторые первоочередные психологические проблемы семьи. Очень важно подчеркнуть принципиальный момент. Проведением вышеописанных мероприятий не должно исчерпываться психологическое сопровождение семьи. Психологическое сопровождение – это постоянный процесс, не имеющий четкой локализации во времени. Семья с особым ребенком должна иметь возможность получить помощь в любой(!) момент, когда ей это понадобится, а не только в течение определенного промежутка времени, когда в психологическом центре проводятся определенные

мероприятий.

Анализ изменений исследуемых показателей экспериментальной группы, полученных до и после реализации программы психологического сопровождения, показал следующее. Результаты исследования по методике PARI изменились, так как показано в таблице 4. Представлены только те изменения в родительских установках, по которым до начала психологического сопровождения у родителей наблюдались завышенные или заниженные оценки. Статистически значимые изменения (использовался критерий Стьюдента) выделены жирным шрифтом.

Таблица 4

Изменение результатов исследования по методике PARI

Шкалы	Матери		Отцы	
	Показатели в баллах	Степень выраженности	Показатели в баллах	Степень выраженности
Вербализация	15,8	15,1	13,3	13,3
Чрезмерная забота	16,9	15,4	11,3	11,2
Зависимость от семьи	17,5	15,3	11,2	11,3
Опасение обидеть	15,9	12,4	15	14,8
Исключение внутрисемейных влияний	8,1	8,7	15,3	15,2
Развитие активности ребенка	9,3	11,2	13,3	13,4
Безучастность мужа	11	11,1	6,8	8,4
Подавление сексуальности	13,8	13,7	9,1	9,4
Доминирование матери	13,8	13,8	16,7	11,9
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	15,6	14,1	10,8	10,9
Стремление ускорить развитие ребенка	16,3	16,1	12,8	12,7
Излишняя концентрация	13,8	13,8	5,5	5,9



После осуществления программы психолого-педагогического сопровождения значительно изменились следующие показатели. У матерей снизилась зависимость от семьи (17,5 и 15,3 балла соответственно) и опасение беспочвенно обидеть ребенка (15,9 и 12,4 балла соответственно). У матерей также снизились показатели по шкале «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка», с 15,6 до 14,1 балла. При этом значение показатели по шкале «развитие активности ребенка» повысились с 9,3 балла до 11,2 балла.

У отцов показатели по шкале «безучастность мужа» выросли с 6,8 до 8,4 баллов. Согласно оценке отцов доминирование жен также уменьшилось с 16,7 до 11,9 баллов.

Следовательно, родительские установки претерпели значительные изменения. Матери уменьшили гиперопеку и «балование» детей, отцы стали принимать более активное участие в делах ребенка, развилась отцовская функция, снизилась ее подавление.

Изменение результатов опроса по тесту родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга приведены в таблице 5. Статистически значимые изменения (использовался критерий Стьюдента) выделены жирным шрифтом.

Таблица 5

Изменение результатов исследования по методике Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга

Шкалы	матери		отцы	
	Показатели в баллах	Степень	Показатели в баллах	Степень
		выраженности		выраженности
Принятие	18,1	18,2	21,3	21,0
Кооперация	2,6	2,9	2,5	2,7

Симбиоз	2,8	3,1	1,5	2,0
Контроль	5,7	4,4	2,5	2,8
Отношение к неудачам	4,7	4,5	5,3	5,1

После осуществления программы психолого-педагогического сопровождения значительно изменились следующие показатели. Некоторые стили родительского отношения претерпели позитивные изменения. До реализации показатели по таким стилям взаимоотношения как «кооперация» и «симбиоз» у матерей и частично у отцов были занижены. У матерей эти показатели достоверно повысились: «симбиоз» - с 2,8 баллов до 3,1 балла; «кооперация» - с 2,6 до 2,9 баллов. У отцов показатели по шкале «симбиоз» повысились с 1,5 до 2 баллов. То есть родители стали в большей степени кооперироваться со своими детьми. Родители стали в большей степени ориентироваться на сотрудничество со своим ребенком. Это в конечном итоге должно способствовать и развитию самостоятельности ребенка.

Таким образом, программа психолого-педагогического сопровождения частично решила, поставленные перед ней задачи и позволила преодолеть дисгармонию супружеских и детско-родительских отношений в семье.

Выводы по главе

Было проведено анкетирование родителей, воспитывающих слабослышащих детей и изучение родительски установок в семьях, воспитывающих слабослышащих детей.

Используемые методики:

1. Авторская анкета, предназначенная для родителей
2. Методика PARI.
3. Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга.

В результате исследования были получены следующие данные. Все опрошенные родители отметили, что у их ребенка имеются не только физические, но и психологические проблемы, и эти проблемы превращаются в проблемы всей семьи. Основные психологические проблемы связаны с тем, что родители не имеют надлежащих сведений о болезни и психологии ребенка, не знают, где можно получить такие сведения и качественную помощь. Истоки большинства психологических проблем лежит не столько во взаимоотношениях родителей и детей, родителей между собой и других членов семьи, сколько во взаимоотношениях семьи и тех государственных структур, которые должны обеспечивать её социальную, медицинскую и юридическую поддержку. Следовательно, семьи, воспитывающие слабослышащих детей нуждаются в психологическом сопровождении. Это сопровождение должно осуществляться в комплексе с другими видами помощи и на базе одного центра.

Исследование по методике PARI – изучение родительских установок, выявило, что большинство показателей варьирует в пределах нормы, что говорит о присутствии рациональных установок родителей. Но при этом матери слабослышащих детей признают, что они слишком опекают ребенка и активно вмешиваются в его жизнь. Отцы в отличие от матерей больше склонны заострять внимание на общих семейных проблемах, нарушениях отношений с супругой.

Результаты опроса по методике В. В. Столина и А. Я. Варга показали, что степень принятия своего ребенка у матерей и отцов является средней. Отцы более, чем матери склонны принимать ребенка таким, какой он есть. Но в целом, что взрослые не ориентированы на сотрудничество с особым ребенком. Ребенка считают слабым, несамостоятельным, зависимым. Такое отношение естественно порождает в ребенке соответствующие черты.

Опираясь на полученные экспериментальные данные, можно утверждать, что установки родителей, воспитывающих слабослышащих детей деформированы не слишком сильно и легко могут быть подвергнуты коррекции. Куда больший психологический стресс родители испытывают в связи с тем, что не получают вовремя консультативную и другие виды помощи от тех структур, которые должны такую помощь оказывать. Поэтому первоочередной задачей психологов является обучение родителей, имеющих детей с нарушениями развития.

Исходя из данных, полученных в результате исследования, была предложена комплексная модель психологического сопровождения семьи. Психологический блок включает индивидуальные консультации психологов, индивидуальную работу с ребенком и с семьей, групповую работу в детских группах, родительских группах и смешанных детско-родительских группах, различные виды психотерапевтического вмешательства.

Заключение

В соответствии с поставленными задачами были сделаны следующие выводы.

На основе изучения теоретических подходов к определению психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ были сделаны следующие выводы.

В зарубежной психологии проблемы семей, воспитывающих «особых» детей не рассматриваются отдельным блоком. Данные проблемы рассматриваются и решаются в рамках основных подходов семейной психотерапии, которые в свою очередь опираются на разные направления психологии: фрейдистского, юнгианского, гуманистической психологии, поведенческой психотерапии, рационально-эмоциональная психотерапии. В настоящее время наиболее распространенным является поведенческий подход, который разрабатывался [Э. Сальтером](#), [Г. Айзенком](#), Дж. [Вольпе](#), [А. Лазарусом](#), С. Рахманом, О. Линслеем, Т. Айлоном, А. Бандурой, Р. Х. Уолтерсом.

В российской психологии усилиями таких ученых как Р.М. Боскис, К.Г. Коровин, А.Г. Зикеев, К.В. Комаров, Л.И. Тигранова, была разработана теория обучения и воспитания детей с ОВЗ. Программы психологического сопровождения таких семей до 1990 гг. не разрабатывались. В последние 20 лет отдельные технологии такого сопровождения были рассмотрены в работах И.А. Баева, М.Р. Битянова, Г.Р. Бардиер, А.В. Волосникова, Е.И. Казакова, Е.А. Козырева, Ю.В. Слюсарева.

В исследованиях данных авторов фиксируется следующее. В современной России социально-правовой статус ребенка с ограниченными возможностями очень низок. Отсюда и отсутствие психологической помощи семье, воспитывающей такого ребенка. Поэтому практически нет ни одной семьи, растящей детей с ОВЗ, в которой бы проблема детского здоровья присутствовала «в чистом виде». Почти всегда семья, а соответственно и

психологи, работающие с такой семьей, сталкиваются с целым комплексом психологических проблем семьи.

Вторая задача заключалась в том, чтобы проанализировать возможности существующих моделей психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ. Следует отметить, что в настоящее время в России не сложилась ни целостной модели такой помощи, ни даже единой классификации таких моделей. Существующие модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ эклектичны, до конца не проработаны и во многом утопичны. Западные модели не могут быть реализованы в России в силу отсутствия соответствующей базы и финансовой помощи со стороны государства или благотворительных организаций. Нам представляется, что в современных условиях в России только комплексный подход, объединяющий усилия различных специалистов, помогающих особому ребенку, может стать эффективным. При этом, выбор собственно психологических методик является второстепенным. Важно, чтобы психологическая помощь была сопряжена с помощью педагогической, социальной, юридической. Только комплекс вышеназванных мер помощи позволит решить психологические проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Третья задача заключалась в проведении исследования психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ. В ходе исследования использовались следующие методики:

1. Авторская анкета, предназначенная для родителей
2. Методика PARI.
3. Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга.

В результате исследования были получены следующие данные. Все опрошенные родители отметили, что у их ребенка имеются не только физические, но и психологические проблемы, и эти проблемы превращаются в проблемы всей семьи. Основные психологические проблемы связаны с тем,

что родители не имеют надлежащих сведений о болезни и психологии ребенка, не знают, где можно получить такие сведения и качественную помощь. Истоки большинства психологических проблем лежит не столько во взаимоотношениях родителей и детей, родителей между собой и других членов семьи, сколько во взаимоотношениях семьи и тех государственных структур, которые должны обеспечивать её социальную, медицинскую и юридическую поддержку. Следовательно, семьи, воспитывающие слабослышащих детей нуждаются в психологическом сопровождении. Это сопровождение должно осуществляться в комплексе с другими видами помощи и на базе одного центра.

Исследование по методике PARI – изучение родительских установок, выявило, что большинство показателей варьирует в пределах нормы, что говорит о присутствии рациональных установок родителей. Но при этом, матери слабослышащих детей признают, что они слишком опекают ребенка и активно вмешиваются в его жизнь. Отцы в отличие от матерей больше склонны заострять внимание на общих семейных проблемах, нарушениях отношений с супругой.

Результаты опроса по методике В. В. Столина и А. Я. Варга показали, что степень принятия своего ребенка у матерей и отцов является средней. Отцы более, чем матери склонны принимать ребенка таким, какой он есть. Но в целом, взрослые не ориентированы на сотрудничество с особым ребенком. Ребенка считают слабым, несамостоятельным, зависимым. Такое отношение, естественно, порождает в ребенке соответствующие черты.

Исходя из данных, полученных в результате исследования, была предложена программа психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ. Программа включала индивидуальные консультации психологов, индивидуальная работа с ребенком и с семьей, групповую работу в детских группах, родительских группах и смешанных детско-родительских группах, различные виды психотерапевтического вмешательства.

Предложенная программа психологического сопровождения была апробирована на базе Государственного казенного общеобразовательного учреждения «Екатеринбургская школа-интернат №11. Повторно проведенное исследование показало, что произошла коррекция родительских отношений, гармонизация детско-родительских и супружеских отношений.

Список литературы

1. О правах инвалидов. Декларация ООН. – Женева: б.и., 1984. – 34 с.
2. О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов // В помощь социальному работнику. – М.: Социальная работа, 2010. – С. 14-21.
3. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации // В помощь социальному работнику. – М.: Социальная работ., 2010. – С. 22-28.
4. О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов. Указ Президента РФ // В помощь социальному работнику. – М. : Социальная работа, 2010. – С. 53-55.
5. О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности. Указ Президента РФ // В помощь социальному работнику. – М.: Социальный заказ , 2015. – С. 56-57.
6. О научном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов. Указ Президента РФ // В помощь социальному работнику. – М.: Социальный заказ, 2010. – С. 41-42.
7. О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы. Указ Президента РФ // В помощь социальному работнику. – М.: Социальный заказ, 2012. – С. 59 – 78.
8. О мерах по развитию учреждений социального обслуживания семьи и детей. Постановление Коллегии Минсоцзащиты РФ от 4 августа 1993 года // Российская газета. – 1993. - № 34. – С. 1-2.
9. Об утверждении Положения о территориальной службе срочной социальной помощи. Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21 // Ребёнок-инвалид. – М.: Социальный заказ, 2015. – С. 18-21.

10. О создании отделений специализированной помощи на дому. Приказ МСЗ России от 27.12.1994 г. №259 //Ребёнок-инвалид. – М.: Социальный заказ, 2015. – С. 22-28.
11. О взаимодействии органов социальной защиты населения и службы милосердия Российского Красного Креста в вопросах социальной защиты малообеспеченных групп населения. Указание от 15 мая 1993 г. № 1-32-4//Социальная работа: Антология. – М.: Школа, 2015. – С. 19-21.
12. Положение о детском доме-интернате для детей с физическими недостатками Министерства социального обеспечения РСФСР. Утверждено приказом МСО РСФСР от 5 ноября 1980 г. № 122 // В помощь социальному работнику. – М: Социальный заказ, 2015. – С. 75-81.
13. Блохина С.И., Козлова В.П., Старшинова А.В. К вопросу об организации детских реабилитационных центров в России//Российский журнал социальной работы. – 2011. - №1. – С. 15-18.
14. Борисова В.А. Сочетание наглядных и словесных средств обучения в процессе профессионально-трудовой подготовки слабослышащих учащихся.- СПб.: Медицина, 2011.
15. Босарова В.Г. Профессиональная социальная работа. Личностно-ориентировочный подход. – М.: Гнозис, 2012. - 431с.
16. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М.: Наука, 2012. – 125 с.
17. Владимирова И.М., Овчинников Б.В. Индивидуально-типологический подход к психокоррекционной работе//Вестник психосоциальной и коррекционной реабилитационной работы. – 2015. - №3. – С. 56 – 78.
18. Волконская Т.Н. Возможны способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения// Дефектология. – 2014. - № 7. – С. 14-23.

19. Выгодская Г.Л., Венгер А.А., Леонгард Э.И. отбор детей в специальные дошкольные учреждения – М.: Педагогика, 2011. – 324 с.
20. Выготский Л.С. Принципы социального воспитания глухонемых детей//Собрание сочинений в шести томах. – М., 1983.- Том 5. – 435 с.
21. Гилевич И.М., Тигранова Л.И. Если ребенок со сниженным слухом учиться в массовой школе// Дефектология. – 2015. - № 3. – С. 18-22.
22. Гозова А.П. Выбор профессий для слабослышащих и глухих учащихся.- М.: Дика, 2013. – 236 с.
23. Гозова А.П. Особенности профессионально-трудовой деятельности и обучения слабослышащих детей// Обучение и воспитание глухих учащихся в процессе профессиональной подготовки. – М.: Социальная работа, 2012. – С.2-6.
24. Гозова А.П. Психология трудового обучения глухих.- М.: Педагогика, 2012. – 127 с.
25. Гонца О.Г. К проблеме выбора профессий глухими школьниками//Обучение и воспитание глухих учащихся в процессе профессиональной подготовки.- М.: Владос, 2014. – С. 25-29.
26. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов// Социальное обеспечение. - 2015. - № 9. – С. 19-26.
27. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. - М.: Школа, 2016. – 345 с.
28. Дефектологический словарь/ Под ред. А.Д. Гонзы. – М.: Педагогика , 2012. – 327 с.
29. Если ваш ребенок не такой, как другие / Под ред. А.М. Панова и др. - М.: Амфора, 2012. – 435 с.

30. Зайцев Д.В. Образовательная интеграция детей с ограниченными возможностями. – М.: Школа, 2012. – 342 с.
31. Засенко В.В. Некоторые аспекты жизненного планирования глухих старшеклассников// Социальная работа. – 2012. -№ 4. – С. 9-51.
32. Засенко В.В. Подготовка глухих учащихся к самостоятельной трудовой деятельности. – Киев: Крайна, 2012. – 328 с.
33. Зыков С.В. Перестройка воспитательной работы в школе-интернате для глухих детей. – М.: Издательство Академии педагогических наук, 2012. – 329 с.
34. Зыкова Т. С. Методика предметно-практического обучения в школе для глухих детей – М.: Академия, 2012. – 549 с.
35. Инновации в Российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. Аналитический обзор. Сборник. - М.: Изд-во МГУ, 2011. – 632 с.
36. Картавцева А. И. Комплексная программа адаптивного физического воспитания незлышащих детей в дошкольных образовательных учреждениях – М.: Советский спорт, 2011. – 435 с.
37. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии – М.:Амфора, 2008. – 348 с.
38. Леонтьев А.Н. Очерк развития психики. - М.: Учпедгиз, 1947. – 435 с.
39. Мордвинова К.С. Об «экономической выгоде» интегрированного образования (о сомнительности некоторых аргументов)// Социальная работа. – 2012. - № 4. – С. 14-16.
40. Патурова А.К. Обычные семьи - особые дети //Социальная защита. – 2011. - № 4. – С. 98 – 112.
41. Речицкая Е. Г. Готовность слабослышащих дошкольников к обучению в школе – М.: ВЛАДОС, 2013. – 346 с.

42. Савина Е. А., Чарова О. Б. [Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии](#)// [Вопросы психологии](#) - 2012. – № 4. – С. 15 – 31.
43. Саврасов Е.Г. Дети - инвалиды в Российской Федерации//Социальная работа. – 2012. – №1. – С. 11-28.
44. Сводина В.Н. Интегрированное воспитание дошкольников с нарушением слуха // Дефектология. – 2012. – № 6. – С. 26 – 31.
45. Сошникова Н.Г. Региональная статистика структуры дефекта и количества детей с нарушениями слуха //Социальная защита. – 2011. – № 2. – С. 32-34.
46. Сошникова Н.Г. Характеристика контингента дошкольного учреждения для детей с нарушением слуха// Межведомственное взаимодействие в сопровождении детей с особыми образовательными потребностями: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 17 – 18 февраля 2004 г. – Челябинск: ЧАИ, 2011. – С. 116 – 121.
47. Сошникова Н.Г. Индивидуальный и дифференцированный подход в работе со слабослышащими детьми, имеющими сложную структуру дефекта// Актуальные проблемы специального (коррекционного) образования: Материалы научно-практической конференции. 28 января 2003 г.- 2-е изд., доп.- Челябинск, 2012. – С. 253 –257.
48. Специальная педагогика/ Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Амфора, 2012. – 546 с.
49. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии// Дефектология. – 2012. – № 7. – С. 27 – 36.
50. Трудовое обучение и воспитание в школе для слабослышащих/ Под ред. А.Л. Дикова – М. Кронос, 2012 – 391 с.

51. Учебно-воспитательная работа с неслышащими учащимися в процессе профессиональной подготовки/ Под ред. А.Л. Дикова – М. Кронос, 2012 – 391 с.
52. Цукерман И.В. Организация профессиональной подготовки глухих за рубежом//Социальная работа. – 2012. – № 8 . – С. 52 – 55
53. Цукерман И.В. Проблема социализации выпускников специальных школ для детей с нарушениями слуха//Социальная защита.- 2012. – №1. – С. 42 – 46.
54. Шевченко С.Г. Организация специальной помощи детям с трудностями в обучении в условиях дошкольных учреждений, комплексов «Начальная школа – детский сад» // Дефектология. – 2010. – №6. – С. 24-32.

Приложение 1

Анкета для изучения психолого-педагогических проблем семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями

Здравствуйтесь, уважаемые родители! Мы проводим исследование, посвященное проблемам «особых» детей. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:

- I. У вашего ребенка имеются проблемы. В основном они:
 1. Физические
 2. Психологические
 3. И физические, и психологические
- II. Состоит ли ваш ребенок на учете в каком-нибудь медицинском учреждении?
 1. В каком именно?
 2. Не состоит

Если вы выбрали ответ 1, переходите к вопросу IV. Если вы выбрали ответ 2, переходите к вопросу III

- III. Почему ваш ребенок не состоит на учете в медицинском учреждении?
 1. Вы сами этого не хотите
 2. Вашего ребенка не ставят на учет
 3. Другое
- IV. Вы бы хотели, чтобы ваш ребенок наблюдался в другом медицинском учреждении или просто бы наблюдался, если сейчас этого не происходит:
 1. Да
 2. Нет
- V. Вы бы хотели, чтобы это было:
 1. Укажите название конкретного учреждения или его профиль, ваши требования в тому учреждению _____
 2. Затрудняюсь ответить
- VI. Оказывается ли вашей семье какая-то социальная помощь?
 1. Да
 2. Нет

Если вы выбрали вариант 1, переходите к вопросу VII, если вы выбрали вариант 2, переходите к вопросу XI.

VII. В чем именно заключается социальная помощь?

1. Вы получаете какое-то пособие
2. Вы имеете льготы, укажите, какие именно _____
3. К вам приходит социальный работник
4. Вы пользуетесь услугами какого-то социального учреждения, какого именно? _____
5. Другое

VIII. Удовлетворяет ли вас качество социальной помощи?

1. Да полностью
2. Да частично
3. Слабо
4. Совсем не удовлетворяет
5. Затрудняюсь ответить

IX. Оказывает ли социальный работник какую-то психологическую помощь вашей семье?

1. Да
2. В минимальной степени
3. Нет
4. Затрудняюсь ответить

X. Должен ли, по вашему мнению, социальный работник оказывать такую помощь?

1. Да обязательно
2. Да, но в небольшой степени, поскольку его функциональные обязанности другие
3. Нет, это не входит в его функциональные обязанности
4. Затрудняюсь ответить

XI. Оказывается ли вашей семье какая-то психологическая помощь?

1. Да
2. Нет

Если вы выбрали ответ 1, переходите к вопросу XII, если вы выбрали ответ II, переходите к вопросу XIII

XII. Где именно оказывается эта помощь?

1. В медицинском учреждении
2. В учреждении, где учится ваш ребенок
3. В специальном психологическом центре, каком именно?
4. Другое _____

5. Во всех вышеперечисленных учреждениях
- XIII. Где бы вы хотели, чтобы вам и вашему ребенку оказывалась психологическая помощь?
1. Название учреждения или ваши требования, предъявляемые к нему _____
 2. Затрудняюсь ответить
- XIV. Удовлетворяет ли вас та помощь, которая оказывается вашему ребенку в медицинском учреждении?
1. Да, полностью
 2. Да, частично
 3. Очень слабо
 4. Совсем не удовлетворяет
 5. Другое _____
 6. Затрудняюсь ответить
- XV. Удовлетворяет ли вас та помощь, которая оказывается вашему ребенку в учебном учреждении?
1. Да, полностью
 2. Да, частично
 3. Очень слабо
 4. Совсем не удовлетворяет
 5. Другое _____
 6. Затрудняюсь ответить
- XVI. Удовлетворяет ли вас психологическая помощь, которая оказывается вашему ребенку?
1. Да, полностью
 2. Да, частично
 3. Очень слабо
 4. Совсем не удовлетворяет
 5. Другое _____
 6. Затрудняюсь ответить
- XVII. Оказывается ли психологическая помощь не только ребенку, но и вам?
1. Да
 2. Нет

Если вы выбрали ответ 1, переходите к вопросу XVIII, если вы выбрали ответ 2, переходите к вопросу XIX

- XVIII. Удовлетворяет ли вас качество этой психологической помощи?
1. Да, полностью
 2. Да, частично
 3. Очень слабо

4. Совсем не удовлетворяет
 5. Другое _____
 6. Затрудняюсь ответить
- XIX. В каком виде вы сами хотели бы получать психологическую помощь?
1. В медицинском учреждении
 2. В центре психологической поддержки
 3. Индивидуально на дому
 4. В группе родителей, дети которых, испытывают аналогичные проблемы
 5. В учреждении, где учится ваш ребенок
 6. Другое
 7. Затрудняюсь ответить
 8. Я не нуждаюсь в такой помощи
- XX. Как вы считаете, помощь особому ребенку в первую очередь должен оказывать:
1. Медик
 2. Социальный работник
 3. Психолог
 4. Педагог
 5. В равной степени все вышеперечисленные специалисты
 6. Кто-то еще _____
 7. Затрудняюсь ответить
- XXI. Укажите, пожалуйста, диагноз вашего ребенка
1. _____
 2. Затрудняюсь назвать
- XXII. Укажите, пожалуйста, возраст вашего ребенка _____
- XXIII. Есть ли в вашей семье другие дети? Сколько их? _____

**Тест-опросник изучения родительских установок,
Шефер Е.С. и Белл Р.К.**

Инструкция: Перед вами вопросы, которые помогут выяснить, что родители думают о воспитании детей. Здесь нет ответов правильных и неправильных, т.к. каждый прав по отношению к собственным взглядам. Старайтесь отвечать точно и правдиво.

Некоторые вопросы могут показаться Вам одинаковыми. Однако, это не так. Есть вопросы сходные, но не одинаковые. Сделано это для того, чтобы уловить возможные, даже небольшие различия во взглядах на воспитание детей.

На заполнение вопросника потребуется примерно 20 минут. Не обдумывайте ответ долго, отвечайте быстро, стараясь дать первый ответ, который придет вам в голову. При ответах пользуйтесь бланком.

Рядом с каждым положением находятся буквы А а б Б, их нужно выбрать в зависимости от своего убеждения в правильности данного предложения:

А - полное согласие;

а - скорее согласие, чем несогласие;

б - скорее несогласие, чем согласие;

Б - полное несогласие.

Вопросы

1. Если дети считают свои взгляды правильными, они могут не соглашаться со взглядами родителей.

2. Хорошая мать должна оберегать своих детей даже от маленьких трудностей и обид.

3. Для хорошей матери дом и семья — самое важное в жизни.

4. Некоторые дети настолько плохи, что ради их же блага нужно научить их бояться взрослых.

5. Дети должны отдавать себе отчет в том, что родители делают для них очень много.
6. Маленького ребенка всегда следует крепко держать во время мытья, чтобы он не упал.
7. Люди, которые думают, что в хорошей семье не может быть недоразумений, не знают жизни.
8. Ребенок, когда повзрослеет, будет благодарить родителей за строгое воспитание.
9. Пребывание с ребенком целый день может довести до нервного истощения.
10. Лучше, если ребенок не задумывается над тем, правильны ли взгляды его родителей.
11. Родители должны воспитывать в детях полное доверие к себе.
12. Ребенка следует учить избегать драк, независимо от обстоятельств.
13. Самое плохое для матери, занимающейся хозяйством, - это чувство, что ей нелегко освободиться от своих обязанностей.
14. Родителям легче приспособиться к детям, чем наоборот.
15. Ребенок должен научиться в жизни многим нужным вещам, поэтому ему нельзя разрешать терять ценное время.
16. Если один раз согласиться с тем, что ребенок съездничал, он будет это делать постоянно.
17. Если бы отцы не мешали в воспитании детей, матери бы лучше справлялись с детьми.
18. В присутствии ребенка не надо разговаривать о вопросах пола.
19. Если бы мать не руководила домом, мужем и детьми, все происходило бы менее организованно.
20. Мать должна делать все, чтобы знать, о чем думают дети.
21. Если бы родители больше интересовались делами своих детей, дети были бы лучше и счастливее.

22. Большинство детей должны самостоятельно справляться с физиологическими нуждами уже с 15 месяцев.
23. Самое трудное для молодой матери — оставаться одной в первые годы воспитания ребенка.
24. Надо способствовать тому, чтобы дети высказывали свое мнение о жизни в семье, даже если они считают, что жизнь в семье неправильная.
25. Мать должна делать все, чтобы уберечь своего ребенка от разочарований, которые несет жизнь.
26. Женщины, которые ведут беззаботную жизнь, не очень хорошие матери.
27. Надо обязательно искоренять у детей проявления рождающейся ехидности.
28. Мать должна жертвовать своим счастьем ради счастья ребенка.
29. Все молодые матери боятся своей неопытности в обращении с ребенком.
30. Супруги должны время от времени ругаться, доказывая свои права.
31. Строгая дисциплина по отношению к ребенку развивает в нем сильный характер.
32. Матери часто настолько бывают замучены присутствием своих детей, что им кажется, будто они не могут с ними быть ни минуты больше.
33. Родители не должны представлять перед детьми в плохом свете.
34. Ребенок должен уважать своих родителей больше других.
35. Ребенок должен всегда обращаться за помощью к родителям или учителям вместо того, чтобы разрешать свои недоразумения в драке.
36. Постоянное пребывание с детьми убеждает мать в том, что ее воспитательные возможности меньше умений и способностей (могла бы, но...).
37. Родители своими поступками должны завоевывать расположение детей.

38. Дети, которые не пробуют своих сил в достижении успехов, должны знать, что потом в жизни могут встретиться с неудачами.
39. Родители, которые разговаривают с ребенком о его проблемах, должны знать, что лучше ребенка оставить в покое и не вникать в его дела.
40. Мужья, если не хотят быть эгоистами, должны принимать участие в семейной жизни.
41. Нельзя допускать, чтобы девочки и мальчики видели друг друга голыми.
42. Если жена достаточно подготовлена к решению проблем, то это лучше и для детей, и для мужа.
43. У ребенка не должно быть тайн от своих родителей.
44. Если у Вас принято, что дети рассказывают Вам анекдоты, а Вы — им, то многие вопросы можно решить спокойно и без конфликтов.
45. Если рано научить ребенка ходить, это благотворно влияет на его развитие.
46. Нехорошо, когда мать одна преодолевает все трудности, связанные с уходом за ребенком и его воспитанием.
47. У ребенка должны быть свои взгляды и возможность их свободно высказывать.
48. Надо беречь ребенка от тяжелой работы.
49. Женщина должна выбирать между домашним хозяйством и развлечениями.
50. Умный отец должен научить ребенка уважать начальство.
51. Очень мало женщин получает благодарность детей за труд, затраченный на их воспитание.
52. Если ребенок попал в беду, в любом случае мать всегда чувствует себя виноватой.
53. У молодых супругов, несмотря на силу чувств, всегда есть разногласия, которые вызывают раздражение.

54. Дети, которым внушили уважение к нормам поведения, станут хорошими и уважаемыми людьми.
55. Редко бывает, что мать, которая целый день занимается с ребенком, сумела быть ласковой и спокойной.
56. Дети не должны вне дома учиться тому, что противоречит взглядам их родителей.
57. Дети должны знать, что нет людей более мудрых, чем их родители.
58. Нет оправдания ребенку, который бьет другого ребенка.
59. Молодые матери страдают по поводу своего заключения дома больше, чем по какой-нибудь другой причине.
60. Заставлять детей отказываться и приспосабливаться — плохой метод воспитания.
61. Родители должны научить детей найти занятие и не терять свободного времени.
62. Дети мучают своих родителей мелкими проблемами, если с самого начала к этому привыкнут.
63. Когда мать плохо выполняет свои обязанности по отношению к детям, это, пожалуй, значит, что отец не выполняет своих обязанностей по содержанию семьи.
64. Детские игры с сексуальным содержанием могут привести детей к сексуальным преступлениям.
65. Планировать должна только мать, так как только она знает, как положено вести хозяйство.
66. Внимательная мать знает, о чем думает ее ребенок.
67. Родители, которые выслушивают с одобрением откровенные высказывания детей о их переживаниях на свиданиях, товарищеских встречах, танцах и т.п., помогают им в более быстром социальном развитии.
68. Чем быстрее слабеет связь детей с семьей, тем быстрее дети научатся разрешать свои проблемы.

69. Умная мать делает все возможное, чтобы ребенок до и после рождения находился в хороших условиях.
70. Дети должны принимать участие в решении важных семейных вопросов.
71. Родители должны знать, как нужно поступать, чтобы дети не попали в трудные ситуации.
72. Слишком много женщин забывают о том, что их надлежащим местом является дом.
73. Дети нуждаются в материнской заботе, которой им иногда не хватает.
74. Дети должны быть более заботливы и благодарны своей матери за труд, вложенный в них.
75. Большинство матерей опасаются мучить ребенка, давая ему мелкие поручения.
76. В семейной жизни существует много вопросов, которые нельзя решить путем спокойного обсуждения.
77. Большинство детей должны воспитываться более строго, чем это происходит на самом деле.
78. Воспитание детей — тяжелая, нервная работа.
79. Дети не должны сомневаться в разумности родителей.
80. Больше всех других дети должны уважать родителей.
81. Не надо способствовать занятиям детей боксом или борьбой, так как это может привести к серьезным проблемам.
82. Одно из плохих явлений заключается в том, что у матери, как правило, нет свободного времени для любимых занятий.
83. Родители должны считать детей равноправными по отношению к себе во всех вопросах жизни.
84. Когда ребенок делает то, что обязан, он находится на правильном пути и будет счастлив.

85. Надо оставить ребенка, которому грустно, в покое и не заниматься им.
86. Самое большое желание любой матери — быть понятой мужем.
87. Одним из самых сложных моментов в воспитании детей являются сексуальные проблемы.
88. Если мать руководит домом и заботится обо всем, вся семья чувствует себя хорошо.
89. Так как ребенок — часть матери, он имеет право знать все о его жизни.
90. Дети, которым разрешается шутить и смеяться вместе с родителями, легче принимают их советы.
91. Родители должны приложить все усилия, чтобы как можно раньше научить ребенка справляться с физиологическими нуждами.
92. Большинство женщин нуждаются в большем количестве времени для отдыха после рождения ребенка, чем им дается на самом деле.
93. У ребенка должна быть уверенность в том, что его не накажут, если он доверит родителям свои проблемы.
94. Ребенка не нужно приучать к тяжелой работе дома, чтобы он не потерял охоту к любой работе.
95. Для хорошей матери достаточно общения с семьей.
96. Порой родители вынуждены поступать против воли ребенка.
97. Матери жертвуют всем ради блага собственных детей.
98. Самая главная забота матери — благополучие и безопасность ребенка.
99. Естественно, что двое людей с противоположными взглядами в супружестве ссорятся.
100. Воспитание детей в строгой дисциплине делает их более счастливыми.
101. Естественно, что мать «сходит с ума», если у нее дети эгоисты и очень требовательны.

102. Ребенок никогда не должен слушать критические замечания о своих родителях.
103. Прямая обязанность детей — доверие по отношению к родителям.
104. Родители, как правило, предпочитают спокойных детей драчунам.
105. Молодая мать несчастна, потому что многие вещи, которые ей хотелось бы иметь, для нее недоступны.
106. Нет никаких оснований, чтобы у родителей было больше прав и привилегий, чем у детей.
107. Чем раньше ребенок поймет, что нет смысла терять время, тем лучше для него.
108. Дети делают все возможное, чтобы заинтересовать родителей своими проблемами.
109. Немногие мужчины понимают, что матери их ребенка тоже нужна радость в жизни.
110. С ребенком что-то не в порядке, если он много спрашивает о сексуальных вопросах.
111. Выходя замуж, женщина должна отдавать себе отчет в том, что будет вынуждена руководить семейными делами.
112. Обязанностью матери является знание тайных мыслей ребенка.
113. Если включать ребенка в домашние заботы, он легче доверяет свои проблемы.
114. Надо как можно раньше прекратить кормить ребенка грудью и из бутылочки (приучить "самостоятельно" питаться).
115. Нельзя требовать от матери слишком большого чувства ответственности по отношению к детям.

Тест родительского отношения В. В. Столина и А. Я. Варга

Отвечая на вопросы методики, испытуемый должен выразить свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок «Да» или «Нет».

Тестовый материал

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Мой ребенок часто мне неприятен.
3. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
4. Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.
5. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.
6. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
7. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.
8. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.
9. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.
10. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
11. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.
12. При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
13. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.
14. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
15. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.
16. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.
17. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.
18. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.

19. Я жалею своего ребенка.
20. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.
21. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
22. Я часто жалею о том, что мой ребенок вырастет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.
23. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.
24. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.
25. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспосабливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.
26. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.
27. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.
28. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
29. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.
30. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.
31. Я всегда считаюсь с ребенком.
32. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.
33. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.
34. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.
35. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.
36. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
37. Я разделяю увлечения моего ребенка.
38. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.

39. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.
40. Мой ребенок часто меня раздражает.
41. Воспитание ребенка – это сплошная нервотрепка.
42. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
43. Я не доверяю своему ребенку.

Необходимо зарегистрироваться

Принятие / отвержение ребенка: -3, 5, 6, -8, -10, -12, -14, -15, -16, -18, 20, -23, -24, -26, 27, -29, 37, 38, -39, -40, -42, 43, -44, 45, -46, -47, -49, -51, -52, 53, -55, 56, -60.

Кооперация: 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 4, 7, 28, 32, 41, 58.

Контроль: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

Отношение к неудачам ребенка: 9, 11, 13, 17, 22, 54, 61.

За каждый ответ типа «Да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ типа «Нет» – 0 баллов. Если перед номером ответа стоит знак “-“, значит за ответ “Нет” на этот вопрос начисляется один балл, а за ответ “Да” – 0 баллов.

Описание шкал

Принятие / отвержение ребенка. Эта шкала выражает собой общее эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение) отношение к ребенку.

Кооперация. Эта шкала выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах.

Симбиоз. Вопросы этой шкалы ориентированы на то, чтобы выяснить, стремится ли взрослый к единению с ребенком или, напротив, старается сохранить между ребенком и собой психологическую дистанцию. Это – своеобразная контактность ребенка и взрослого человека.

Контроль. Данная шкала характеризует то, как взрослые контролируют поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним.

Отношение к неудачам ребенка. Эта шкала показывает, как взрослые относятся к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

Интерпретация результатов теста

Шкала Принятие / Отвержение

Высокие баллы по шкале (от 24 до 33) – говорят о том, что у данного испытуемого имеется выраженное положительное отношение к ребенку. Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом.

Низкие баллы по шкале (от 0 до 8) – говорят о том, что взрослый испытывает по отношению к ребенку в основном только отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, даже иногда ненависть. Такой взрослый считает ребенка неудачником, не верит в его будущее, низко оценивает его способности и нередко своим отношением травмирует ребенка. Понятно, что имеющий такие наклонности взрослый не может быть хорошим педагогом.

Шкала Кооперация

Высокие баллы по шкале (6-7 баллов) – являются признаком того, что взрослый проявляет искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу ребенка, старается быть с ним на равных.

Низкие баллы по данной шкале (1-2 балла) – говорят о том, что взрослый по отношению к ребенку ведет себя противоположным образом и не может претендовать на роль хорошего педагога.

Шкала Симбиоз

Высокие баллы по шкале (6-7 баллов) – достаточны для того, чтобы сделать вывод о том, что данный взрослый человек не устанавливает

психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности, оградить от неприятностей.

Низкие баллы по шкале (1-2 балла) – являются признаком того, что взрослый, напротив, устанавливает значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало заботится о нем. Вряд ли такой взрослый может быть хорошим учителем и воспитателем для ребенка.

Шкала Контроль

Высокие баллы по шкале (6-7 баллов) – говорят о том, что взрослый человек ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Он навязывает ребенку почти во всем свою волю. Такой взрослый человек далеко не всегда может быть полезным, как воспитатель, для детей.

Низкие баллы по шкале (1-2 балла) – напротив, свидетельствуют о том, что контроль за действиями ребенка со стороны взрослого человека практически отсутствует. Это может быть не очень хорошо для обучения и воспитания детей. Наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека по этой шкале являются средние оценки, от 3 до 5 баллов.

Шкала Отношение к неудачам ребенка

Высокие баллы по шкале (6-7 баллов) – являются признаком того, что взрослый человек считает ребенка маленьким неудачником и относится к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся взрослому человеку несерьезными, и он игнорирует их. Вряд ли такой взрослый может стать хорошим учителем и воспитателем для ребенка.

Низкие баллы по шкале (1-2 балла), напротив, свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Программа родительского тренинга

Основная цель психокоррекционного тренинга для родителей – коррекция семейных отношений.

Задачами психокоррекционного тренинга родителей являются:

- формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- развитие умений самоанализа и преодоление психологических барьеров, мешающих полноценному самовыражению,
- формирование позитивных установок в восприятии ребенка и жизненной ситуации;
- совершенствование коммуникативных форм поведения;
- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Основными технологиями психокоррекционной работы являются групповые дискуссии, ролевые игры, работа в группе, работа в парах.

Занятия должны проходить один раз в неделю продолжительностью 2,5 академических часа. Программа включает 20 занятий.

Тренинг состоит из пяти частей: вводная часть, фаза контакта, фаза лабилизации, фаза обучения и заключительная часть.

Вводная часть.

1 занятие. Цели вводной части – знакомство участников с ведущим и целями и задачами тренинга. Ведущий должен ознакомить участников с целями занятий и теми базовыми принципами проведения занятий, которые были перечислены в Приложениях.

На вводном занятии осуществляется упражнение «Здравствуйте». Все участники, в том числе и не опоздавшие, заходя, подходят к любому члену группы на выбор и здороваются с ним, добавляя какой-то комплимент.

Фаза контакта.

Основная цель фазы контакта – создание непосредственной дружественной групповой атмосферы, снижение уровня психологической

защиты участников, усвоение групповых норм и правил.

Участники должны осознать, что здесь они действуют на равных и не играют свои социальные роли «жены», «мужа», «матери», «наемного работника», «предпринимателя» и т.д.

2. занятие. На этом занятии руководитель кратко повторяет основные принципы работы в группе. Вырабатывается ритуал работы группы. В этот ритуал входит обязательное приветствие, которое заключается в том, что участники занятия садятся плотно в круг, прижимаются локтями друг к другу и молча сидят одну минуту, думая о всей группе и предстоящем занятии. Если кто-то из участников тренинга опаздывает, он обязательно должен прикоснуться к каждому человеку и сказать ему что-то хорошее.

3 занятие. Групповая беседа. Родители по очереди рассказывают о своих проблемах во взаимоотношениях друг с другом и детьми. Перед началом беседы говорится, что родители должны рассказать только о том, о чем они хотят рассказать. Если о каких-то проблемах им говорить сложно, стыдно, неудобно, то эти проблемы не следует затрагивать. При этом следует объяснить, что все семьи имеют схожие проблемы и имеет смысл рассказать о том, что действительно беспокоит, поскольку другие пары могут поделиться своим опытом позитивного решения таких проблема. Родителей также следует предупредить, что они должны рассказывать о психологических проблемах своей семьи, а не жаловаться на других специалистов, государство, свое окружение или окружение ребенка. Необходимо также рассказать и о своем опыте решения этих проблем.

4 занятие.

На этом занятии участники должны увидеть себя в новом неожиданном ракурсе. Для этой цели служит несколько упражнений.

Упражнение «Девиз».

Все участники по очереди (по кругу) говорят о том, какую футболку и с какой надписью-девизом они купили бы себе, если бы была такая

возможность. Эта надпись должна отражать жизненное кредо человека, его основной жизненный принцип, а цвет соответствовать его характеру.

Упражнение «Игрушка».

Каждый член группы думает о том, какой игрушкой он хотел бы стать (мог бы стать, если группа вдруг попросит его реанимировать эту игрушку). Каждый участник на листке бумаги даёт название этой игрушки и подробно описывает её (размер игрушки, её цвет, из какого материала она сделана, как с ней играть). Ведущий зачитывает вслух описание этой игрушки, а группа пытается угадать о каком из участников идёт речь.

Фаза лабилизации.

На фазе лабилизации участники должны ненавязчиво, без прямой подсказки ведущего осознать, какие проблемы существуют в их коллективе. Цель фазы – сформировать у учащихся желание преодолеть имеющиеся проблемы и трудности и сформировать более продуктивный стиль общения. Упражнения, предлагаемые на этой фазе, должны показать, какие барьеры существуют у участников при общении друг с другом. Фаза лабилизации рассчитана на три занятия.

5 занятие – 12 занятия.

Основные упражнения этой фазы:

Упражнение «Глухой телефон».

Один из участников придумывает достаточно сложную фразу и говорит её на ухо сидящему справа. Фраза передаётся по всему кругу. Затем озвучивается окончательный вариант. Если окончательный вариант существенно отличается от изначального, фраза ещё раз проговаривается по кругу, чтобы выявить «слабое место», где произошёл сбой. К концу третьего занятия это упражнение повторяется ещё раз.

Второе и третье занятие начинаются с упражнения «Здравствуйте». Все участники, в том числе и не опоздавшие, заходя, подходят к любому члену группы на выбор и здороваются с ним, добавляя какой-то комплимент.

Упражнение «Видение других».

Один из участников садится спиной к группе. Он должен детально описать (по предложению группы) внешний вид кого-то из участников группы. Упражнение повторяется на втором и третьем занятии.

Затем упражнение повторяется в другом варианте. Участнику, сидящему спиной к группе, подробно описывается внешний вид какого-то члена группы и тот должен угадать, о ком идёт речь.

Упражнение «Разговор через стекло».

Двое из участников лишь с помощью жестов пытаются о чём-то договориться. Тему можно сообщить одному из них, а он должен передать эту информацию своему товарищу, стоя перед звуконепроницаемым стеклом. Сказать то, что он знает, нужно, но мешает стекло.

Упражнение «Путаница».

Участники встают в круг, а ведущий запутывает их, заставляя переходить на другие стороны, менять своё местоположение и т.д., при этом, не разнимая рук. Один из участников стоит спиной к кругу, затем он должен «распутать путаницу».

Упражнение «Эмпатия».

Один из членов группы выходит из комнаты. Остальные участники характеризуют его, называя черты, свойства, привычки, какие-то проявления, то есть высказывают своё мнение о вышедшем, причём только в положительном ключе. Кто-то из группы ведёт «протокол», записывая содержание высказывания и автора.

Затем приглашается ушедший, и ему зачитывается перечень мнений, но без указания авторов. Главная задача вошедшего – определить, кто мог о нём такое сказать. Выслушав высказывание, он пытается понять, чьё это мнение. И называет кого-то из группы. Так отрабатываются все высказывания (но не более 10).

В заключение упражнения «секретарь», который вёл протокол, зачитывает снова весь перечень, но уже с указанием авторов.

Выходит следующий желающий, и процедура повторяется.

Перед началом упражнения ведущий должен предупредить, что не допускаются грубые, оскорбительные, неуважительные высказывания.

Фаза обучения.

Цель этой фазы - повысить эффективность общения, уровень сплочённости в группе, преодолеть коммуникативные и психологические барьеры. Продолжительность фазы – четыре занятия.

13- 19 занятия.

Упражнения повторяются таким образом, чтобы на каждом занятии одно упражнение из предыдущего занятия заменялось на другое.

Упражнение «Внимание».

Все члены группы встают в различные позы. Одни из участников, находясь в центре, старается запомнить всех в этих позах. На это ему даётся до 1 минуты. Затем он закрывает глаза, а 5 человек меняют что-то в своей позе, причём делается это таким образом, чтобы стоящий в центре не смог этого услышать.

Находящийся в центре, открыв глаза, должен определить, кто же изменился и в чём?

Затем в центр встаёт другой член группы, и упражнение повторяется.

Упражнение «Созвучие».

Двое членов группы, встав спиной друг к другу, по сигналу руководителя начинают удаляться друг от друга в разные стороны. Они должны одновременно оглянуться, причём без какого-то сигнала со стороны группы или друг другу, то есть они должны почувствовать тот момент, когда партнёр хочет оглянуться, и сделать это. Затем они обмениваются своими ощущениями.

Упражнение «Стул».

Все участники сидят на стульях. Без всякой команды нужно всем одновременно встать, обойти стул, взять его за спинку, поднять до пояса, опустить, обойти с другой стороны и сесть на своё место. Всё это должно быть сделано синхронно. И так 3 раза.

Упражнение «Волшебное слово».

Вся группа встаёт тесным кольцом, крепко взявшись за руки. Один из участников по жребию (или по желанию) становится в круг. Он должен найти такие слова, доводы, интонацию, жесты при обращении к какому-либо из группы, чтобы тот поверил в его искренность и захотел выпустить «узника» из круга. Если первая попытка неудачная, то можно попробовать ещё раз.

Затем другой выходит в круг и пробует, используя «волшебное слово», выйти за пределы кольца. У него тоже две попытки.

Упражнение «Жесты».

В разговор вступают два человека, свободно общаясь друг с другом, они должны обязательно использовать самые разнообразные жесты. Причём как можно более активно. Группа следит, чтобы жестов было как можно больше, но чтобы они были естественными в разговоре.

Упражнение «Нет-диалог».

Обычное начало диалога, но задача участников ни за что не соглашаться с партнёром, во всём перечить, возражать вежливо, но настойчиво.

Группа оценивает, как удалось выдержать режим «нет-диалога».

Упражнение «Пойми другого».

Каждый член группы должен в течение 2-3 минут описать настроение кого-либо в группе. Представить себе, прочувствовать человека, его состояние, эмоции, переживания и всё это изложить на бумаге. Затем все описания зачитываются вслух, а тот, чьё настроение описывали, соотносит со своим действительным состоянием и подтверждает достоверность проникновения или опровергает это. Комментарии в этом случае не нужны.

Упражнение «Список претензий».

Все участники на стандартных листах бумаги без подписи записывают свои уже накопившиеся претензии к остальным членам группы, в том числе и к руководителю, к группе в целом. Этот список анонимных претензий сдаётся руководителю, только ему. Он их смешивает, а затем читает вслух всей группе.

Если кому-то не ясен смысл высказанной ему претензии, руководитель читает ещё раз. Каждый должен высказать своё отношение к полученной претензии, которая адресована ему лично, дать обоснование, почему намерен (или нет) измениться, согласен или нет и т.д.

Упражнение «Счёт».

Один из участников называет любую цифру от 1 до того числа, сколько членов в группе присутствует на данном занятии, включая руководителя. В группе каждый раз должно быстро встать без всякой предварительной договорённости ровно столько человек, какое число было названо. Так повторяется несколько раз, пока наконец названная цифра и число встающих не совпадут.

Заключительная фаза

20 занятие.

На заключительном занятии обязательно проводится упражнение «Решительный отказ». По кругу участники высказываются о том, от каких слов и привычек в общении с людьми они хотели бы отказаться. Причём всё это нужно актуализировать, то есть проговорить и продемонстрировать группе, работая на пределе откровенности.

Программа детско-родительского тренинга

Вводная часть.

1 занятие. Цели вводной части – знакомство участников с ведущим и целями и задачами тренинга. Ведущий должен ознакомить участников с целями занятий и теми базовыми принципами проведения занятий. Дети посредством танца представляются друг другу.

Фаза контакта.

2 занятие.

1. Разминка

Процедура: Участники становятся в круг. Звучит музыка. Ведущий называет по очереди части тела, которые будут разминать:

танец кистей рук

танец рук

танец головы

танец плеч

танец живота

танец ног

Участники делают произвольные танцевальные движения данными частями тела.

Фаза лабилизации

3 -6 занятия

Упражнение «Отображение».

Цель: Упражнение поощряет осознание тела, творческое движение и межличностную эмпатию. Оно дает опыт и руководство следования за кем-то.

Процедура: Все члены группы делятся на пары. В каждой паре один участник становится ведущим, а другой - ведомым. Инструкция: «Встаньте лицом к лицу и смотрите друг другу в глаза. Если вы лидер, начинайте делать какие-нибудь медленные, изящные движения руками, ногами, головой и

торсом. Во время движения осознавайте свое тело и чувства. В течение всего упражнения смотрите партнеру в глаза и старайтесь осознавать его.

В качестве ведомого отражайте движения своего партнера - как будто вы его зеркальный образ. Например, если партнер вытягивает правую руку, вытягивайте левую. Пусть партнер руководит тем, куда и как вы двигаетесь. Старайтесь ни о чем не думать. Пусть вас «ведет» ваше тело. Примерно через пять минут поменяйтесь ролями. По окончании задания поделитесь своими чувствами с партнером».

Упражнение «Животные».

Цель: Упражнение предусматривает символическую ролевую игру и творческое взаимодействие с другими членами группы.

Инструкция: Выберите любое млекопитающее, рептилию или птицу. В течение 5 минут вы должны быть этим животным, переняв его форму, движения и звуки. Вероятнее всего, одно и то же животное выберет не один участник. Не объявляйте о своем выборе. Ползайте, прыгайте, скачите и летайте, изображая это животное. Спонтанно взаимодействуйте с другими.

Подходите к заданию творчески и старайтесь выразить такие стороны своей личности, которые, может быть, нелегко выразить в вашей обычной жизни. Шумите, осознавайте чувства, возникающие у вас, будь то страх, гнев или любовь. В заключение поделитесь своими впечатлениями от опыта с остальной группой.

Упражнение «Театрализация движений».

Процедура: Участникам даются карточки, на которых написаны чувства, эмоции. Каждый из участников показывает, без слов, то, что написано на карточке. Остальные участники должны угадать, что это за чувство или эмоция и так по кругу. Участвуют все.

Упражнение «Все со всеми».

Процедура: Участники становятся в два круга – внешний и внутренний. Один из партнеров начинает спонтанно двигаться, творчески самовыражаясь, следуя своим чувствам в данный момент. Другой зеркально отражает его

движения, стараясь «вчувствоваться» в партнера через его пластику, манеру движений. Через 30 секунд участники меняются ролями (либо по хлопку). Двигаясь, относительно друг друга, все участники должны про взаимодействовать со всеми членами группы.

Свободный танец.

Цель: Упражнение дает каждому участнику возможность экспериментировать с танцевальными движениями перед другими.

Процедура: Группа садится или становится в круг. Один участник выходит в центр круга и танцует. Не заботьтесь о том, чтобы быть «хорошим» танцором. Не соревнуйтесь с другими. Двигайтесь свободно и спонтанно, следуя за своим телом. Через несколько минут закончите упражнение, сядьте и пригласите кого-нибудь заменить вас. Продолжайте так до тех пор, пока каждый желающий не использует возможность исполнить свой свободный танец. Упражнение может быть завершено участием всей группы в свободном танце.

«Зеркало».

Каждый ребенок по очереди смотрится в «зеркало» (взрослого), которое повторяет все его движения и жесты. Ребенку предлагается потанцевать, а его партнеру в паре – повторять все движения. Потом участники меняются ролями.

«Джаз Тела»

Детям предлагается танцевать под музыку, далее по команде воспитателя дети приостанавливаются и стараются заметить свои ощущения в теле (какая часть тела наиболее чувствуется, замечается; какие ощущения, как их можно описать, на что они похожи).

Ведущий обращается к детям: «Ребята, я предлагаю каждому из вас потанцевать так, как вам хочется. При этом я попрошу вас позамечать свои движения; то, как чувствует себя ваше тело в танце, отдельные его области – голова-шея; плечи; локти; кисти; бедра (таз); колени; ступни. А чтобы вы

лучше почувствовали свое тело, не отвлекались, давайте будем танцевать с закрытыми глазами, повяжите друг другу ленточки на глаза».

Идея данной техники состоит в том, чтобы научиться выделять «центры движения», это происходит попеременно с фокусировкой внимания на следующих центрах: голова-шея; плечи; локти; кисти; бедра (таз); колени; ступни. Детям важно предоставлять эту информацию в игровой форме. В конце упражнения совершается объединение всех центров в танце.

Танец-вибрация.

Музыкальное сопровождение: для первой части упражнения – музыка с быстрым ритмом, удобным для тряски, во второй части – энергичная.

Исполнение: индивидуально. Ход занятия: дети стоят в кругу с закрытыми глазами. Начинают двигаться под музыку, которая постепенно набирает свой темп (необходимо подобрать музыку с нарастающим темпом).

Ведущий обращается к детям: «Ребята, я включу музыку, а вы потанцуйте. Ваша задача – изобразить «тряску», начиная с ног, через все тело, доходя в своих движениях до плеч и головы» (ведущий показывает на своем примере). Дети танцуют. Через какое-то время ведущий предлагает детям еще увеличить амплитуду движения. Вибрация должна стать ощутимой во всем теле. Ведущий просит детей замечать, какие части тела «трясутся», а какие слабо задействованы, и тогда необходимо задействовать их в танце. Затем дети приоткрывают глаза и видят движения всех танцующих. Двигаются еще какое-то время, затем по просьбе воспитателя переходят ко второму этапу упражнения – к растяжке. Детям предлагается потянуться всем телом, при этом важно, чтобы растяжка продолжалась в одном направлении достаточно длительное время (3-4 минуты). Цикл «тряска-растяжка» повторяется несколько раз.

Заключительная стадия

7 занятие

Упражнение «Восход солнца».

Цели: Снятие напряжения и эмоционального возбуждения; установка на позитивное мышление.

Процедура: Группа садится в круг по своим местам. Звучит расслабляющая музыка. Ведущий медленно и четко проговаривает следующий текст: «Наше занятие подходит к концу. Сядьте поудобнее. Расслабьтесь. Глаза можете закрыть, а можете оставить открытыми. Попробуйте своим внутренним зрением перенестись в предрассветные секунды, когда небо становится светлее и вот-вот должно взойти солнце. Понаблюдайте вокруг. Природа, будто бы замерла в ожидании солнца. Деревья, животные, насекомые – все наполнены необыкновенной тишиной, будто бы перенеслись, в своем ожидании, в волшебную страну, между сном и реальностью, между ночью и днем, тьмой и светом. Страну, которой нет ни на одной из карт мира. Страну, где возможно все. Ждите и вы. Ждите восхода, как первую любовь, с таким же глубоким ожиданием, с такой надеждой и подъемом. Молчаливо. А теперь, позвольте солнцу взойти! Позвольте его лучам согреть вас своим теплом и светом. Сделайте глубокий вдох».

Приложение 6

Комплекс коррекционно-развивающих занятий детского тренинга

№	Название	Цель	Оборудование
Фаза знакомства			
1.	Занятие «Тайна моего имени»	Сформировать у ребёнка осознанное понимание своего имени.	Списки толкований наиболее распространенных имен мальчиков и девочек, магнитофон и кассы «звуки леса» и «звуки моря», мяч; альбом и цветные карандаши на каждого ребенка.
Фаза лабилизации			
2.	Занятие «Автопортрет»	Сформировать осознанное понимание особенностей своего характера; дать понятие, что он, как и каждый человек, уникален и неповторим	Карточки с изображением носов, глаз и лиц различных форм; несколько платков разного цвета и формы для завязывания глаз; аудиокассета с записью спокойной музыки.
3.	Занятие «Мой внутренний мир»	Сформировать понятие о своих характерных особенностях и предпочтениях.	Белые и черные кружочки; «Волшебная палочка», альбом и цветные карандаши на каждого ребенка.
4.	Занятие «Мой любимый сказочный герой»	Способствовать развитию самовыражения ребенка, учить средствами жестикюляции и мимики передавать наиболее характерные черты персонажа сказки.	Карточки с именами сказочных героев или рисунки с их изображениями (Баба-Яга, лиса Алиса, Бармалей, Буратино); альбом цветные карандаши.
5.	Занятие «Мы так похожи»	Формировать у детей чувство принадлежности к группе; развивать способность детей к эмпатии	Очки, еловая шишка; платок для завязывания глаз.
6.	Занятие «Мы такие разные»	Сформировать у детей представление о том, что все люди непохожи друг на друга; развивать восприятие образа ровесника по его внешности и индивидуальным особенностям.	Модель микрофона; поздравительная открытка, любая сюжетная картинка; каточки к игре «фотограф», картинки с изображениями людей

			загримированными лицами (грим: клоун, Пьеро, кот), листы со схематическим изображением черт лица одного и того же человека и цветные карандаши по количеству детей.
7.	Занятие «Язык жестов и движений»	Формировать у детей умение устанавливать и поддерживать контакты; учить их понимать своего собеседника по выражению его лица, жестов, движением тела.	Магнитофон и кассета с записью музыки; карточки к игре «Смелый мальчик».
8.	Занятие «Давайте жить дружно»	Формировать у детей чувство принадлежности к группе, умение устанавливать и поддерживать контакты, сотрудничать и решать конфликтные ситуации.	Магнитофон и кассета с записью песни «Настоящий друг» (слова М. Пляцковского, музыка Б. Савельева), карточки с буквами для игры «Печатная машинка».
9.	Занятие «Мальчики и девочки».	Дать детям представление о мужественности и женственности, о понимании своих возможностей при общении с партнерами противоположного пола в различных ситуациях игровой деятельности; развивать навык общения мальчиков и девочек.	Сюжетные картинки, на которых мальчики и девочки выполняют различные действия, цветные карандаши.
10.	Занятие «Радость»	Расширять представления детей об эмоции «радость»; учить понимать относительность в оценке чувств; формировать положительные эмоции, чувства через улыбку; способствовать открытому проявлению эмоций социально-приемлемыми способами (словесные, творческие, физические).	Пиктограмма «радость»; одноцветные бумажные салфетки; клубок ниток.
11.	Занятие «Удивление»	Расширять представление детей об эмоции «удивление»; учить понимать свои чувства и чувства других людей; развивать эмпатию.	Пиктограмма «удивление»; одноцветные бумажные салфетки; клубок ниток, альбомный лист, альбом; цветные карандаши.

12.	Занятие «Страх»	Расширять представление детей об эмоции «страх»; учить их понимать относительность в оценке чувств; способствовать открытому проявлению эмоций социально-бытовыми способами, способствовать снятию тревожных состояний, страхов	Пиктограмма «страх»; одноцветные бумажные салфетки; лист бумаги формата А4; листочки бумаги; цветные карандаши.
13.	Занятие «Гнев»	Расширять представление детей об эмоции «гнев»; способствовать открытому проявлению эмоций социально-приемлемыми способами снятия негативных настроений; ослаблению агрессивности; учить детей анализировать свою агрессивность и устранять ее через игру и позитивное поведение.	Пиктограмма «гнев»; одноцветные бумажные салфетки.
14.	Занятие «Горе»	Расширять представление детей об эмоции «горе»; способствовать, открытому проявлению эмоций социально-приемлемыми способами; снимать негативное настроение	Пиктограмма «горе» лист наливной бумаги формата А4; одноцветные бумажные салфетки; магнитофон и кассета с записью мелодии вальса; альбом, цветные карандаши.
15.	Занятие «Интерес»	Расширять представление детей об эмоции «интерес»; способствовать открытому проявлению эмоций социально-приемлемыми способами.	Пиктограмма «интерес»; одноцветные бумажные салфетки; Спортивная сумка; цветные карандаши, альбом.
Заключительное занятие			
16	Занятие «Мы едины»	Подведение итогов	Лист бумаги формата А3; одноцветные бумажные салфетки; магнитофон и кассета с записью мелодии вальса; альбом, цветные карандаши.