

Сборник материалов по социально-психологическому просвещению

Актуальность социально-психологического просвещения родителей, воспитывающих детей-инвалидов, обусловлена комплексом факторов, лежащих в медицинской, социальной, психологической и педагогической плоскостях. В современном мире эта тема становится все более значимой по следующим причинам:

1. Рост числа детей с инвалидностью. Современная политика государства направлена на интеграцию таких детей в обычные школы, детские сады и общественную жизнь. Однако готовность общества и самих родителей, часто остается низкой. Просвещение родителей помогает им стать активными проводниками, а не изолировать ребенка от социума.

2. Специфика психоэмоционального состояния родителей. Рождение и воспитание ребенка с особенностями развития является пролонгированной психотравмирующей ситуацией для всей семьи. Родители (особенно матери) проходят через стадии шока, отрицания, гнева, депрессии и принятия.

Многие родители «застревают» на стадиях негативных переживаний, что мешает им выстраивать эффективные отношения с ребенком и адекватно оценивать его потенциал. Психологическое просвещение необходимо для профилактики эмоционального выгорания, невротических расстройств и депрессии у родителей.

3. Смена воспитательной парадигмы. Без специальных знаний родители часто выбирают одну из двух деструктивных стратегий воспитания:

гиперопека (полное обслуживание, жалость, лишение самостоятельности), что формирует у ребенка «выученную беспомощность»;

эмоциональное отвержение или скрытая враждебность из-за несбывшихся ожиданий.

Социально-психологическое просвещение учит родителей видеть в ребенке не «диагноз», а личность, развивать его сильные стороны и формировать навыки, необходимые для максимально возможной самостоятельной жизни во взрослом возрасте.

4. Проблема социальной изоляции семьи. Семья, воспитывающая ребенка-инвалида, часто сталкивается с «социальным вакуумом»: рвутся связи с родственниками, сужается круг общения. Родители испытывают чувство стыда, вины или непонимания со стороны окружающих. Просвещение помогает родителям преодолеть изоляцию, найти таких же родителей, обменяться опытом и получить эмоциональную поддержку, что является мощным реабилитационным фактором.

5. Роль семьи в реабилитации и абилитации. Доказано, что успех реабилитации ребенка-инвалида напрямую зависит от включенности и компетентности родителей. Ребенок проводит основное время с семьей, и если родители не понимают целей занятий с психологами, дефектологами, логопедами, не закрепляют навыки дома, эффективность реабилитации резко падает.

Просвещенные родители становятся полноценными участниками реабилитационного процесса, что значительно ускоряет прогресс ребенка.

Просвещенный родитель - это главный ресурс и самый эффективный помощник для своего ребенка.

Цели: повышение психологической грамотности и социально-психологической компетенции с использованием раздаточного материала, бесед, формирование потребности на:

саморазвитие, формирование реабилитационной приверженности, повышение

мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе посредством знакомства с биографией людей с инвалидностью, достигнувших высоких результатов в различных сферах культурной, общественной, спортивной, трудовой жизни и так далее (с учетом интеллектуальной доступности материала ребенку-инвалиду);

информирование о возможностях и обучение навыкам активного участия в различных сферах социальных взаимодействий (быт, общение, учеба, трудоустройство, спортивная, культурно-досуговая самореализация и другое);

просвещение родителя (законного или уполномоченного представителя) об особенностях детского возраста и методах гармонизации детско-родительских отношений для самостоятельного использования в домашних условиях, в том числе с рекомендацией списка соответствующей литературы;

просвещение родителя (законного или уполномоченного представителя) о важности поддержания собственного психологического благополучия и качества жизни (чувство ценности собственной жизни, важность удовлетворения собственных потребностей, решение собственных психоэмоциональных проблем в противовес фокусировки активности только на заботе о ребенке с инвалидностью и другое); знакомство родителей с особенностями ребенка, его возможностями и перспективами развития;

Задачи: ознакомление с этапами развития, обучение методам реабилитации, коррекция неконструктивных установок, эмоциональная поддержка, профилактика выгорания, работа с самооценкой.

Роль родителей в формировании личности ребенка.

При оценке любой человеческой деятельности обычно исходят из некоторого идеала, нормы. В воспитательной деятельности такой абсолютной нормы не существует. Мы учимся быть родителями, так же, как учимся быть мужьями и женами, как постигаем секреты мастерства и профессионализма в любом деле.

В родительском труде, как во всяком другом, возможны и ошибки, и сомнения, и временные неудачи, поражения, которые сменяются победами. Воспитание в семье - это та же жизнь, и наше поведение и даже наши чувства к детям сложны, изменчивы и противоречивы. К тому же родители не похожи друг на друга, как не похожи один на другого дети. Отношения с ребенком, так же как и с каждым человеком, глубоко индивидуальны и неповторимы.

Родители составляют первую общественную среду ребенка. Личности родителей играют существеннейшую роль в жизни каждого человека. Не случайно, что к родителям, особенно к матери, мы мысленно обращаемся в тяжелую минуту жизни. Вместе с тем чувства, окрашивающие отношения ребенка и родителей, - это особые чувства, отличные от других эмоциональных связей. Специфика чувств, возникающих между детьми и родителями, определяется главным образом тем, что забота родителей необходима для поддержания самой жизни ребенка. А нужда в родительской любви - поистине жизненно необходимая потребность маленького человеческого существа. Любовь каждого ребенка к своим родителям беспредельна, безусловна, безгранична. Причем, если в первые годы жизни любовь к родителям обеспечивает собственную жизнь и безопасность, то по мере взросления родительская любовь все больше выполняет функцию поддержания и безопасности внутреннего, эмоционального и психологического мира человека. Родительская любовь - источник и гарантия благополучия человека, поддержания телесного и душевного здоровья.

Подчеркивание необходимости создания у ребенка уверенности в родительской любви диктуется рядом обстоятельств. Не так редки случаи, когда дети, повзрослев, расстаются с родителями. Расстаются в психологическом, душевном смысле, когда утрачиваются эмоциональные связи с самыми близкими людьми. Психологами доказано, что за трагедией подросткового алкоголизма и подростковой наркомании часто стоят не любящие своих детей родители. Главное требование к семейному воспитанию - это требование любви. Но здесь очень важно понимать, что необходимо не только любить

ребенка и руководствоваться любовью в своих повседневных заботах по уходу за ним, в своих усилиях по его воспитанию, необходимо, чтобы ребенок ощущал, чувствовал, понимал, был уверен, что его любят, был наполнен этим ощущением любви, какие бы сложности, столкновения и конфликты ни возникали в его отношениях с родителями или в отношении супругов друг с другом. Только при уверенности ребенка в родительской любви и возможно правильное формирование психического мира человека, только на основе любви можно воспитать нравственное поведение, только любовь способна научить любви.

Многие родители считают, что ни в коем случае нельзя показывать детям любовь к ним, полагая что, когда ребенок хорошо знает, что его любят, это приводит к избалованности, эгоизму, себялюбию. Нужно категорически отвергнуть это утверждение. Все эти неблагоприятные личностные черты как раз возникают при недостатке любви, когда создается некий эмоциональный дефицит, когда ребенок лишен прочного фундамента неизменной родительской привязанности. Внушение ребенку чувства, что его любят и о нем заботятся, не зависит ни от времени, которое уделяют детям родители, ни от того, воспитывается ребенок дома или с раннего возраста находится в яслях и детском саду. Не связано это и с обеспечением материальных условий, с количеством вложенных в воспитание материальных затрат. Более того, не всегда видимая заботливость иных родителей, многочисленные занятия, в которые включается по их инициативе ребенок, содействуют достижению этой самой главной воспитательной цели.

Глубокий постоянный психологический контакт с ребенком - это универсальное требование к воспитанию, которое в одинаковой степени может быть рекомендовано всем родителям, контакт необходим в воспитании каждого ребенка в любом возрасте. Именно ощущение и переживание контакта с родителями дают детям возможность почувствовать и осознать родительскую любовь, привязанность и заботу.

Контакт никогда не может возникнуть сам собой, его нужно строить даже с младенцем. Когда говорится о взаимопонимании, эмоциональном контакте между детьми и родителями, имеется в виду некий диалог, взаимодействие ребенка и взрослого друг с другом.

В помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья

Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. Проблема воспитания и развития «особого» ребенка чаще всего становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи. Дети с ограниченными возможностями находятся в очень сложном положении эмоционально, морально и психологически. Детям нужно учиться функционировать в быту и общаться с людьми, но из-за своих ограниченных физиологических возможностей они не могут полноценно выполнять какую-либо деятельность. На родителей таких детей, так же, ложатся большие нагрузки, в связи с деятельностью по уходу за больным ребёнком и ответственностью за его жизнь. Многочисленными исследованиями выявлено, что родители данной категории детей испытывают эмоциональное напряжение, тревогу, чувство вины, обиды, находятся в хроническом стрессовом состоянии и т.д.

Всё это влияет на отношение родителей к своим детям. Следовательно, им так же, как и их детям, нужны психологическая помощь и поддержка.

Это время боли, которую необходимо пережить, время печали, которая должна быть излита. Только пережив горе, человек способен рассмотреть ситуацию спокойно, более конструктивно подойти к решению своей проблемы.

Зачастую родители, испытывая страх за судьбу малыша, передают его ребенку. Интуитивно чувствуя постоянное напряжение взрослых, детки приобретают черты нервозности, издерганности. Мучительные сомнения многих пап и мам о том, знает ли ребенок о своей болезни и о том, насколько она тяжела, напрасны. Действительно, слово «инвалид» ничего не добавляет к ежедневным ощущениям и переживаниям ребят. От

понимания своего статуса им не становится ни лучше, ни хуже.

Оптимальным может считаться такое поведение взрослых, которое позволяет детям-инвалидам быстрее адаптироваться к своему положению, приобрести черты, компенсирующие их состояние. Эгоистическая любовь родителей, стремящихся оградить своих сыновей и дочерей от всех возможных трудностей, мешает их нормальному развитию. Дети-инвалиды остро нуждаются в родительской любви, но не любви-жалости, а любви альтруистической, учитывающей интересы ребенка, просто потому, что ребенок есть, такой – какой есть. Малышу предстоит дальнейшая не самая легкая жизнь, и, чем более самостоятельным и независимым он будет, тем легче сможет перенести все трудности и невзгоды. Дети, о которых идет речь, нуждаются не в запретах, а в стимуляции приспособительной активности, познании своих скрытых возможностей, развитии специальных умений и навыков. Конечно, закрывать глаза на то, что малыш серьезно болен, нельзя. При этом и постоянно держать его под стеклянным колпаком тоже не годится. Чем меньше внимание больного будет сконцентрировано на нем самом, тем больше вероятность и успешность взаимодействия его с окружающими. Если родителям удастся научить ребенка думать не только о себе, то судьба его сложится гораздо более счастливо.

Что касается самих родителей – не забывайте о себе! Деперссия - нередкий спутник родителей больного ребенка. Механизмом запуска для нее может послужить и длительное ожидание диагноза, и ненадежность, невнимание близких и друзей в тяжелое время, и отчаяние в глазах ребенка, и бессонные ночи. На фоне постоянной, хронической усталости и недосыпания, достаточно мелочи, чтобы спровоцировать нервный срыв. Но ведь малышу вы нужны сильными, бодрыми, уверенными. Поэтому, необходимо научиться справляться и с этим. Из лекарств подойдут валериана и успокоительные травяные сборы, например шишки хмеля, пустырник, мята и валериана, о чем желательно проконсультироваться с врачами. Если врач все же пропишет антидепрессанты, не забудьте, что это временная мера! Психологическая поддержка может оказаться для вас одной из важных процедур на пути адаптации, как вас, так и вашего ребенка.

Очень важно найти того, кто сможет помочь вам, хотя бы на время, или просто даст выспаться. Преодолеть сложный период может социальный работник, психолог или те родители, у которых ребёнок с похожим отклонением в развитии, и они успешно преодолели трудный период. Необходимо иметь возможность поделиться своими переживаниями, услышать слова поддержки. Помогая друг другу, родители забывают о своём горе, не замыкаются в нём, таким образом, находят более конструктивное решение своей проблемы. Видя вас бодрыми, веселыми, верящими в лучшее, малыш станет чаще улыбаться и тем самым приближать свое выздоровление.

Не лишайте себя жизни, удовольствий и интересных событий. Что-то вы можете делать вместе с ребенком, но у вас обязательно должна быть и собственная жизнь. Слепая жертвенность не принесет пользы ни ребенку, ни вам. Если вы будете удовлетворены жизнью, вы несравнимо больше сможете дать и нуждающемуся в вас маленькому человеку.

Восемь принципов, на которых базируется не только инклюзивное образование, но и образование в целом: ценность человека не зависит от его способностей и достижений; каждый человек способен чувствовать и думать; каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным; разнообразие усиливает все стороны жизни человека; подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений; все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников; для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут; все люди нуждаются друг в друге.

1. Не считайте обращение к специалисту (неврологу, психиатру или психологу) «клеямом на всю жизнь», не настраивайтесь негативно, если такую консультацию вам предложат воспитатели или учителя. Невозможно помочь детям, не понимая, в чем причина их проблем.

2. Обеспечьте ребенку как можно больше впечатлений, систематически знакомьте его с окружающим миром.

3. Не ругайте детей, если они неловки, недостаточно сообразительны. Надо помнить, что критика только снижает и без того невысокую самооценку.

4. Не фиксируйте внимание ребенка на оценке и тем более не наказывайте за то, что «педагог жалуется». Постарайтесь наладить контакт с педагогом, расскажите ему об особенностях сына (дочери), попытайтесь разработать совместную стратегию обучения.

5. Не оценивайте неудачи ребенка как проявление лени или «плохого» характера, не стремитесь к тому, чтобы он соответствовал «нормальным», на ваш взгляд, критериям.

6. Внимательно относитесь к жалобам детей на головную боль, усталость, плохое самочувствие, ведь в большинстве случаев это объективные показатели затруднений, испытываемых ребенком в процессе обучения.

Чтобы не «раствориться» в ребенке-инвалиде и сохранить семью, важно установить четкие границы, заботиться о собственных потребностях, поддерживать отношения между всеми членами семьи и использовать профессиональную поддержку. Это поможет сохранить эмоциональное равновесие, укрепить семейные узы и эффективно участвовать в развитии ребенка.

Установите психологические границы

Психологические границы позволяют отделить «свое» от «чужого», понять себя и взаимодействовать с окружающим миром. Для родителей ребенка с ОВЗ это означает:

Не берите на себя всю ответственность за жизнь ребенка

Позвольте ему участвовать в решении задач по мере возможностей. Поощряйте самостоятельность в действиях и принятии решений.

Не жертвуйте своей жизнью ради ребенка

Организируйте быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя «жертвой», отказываясь от личной жизни, интересов, общения с другими людьми.

Уважайте свои потребности

Помните, что вы—отдельный человек со своими желаниями и потребностями. Не стоит подавлять их ради ребенка.

Заботьтесь о себе

Забота о собственном благополучии—не эгоизм, а необходимость.

Найдите время для отдыха и восстановления

Усталость и эмоциональное истощение снижают способность эффективно помогать ребенку. Регулярно высыпайтесь, занимайтесь физической активностью, делайте то, что приносит радость.

Не отказывайтесь от встреч с друзьями, приглашайте их в гости

Общение с другими людьми помогает не чувствовать себя изолированным, снижает стресс.

Следите за своей внешностью и поведением

Ребенок должен гордиться вами.

Используйте «тайм-ауты»

Периодически уделяйте время только себе: читайте, слушайте музыку, гуляйте, занимайтесь хобби. Это поможет «перезагрузиться».

Сохраняйте отношения в семье

Не игнорируйте партнера. Обсуждайте с супругом/супругой проблемы, делитесь

переживаниями, ищите совместные решения. Важно поддерживать эмоциональную связь и не допускать отчуждения.

Уделяйте внимание другим детям в семье (если они есть). Не позволяйте ребёнку с ОВЗ стать центром всей семейной жизни—это может привести к конфликтам и обидам.

Стройте отношения на уважении и равноправии

Каждый член семьи имеет право на свои потребности, интересы и личное пространство. Избегайте гиперопеки и эмоциональной холодности —стремитесь к балансу.

Обратитесь за профессиональной помощью

Работа с психологом поможет:

справиться с тревогой, чувством вины, гневом или беспомощностью;
научиться эффективным способам общения с ребёнком и партнёром;
проработать собственные травмы и страхи.

Также полезно консультироваться с педагогами, дефектологами, логопедами—они помогут выстроить грамотную стратегию развития и обучения ребёнка.

Вступайте в сообщества поддержки

Общение с другими родителями, которые сталкиваются с похожими проблемами, даёт несколько преимуществ:

снижает чувство изоляции;
позволяет перенимать опыт и делиться своим;
помогает найти эмоциональную поддержку.

Во многих центрах, которые занимаются психолого-педагогической помощью детям с ОВЗ, есть родительские группы.

Научитесь говорить «нет»

Не бойтесь отказывать ребёнку, если его требования чрезмерны. Анализируйте количество запретов: возможно, некоторые из них можно смягчить или отменить. Обсудите это с врачом или психологом.

Планируйте будущее

Помните, что когда-нибудь ребёнок повзрослеет и ему придётся жить самостоятельно. Говорите с ним о будущем, помогайте готовиться к самостоятельной жизни, даже если это кажется сложным.

Рекомендации родителям по воспитанию детей с ОВЗ и особыми образовательными потребностями

Воспитание и развитие «особого» ребенка доставляет очень много переживаний родителям. Поэтому семье, где растут такие дети, может быть необходима помощь в форме рекомендаций, которые помогут решить многие практические вопросы. Обогащая себя новыми знаниями, члены семьи смогут научиться выстраивать понятную для ребенка, эффективную стратегию воспитания, позволяющую всем чувствовать себя комфортно, выбрать тот или иной вид взаимодействия с ребенком в конкретной ситуации.

Рекомендации родителям воспитывающих детей с ДЦП.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга - большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом - минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами.

Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой - она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях - кровоизлияние в мозг.

Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП. Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме.

Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни.

Итак, ДЦП - это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом

обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются следующие.

Нарушения мышечного тонуса. При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии.

Часто у детей с церебральным параличом наблюдается повышение мышечного тонуса - **спастичность**. Мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). **Ригидность** - напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы. Нарушение мышечного тонуса по типу ригидности отмечается при двойной гемиплегии.

При **гипотонии** (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движений значительно больше нормального. Гипотония особенно выражена при атонически-астатической форме ДЦП и у детей с гиперкинетической формой ДЦП на первом году жизни.

При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает **дистония** - меняющийся характер мышечного тонуса. При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

Ограничение или не возможность произвольных движений (парезы и параличи).

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений - центральным парезом.

Наличие насильственных движений.

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных двигательных актов...

Тремор - дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора). Тремор характерен для поражения мозжечковой системы. Наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП и при других формах, осложненных атактическим (мозжечковым) синдромом.

Нарушения равновесия и координации движений.

Несформированность реакций равновесия и координации **атаксия** проявляется как в статике, так и в локомоции. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. Нарушения локомоции проявляются в виде неустойчивости походки: дети ходят пошатываясь, отклоняясь в сторону, для компенсации дефекта на широко расставленных ногах. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук).

Нарушение ощущений движений.

Овладение двигательными функциями тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (стато-кинетических) рефлексов. Стато-кинетические рефлексы (установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, рефлекс Ландау, установочный цепной шейный асимметричный рефлекс и др.) обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии.

Синкинезии - это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений. Наличие патологических тонических рефлексов. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных двигательных автоматизмов, к которым и относятся **позотонические рефлексы**. Их центрами являются нижележащие спинальные и стволовые отделы головного мозга. Высшие интегративные двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга.

Выделяют пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия. Спастическая диплегия - наиболее часто встречающаяся форма ДЦП.

Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными - тоническими рефлексами. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. У 70-80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже - моторной алалии. При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства

наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы VIII вида).

Спастическая диплегия - прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций...

Двойная гемиплегия. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексy совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги (45-60%).

Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

В тяжелых случаях одностороннее ограничение спонтанных движений заметно уже в первые месяцы жизни; при легких формах симптоматика становится отчетливой к концу 1-го года, когда ребенок начинает активно манипулировать руками. Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые.

Уже в период новорожденности (от 6 до 10 мес.) паретичная рука в большей степени, чем здоровая, приведена к туловищу, кисть сжата в кулак, ограничен объем спонтанных движений. При формировании функции хватания ребенок не может большой рукой схватить игрушку, соединить кисти перед грудью, поднести пораженную руку ко

рту. Дети начинают ходить с опозданием на 1-2 года. Начиная ходить ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади («ходьба сенокосца»). Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда - укорочение пораженных конечностей. Рука обычно в большей степени отстает в росте, чем нога.

Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений.

Прогноз двигательного, развития в большинстве случаев благоприятный при своевременном начале и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

Гиперкинетическая форма ДЦП. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений - гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4-6 мес. в мышцах языка, и только к 10-18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2-3 годам жизни. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже гипотония постепенно сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2-е 4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20-25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокочастотный слух; у 10-15% отмечаются судороги.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Атонически-астатическая форма ДЦП. При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с

поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55% случаев (поданным К.А.Семеновой), помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с ДЦП имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений **познавательной деятельности** при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

2) выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20-25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме.

В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям

При всех формах церебрального паралича имеют место глубокая задержка и нарушение

развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Перцептивные расстройства у больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений - замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности - абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства **эмоционально-волевой** сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других - и виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом - реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков - реже, чем у детей с атетодными гиперкинезами.

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования **личности** при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация, и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

Итак, психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Родителям по организации жизнедеятельности и воспитанию детей с РАС

Самое важное - не маскировать диагноз за якобы «более благозвучным» и «социально приемлемым». Не убегать от проблемы и не фиксировать все внимание на негативных аспектах диагноза, таких, как: инвалидность, непонимание окружающих, конфликты в семье и прочее. Гипертрофированное представление о ребенке, как о гениальном, также вредно, как и подавленное состояние от его неуспешности.

Как можно раньше адаптировать ребенка к жизни в обществе; научить его справляться с собственными страхами; контролировать эмоции.

Необходимо без колебаний отказаться от терзающих иллюзий и выстроенных заранее планов на жизнь. Принять ребенка таким, каков он есть на самом деле. - Действовать исходя из интересов ребенка, создавая вокруг него атмосферу любви и доброжелательности, организовывая его мир до тех пор, пока он не научится делать это самостоятельно.

Помните, что аутизм - это расстройство развития ребенка, сохраняющееся на протяжении всей жизни и без вашей поддержки ребенку с аутизмом не выжить.

Способствуйте формированию коммуникативных навыков через чтение, беседы, игры.

Информируйте ребенка о трудностях, которые могут вызвать затруднения при ориентировке в пространстве.

Формируйте позитивные свойства личности, мотивацию общения, которая обеспечит успешную адаптацию.

Развивайте мимику ребенка, учите контролировать ее с помощью пения. В данном процессе мышцы лица тренируются, и человек учится ими обладать в большей мере.

Аутизм – это распространенное психическое заболевание, связанное с ослаблением или полной потерей контактов с окружающей действительностью, глубоким погружением в мир исключительно личных переживаний и потерей стремления к общению с внешним миром. Детский аутизм - это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией поведение носит полевой характер (постоянная миграция от одного предмета к другому). Эти дети мутичны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем. не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне почти или совсем не владеют навыками самообслуживания. наихудший прогноз развития В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего характеризуются возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений В поведении характерны манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. односложные речевые штампы-команды; малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут; предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью При адекватной длительной коррекции могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения

Дети III группы с аутистическим замещением окружающего характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях развернутая речь более высокий уровень когнитивного развития. менее аффективно зависимы от матери При адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе (при длительной коррекции – к массовой школе)

Дети IV группы со свертормозимостью менее глубокий аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, усиливающее социальную дезадаптацию. Развернутая, менее штампованная речь. сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. Дети часто обнаруживают парциальную одаренность. Могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Особенности познавательной сферы Структура дефекта: первичные нарушения – гиперсензитивность и слабость психического тонуса, вторичные нарушения – аутизм и аутостимуляция, третичные нарушения – истинные невротические образования

Ощущения и восприятия Повышенная сенсорная ранимость игнорирование

воздействий; человеческое лицо мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта; в реакциях на предметы – большая полярность (реакция на «новизну» резкая и продолжительная, вместе с тем повышенная чувствительность к слабым и привычным раздражителям); нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины предметного мира (важен не предмет, а его сенсорные качества), большое значение имеют тактильные и мышечные ощущения от собственного тела (аутостимуляция).

Внимание Устойчиво несколько минут, иногда и секунд. Низкий уровень активного внимания; нарушение целенаправленности и произвольности внимания; сильнейшая психическая пресыщаемость.

Память Хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний; эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего.

Воображение Богатое (патологическое). В содержании фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, просмотренные кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события патологическое фантазирование – основа для появления неадекватных страхов.

Речь и коммуникативное поведение Своеобразное отношение к речевой деятельности и своеобразие в становлении экспрессивной речи: гуление запаздывает, отсутствует или обеднено; появление фразовой речи в 2-летнем возрасте; не обращаются к языку жестов и мимики; снижена реакция на говорящего; лучше реагирует на шепотную речь; несформированность коммуникативного поведения; взгляд мимо, «сквозь» собеседника; хорошо развита «автономная» речь; среди нарушений речи возможны: эхолалии, скандированное произношение, своеобразная интонация, фонетические расстройства, нарушения голоса (с высокой тональностью в конце слов, фраз), называние себя во 2-м или 3-м лице.

Мышление и интеллект 55-60% -УО 15-20% - легкая интеллектуальная недостаточность 15-20% - нормальный интеллект трудности произвольного обучения, сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую, трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости, одаренность в отдельных областях.

Эмоционально-личностная сфера Отстает в формировании комплекс оживления, отсутствует характерное для детского возраста желание понравиться, заслужить похвалу от взрослого; снижение порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром; склонность к фиксации на неприятных впечатлениях; нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии; плохо закрепляется опыт опасного контакта с горячим и острым; привыкает к среде обитания, не умеет выделять себя из среды, остро реагирует на всяческие изменения; стереотипы (двигательные, сенсорные, поведенческие); сниженная способность к сопереживанию, не способен заражаться настроением окружающих людей.

Родителям детей с ЗПР

Задержка психического развития (ЗПР) – это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

Дети с задержкой психического развития нуждаются в специально организованном коррекционно-развивающем обучении и медицинском сопровождении. Нарушения интеллекта у детей с задержкой психического развития носят легкий характер, однако затрагивают все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь.

Какую помощь могут оказать родители, если в семье ребенок с задержкой

психического развития?

Не следует на ребенка смотреть как на маленького, беспомощного. Не рекомендуется постоянно опекать, например, собирать ему в школу портфель, контролировать каждое действие ребенка при выполнении домашних заданий. -Не подчиняйте всю жизнь в семье ребенку: за него делать все, включая и то, что без особого труда смог бы сделать он сам. Такая гиперопека детям очень вредна. Именно в простых видах деятельности, элементарных навыках самообслуживания и самоконтроля развиваются такие важные качества, как уверенность в себе, чувство ответственности, самостоятельность. Конечно, контроль необходим, но его необходимо организовывать не "над", а "рядом".

Не предъявлять завышенные требования к ребенку. Перегрузка, особенно интеллектуальная, влечет за собой не только снижение работоспособности, заторможенности в понимании ситуации, но может проявиться агрессия, срывы в поведении, резкие перепады настроения.

Для того, чтобы сохранить работоспособность такого ребенка, не нанесите учебной нагрузкой дополнительного вреда его здоровью; внимательно отнеситесь к организации его труда и отдыха.

Психологи и врачи утверждают, что перерывы во время выполнения домашнего задания крайне необходимы.

Самооценка ребенка во многом зависит от оценки окружающих его людей. Важно, чтобы ребенок верил в свои силы, испытывал состояние комфорта, защищенности, позитивного мировосприятия и интереса. Для формирования этой стороны психики ребенка с задержкой психического развития очень большое значение имеет общение. Например, задайте своему ребенку вопросы о том, что он нового узнал на уроках. Есть вопрос – есть работа мысли. Есть мысль – активизируется память. Познавательная активность, стремление к умственному труду формируются сначала на легком, доступном ребенку и в то же время интересном материале. Заинтересованность и успех не только пробуждают в ребенке веру в свои силы.

Нуждается ли ребенок с задержкой психического развития во врачебной помощи? Задержка психического развития не болезнь, а индивидуальный вариант психического развития. Но, как утверждают специалисты, в основе развития психики таких детей лежит та или иная несостоятельность структурно-функциональных мозговых систем, приобретенная в результате негрубого повреждения мозга. Поэтому обследование врачом–психоневрологом такого ребенка желательно: он может выявить признаки органической поврежденности мозга и медикаментозно воздействовать на него, может при помощи лекарств скоординировать излишнюю заторможенность или возбудимость ребенка, нормализовать сон, активизировать работу клеток головного мозга.

Не забывайте разговаривать с детьми!

Речь является одной из важнейших психических функций человека. Речевое общение создает необходимые условия для развития различных форм деятельности. Овладение ребенком речью способствует осознанию, планированию и регуляции его поведения.

Значение правильной речи огромно для каждого ребенка. Первый образец речи для ребенка – это речь его близких. Родители являются первыми учителями родного языка для своего ребенка. Без помощи родителей ребенку трудно овладеть правильной речью. С самого рождения голос матери — это путеводная нить каждого ребёнка: он успокоит, споёт колыбельную песенку, расскажет сказку на ночь, приласкает. Поэтому очень важно не просто общаться со своими детьми, но и разговаривать с ними. Однако общаясь только в домашней среде, невозможно постигнуть всю полноту человеческих отношений, ребенку необходимы контакты в детском коллективе. Этот момент, немаловажен для здоровых детей, а также имеет особое значение для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Ведь взаимоотношения со сверстниками, как правило, становятся основой для формирования дальнейших навыков общения, социализации и

интеграции.

Возрастные кризисы у детей с ограниченными возможностями здоровья

Возрастные кризисы могут протекать сложнее и длительнее, чем у типично развивающихся детей. Они часто накладываются на специфические особенности развития, сенсорные нарушения, трудности в общении и эмоциональную нестабильность. Чтобы пережить такой кризис спокойнее, важно сочетать поддержку ребёнка, работу с собственными эмоциями и профессиональную помощь.

Особенности кризисов у детей с ОВЗ:

смещение сроков. Кризисы могут начинаться позже или раньше, чем у сверстников без ОВЗ, а их продолжительность может увеличиваться;

нетипичное протекание. Проявления могут быть более острыми и драматичными, включать агрессию, замкнутость, регрессивное поведение (возвращение к более ранним формам поведения).

связь с физиологическими изменениями. В подростковом возрасте гормональные перестройки могут вызывать дополнительный стресс, особенно если ребёнок не понимает, что с ним происходит;

влияние социального окружения. Ограниченные возможности общения со сверстниками, чрезмерная опека или непонимание со стороны окружающих усугубляют кризис;

Как помочь ребёнку

1. Признайте его возраст. Даже если развитие отстаёт, важно учитывать возрастные потребности и стремления ребёнка. Например, в подростковом возрасте стоит постепенно расширять зону ответственности, давать возможность выбора в повседневных делах (одежда, хобби, занятия).

2. Объясняйте изменения. Если ребёнок способен понимать речь, старайтесь доступно объяснять физиологические и эмоциональные изменения, которые с ним происходят. Это снизит тревогу.

3. Создайте предсказуемый распорядок дня. Стабильный режим помогает снизить тревожность. Избегайте резких изменений в расписании, если это не необходимо.

4. Используйте арт- и телесно-ориентированные методы. Танцевально-двигательная терапия, костюмотерапия или тактильная нейрорелаксация (например, метод Мнуши) могут помочь выразить эмоции и снять напряжение.

5. Поддерживайте общение со сверстниками. По возможности организуйте контакты с другими детьми — это снижает чувство изоляции.

Как сохранить спокойствие родителям

1. Обратитесь к психологу. Работа со специалистом поможет справиться с тревогой, гневом или чувством беспомощности. Психолог может научить эффективным способам общения с ребёнком в кризисный период.

2. Заботьтесь о себе. Не забывайте о собственных нуждах — высыпайтесь, находите время для отдыха, общайтесь с друзьями. Эмоциональное выгорание усложняет ситуацию.

3. Найдите поддержку. Общение с другими родителями детей с ОВЗ, участие в тематических группах или клубах помогут снизить чувство одиночества и получить практические советы.

4. Используйте релаксационные техники. Дыхательные упражнения, медитация или йога могут помочь справиться со стрессом.

5. Фокусируйтесь на маленьких успехах. Отмечайте даже незначительные достижения ребёнка — это укрепит вашу веру в него и снизит тревогу.

Роль специалистов

1. Психологи и дефектологи помогут скорректировать поведение, научат ребёнка и родителей справляться с эмоциями.

2. Социальные педагоги могут организовать поддержку семьи, связать её с ресурсами и службами.

3. Логопеды и другие специалисты внесут коррективы в программу развития с учётом текущего состояния ребёнка.

Дополнительные рекомендации

1. Не сравнивайте ребёнка с другими детьми. Это усиливает стресс и снижает самооценку.

2. Избегайте чрезмерной опеки. Постепенное приучение к самостоятельности снижает риск инфантилизации в будущем.

3. Обсуждайте будущее. Даже если это сложно, важно постепенно готовить ребёнка к самостоятельной жизни, говорить о возможных профессиях, отношениях.

Каждый кризис уникален, и подход должен адаптироваться под конкретные потребности ребёнка и семьи. Главное — сохранять терпение, гибкость и помнить, что кризис — это временный этап развития.

Консультация (памятка родителям)

«Играя дома, развиваем когнитивную сферу»

В играх с песком и водой более гармонично и интенсивно развиваются все познавательные функции: восприятие, внимание, память, мышление, а также речь и мимика; совершенствуется предметно-игровая деятельность, что в дальнейшем способствует развитию сюжетно-ролевой игры и коммуникативных навыков ребёнка. Водная терапия, песочная терапия с использованием мокрого и сухого песка, обладают мощным эффектом для коррекционно-развивающей и психо-коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Работа с песком и водой избавляет от: страха ошибок, неуверенности в своих силах, сомнений, страхов, негативизма. Занятия в песке показаны детям, у которых конфликты во взаимоотношениях, обиды, неприятие себя и других. Особенно показано рисование песком детям с задержкой психического развития. Данный вид творчества стимулирует ускоренное развитие мышления и речь ребенка. При работе с песком происходит колоссальное изменение образного и образно-логического мышления ребенка.

Песок обладает свойством «заземлять» негативную психическую энергию. В песочнице создаётся дополнительный акцент на тактильную чувствительность, являющуюся основой сенсорного развития у детей с ограниченными возможностями.

Наблюдения показывают, что игры с песком позитивно влияют на эмоциональное самочувствие детей; снимают раздражительность; агрессивность; плаксивость; развивают фантазию.

Уникальность игр с водой и песком для детей трудно переоценить. Вода и песок действуют на ребенка притягивающие - успокаивается нервная система, уходит негативная психическая энергия, происходит гармонизация, профилактика и коррекция психоэмоционального состояния ребенка. Песочно-водная терапия является эффективным средством для сенсорно-моторного и общего развития детей, особенно для детей с особыми потребностями в развитии. Психика таких детей травмирована с разной степенью тяжести: страдает и когнитивная, и эмоциональная сферы, по разному снижена мелкая и крупная моторика.

Введение элементов песочной терапии и водной терапии в развивающие формы работы с детьми с ограниченными возможностями позволяют открыть новые эффективные методы и приемы разрешения сложных педагогических ситуаций. Через игру с песком и водой проигрываются жизненные ситуации, переживания и страхи, решаются проблемы общения и взаимодействия, познания и созидательного отношения к окружающему.

Арт-терапия - это метод коррекции и развития посредством художественного творчества. Это особенно актуально при работе с детьми с ограниченными возможностями. Арт-терапия становится незаменимым инструментом для исследования, развития и гармонизации в тех случаях, когда ребенок не может выразить словами свое эмоциональное состояние. Дети в большинстве случаев затрудняются объяснить словами

свои проблемы и переживания. Несловесное выражение для них более естественно.

Особенно это значимо для детей с речевыми нарушениями, т. к. их поведение более спонтанно и они менее способны к рефлексии своих действий и поступков.

Арт-терапия предоставляет ребенку возможность проигрывать, переживать, осознавать конфликтную ситуацию, какую-либо проблему наиболее удобным для психики ребенка способом. Арт-терапевтические методики позволяют погружаться в проблему на столько насколько ребенок готов к ее переживанию. Сам ребенок, как правило, даже не осознает то, что с ним происходит. Арт-терапия может применяться как индивидуально так и несколькими детьми одновременно и с родителями.

Существует **множество видов нетрадиционной техники рисования**, позволяющие развивать интеллектуальные, коммуникативные, творческие способности детей в процессе совместной деятельности.

Всем детям очень хочется **рисовать пальцами**, можно представить особенные тактильные ощущения, которые испытывает ребенок, в процессе рисования. А для некоторых детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов это не очень приятно и для них это преодоление и возможности новой деятельности.

Ради достижения изобразительных эффектов нанесением краски непосредственно ладонями и пальцами от ребенка не требуется развитой мелкой моторной координации, что очень актуально для детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов.

Монотипия - графическая техника, заключающаяся в следующем: на гладкой поверхности – стекле, пластмассовой доске, пленке, толстой глянцевой бумаге – делается рисунок гуашевой краской. Материал, на который наносится краска, не должен пропускать воду. Сверху накладывается лист бумаги и придавливается к поверхности. Получается оттиск в зеркальном отражении. Он может быть менее четким по сравнению с оригиналом, более расплывчатым, могут стереться границы между разными красками. Рисунок-оттиск получается единственным и неповторимым изображением.

Рисование на стеклянном мольберте.

В отличие от рисования по бумаге, стекло дарит новые визуальные впечатления и тактильные ощущения. Детей захватывает сам процесс рисования: гуашь (именно ее свойства лучше подходят для рисования по стеклу) скользит мягко, ее можно размазывать и кистью, и пальцами, так как она не впитывается в материал поверхности и долго не высыхает.

Детям нравится рисовать на стеклах это необычно и интересно. Прямо в процессе рисования стекло можно промыть мокрой губкой, нанести новый рисунок, снова смыть. Так и поступают реактивные и тревожные дети.

Описанный прием эффективен для профилактики и коррекции тревожности, социальных страхов и страхов, связанных с результатом деятельности («боюсь ошибиться»).

Часто случается, что кто-нибудь выливает на стекло много воды, перегоняет ее из стороны в сторону, собирает губкой, смешивает с краской и т.д. Такая манера характерна для детей, имеющих проблемы аффективно-личностного плана. Пространство активности ребенка расширяется за счет вытекания воды за пределы стекла. К тому же консистенция воды значительно отличается от краски. Меньшая плотность и текучесть увеличивают скорость манипуляций, убирают статику и конкретику изображений.

Ребенок словно не рисует, а тренируется рисовать, и соответственно, имеет право на ошибки и исправления, без болезненных переживаний о свершившемся, которое уже не изменить.

Это упражнение очень подходит детям с ограниченными возможностями и детям-инвалидам.

Раскрывает детей, «задавленных и затюканных» замечаниями взрослых, собственными не успехами, нагрузкой, непомерными требованиями. Совместное рисование на одном стекле, как проблемная ситуация, провоцирует детей устанавливать и поддерживать контакты, формировать умение действовать в конфликте, уступать или

отстаивать позиции, договариваться.

Игротерапия представляет уникальный опыт для социального и психического развития ребенка, открывая ему возможность для вступления в личную связь с окружающими детьми. Игровая деятельность активизирует формирование произвольности психических процессов, способствует развитию умственной деятельности и воображения, переходу ребенка к мышлению в плане представлений, развитию знаковой функций речи, совершенствованию опорно-двигательной и волевой активности.

Родительские установки

Установка — это своеобразное «скрытое послание» родителя ребенку, поучение. Сами родители могут не осознавать до конца глубинное содержание, которое заключено в их установке. Можно выделить ряд установок, негативно влияющих на формирование личности ребенка. В названии установки отражен скрытый глубинный смысл послания ребенку.

1. «Не живи». В бытовой речи это послание может передаваться частыми причитаниями и высказываниями следующего типа: «Глаза мои на тебя бы не смотрели», «Чтоб ты сквозь землю провалился». Расширенный вариант установки проявляется в «воспитательных» беседах родителей на следующие темы: «Сколько бед и сложностей принес ребенок своим появлением на свет», «Как тяжелы и ужасны были роды», «Воспоминания о желании прервать беременность». Ребенок может выполнять эту установку следующим способом — демонстрировать хулиганское, провокационное поведение вне дома. Ребенок специально нарывается на наказание для уменьшения тотального чувства вины. Реальное наказание служит средством для разрядки эмоционального напряжения ребенка, так как ему проще чувствовать себя виноватым перед родителями за конкретное событие, а не за факт **собственного рождения**.

2. «Не будь ребенком». В бытовой речи это может проявляться, например, следующим образом: «Тебе уже три года, а ты ведешь себя как маленький», «Скорее бы ты вырос» и т. п. Родители часто употребляют высказывания, обесценивающие любые проявления детскости, подчеркивая желательность взрослого поведения ребенка. Дети, принимающие данную установку, в будущем испытывают трудности в общении с собственными детьми, так как не способны к раскованному, игровому поведению. Скрытый смысл такой установки связан с несформированной готовностью родителей принять на себя ответственность за воспитание ребенка. Это бывает характерно для молодых инфантильных родителей.

3. «Не расти». Такая установка часто обращена к младшим или единственным детям в семье. В бытовом языке она проявляется в следующих высказываниях: «Не торопись взрослеть», «Ты еще мала, чтобы краситься». Подчеркивается прелесть раннего детства. Такую установку дают родители, которые панически боятся сексуальной зрелости своих детей (это может быть и боязнь «пустого гнезда», в которое неизбежно превращается семья при уходе взрослых детей). Скрытый смысл этой директивы состоит в следующем: «Только в случае, если ты останешься маленьким, ты сможешь получать мою поддержку». Во взрослой жизни эти дети затрудняются создавать собственную семью, а если и создают ее, то живут вместе с родителями. Такая установка, безусловно принятая ребенком, может влиять и на формирование его физического облика. Ребенок начинает отставать в росте от сверстников, демонстрируя поведение, не соответствующее его возрасту.

4. «Не думай». В обыденной жизни эта директива проявляется в следующих фразах, обращенных к ребенку: «Не бери в голову», «Не умничай», «Не рассуждай, а делай». В данной директиве содержится запрет на рассуждения, на интеллектуальную деятельность. Дети, выполняющие такую установку, во взрослом состоянии либо начинают чувствовать «пустоту в голове» при решении проблем, либо у них начинает болеть голова, либо появляется стремление «размыть» эти проблемы при помощи развлечений, алкоголя и наркотиков. Скрытый смысл такой директивы состоит в том, что родители сами боятся решать какие-то конкретные проблемы и передают детям свой

страх.

5. «Не достигай успеха». Такая директива передается в ходе воспитательных рассказов по типу: «Сами мы университетов не кончали», «У тебя ничего не получится». Родителя высмеивают планы и идеи ребенка. В итоге у него снижается самооценка («У меня ничего не получится»). Скрытый смысл установки связан с наличием у родителей бессознательной зависти к успехам детей. Во взрослой жизни эти дети могут стать трудолюбивыми и старательными людьми, но их будто преследует злой рок (например, при завершении ответственного проекта вдруг возникает некое обстоятельство или причина, разрушающие успешное начинание). «Честно» выполняя полученную установку, такой человек, пугаясь успеха, бессознательно «находит» многочисленные способы навредить делу, опаздывает на важную встречу, случайно проливает чернила на чертежи, попадает в больницу и т. п.

6. «Не будь лидером». Получая такую установку, ребенок часто слышит подобные слова: «не высовывайся», «не выделяйся», «будь как все». Родители обеспокоены чувством зависти других людей по отношению к их ребенку. Исходя из таких побуждений, они и охраняют детей. Став взрослыми, эти дети всегда ходят в подчинении, отказываются от карьеры, не стремятся доминировать в семье.

7. «Не принадлежи никому, кроме меня». Такую установку передают родители, имеющие проблемы в общении. Они видят в ребенке единственного друга. Родители всячески подчеркивают исключительность их взаимоотношений, непохожесть их семьи на другие семьи. С возрастом самооценка такого ребенка может быть адекватной, но он в любой группе будет чувствовать себя одиночкой, испытывая большие затруднения в ситуациях, предполагающих слияние с группой. В результате человек везде чувствует себя «не как все», кроме как в родительской семье.

8. «Не будь близким». Скрытый смысл данной директивы, передаваемой матерью ребенку, состоит в следующем послы: «Любая близость опасна, если это близость не со мной». В отличие от предыдущей установки, она касается запрета на контакт с близким человеком, а не с группой. Во взрослой жизни такой человек будет испытывать трудности в сексуальной сфере, бояться близости с другим человеком.

9. «Не делай». Взрослый передает ребенку послание, смысл которого сводится к следующему: «Ничего не делай сам – это опасно. За тебя все буду делать я». При такой установке активность и инициатива ребенка практически полностью блокируются. Став взрослым, человек начинает испытывать мучительные трудности в начале каждого дела. Он постоянно откладывает важные дела на «потом». Фактически люди не догадываются, что выполняют таким образом родительскую установку.

10. «Не будь собой». Такая директива может, например, базироваться на неприятии родителями пола ребенка. В высказываниях, обращенных к ребенку, и способах общения с ним, подчеркивается значимость черт, которые не свойственны этому полу. Поскольку соответствующие его полу черты отрицаются, ребенок начинает вести себя в соответствии с ожиданиями, чтобы получить родительскую любовь. В итоге у него могут быть проблемы с формированием половой идентичности, а также трудности в контактах с противоположным полом. Данная директива может проявляться и в виде указания на то, что ребенок должен быть похож на какого-то другого. Например: «Твой друг это может, а ты — нет, делай как он». Скрытый смысл директивы состоит в следующем: родители хотят манипулировать ребенком, заставляя его стремиться к недостижимому идеалу. Став взрослым, такой человек постоянно собой недоволен и считает это недовольство моральной добродетелью, а также **может испытывать зависть по отношению к другим**.

11. «Не чувствуй себя хорошо». В этой установке передается запрет на хорошее здоровье. Мать может говорить другим в присутствии ребенка: «Он у меня хоть и слабенький, но сделал...». Ребенок приучает себя к мысли, что болезнь привлекает к себе внимание, плохое самочувствие повышает ценность самого действия, то есть болезнь добавляет уважение и вызывает большее одобрение. Таким образом, ребенок в будущем

получает разрешение на то, чтобы иметь выгоды от своего заболевания. Поэтому в будущем этот ребенок либо уходит в болезнь, чтобы получать внимание от окружающих, либо симулирует болезнь для манипулирования другими людьми. Оставаясь здоровым, такой человек будет страдать ипохондрией.

12. Установка «Не чувствуй»

Вообще-то этот запрет можно разделить на две части – стыдно испытывать боль, дискомфорт и стыдно испытывать эмоции. Чаще всего под запретом оказываются эмоции гнева и страха: «Такой большой мальчик, а боишься маленькую рыбку!», «Как не стыдно плакать!», «Немедленно прекрати топать, чего ты раскричался!». Результат? Человек испытывает отрицательные эмоции, но не умеет их выпустить. Копит негатив внутри, срысывается на близких, ощущает себя «раздраженным в принципе».

Запрет испытывать неприятные физические ощущения тоже звучит знакомо: «Потерпи – пройдет», «Не сахарный – не растаешь». Взрослые, усвоившие эту установку, часто страдают психосоматическими заболеваниями – аллергией, астмой, мигренями, необъяснимыми болями. Не забывайте хвалить и поощрять ребенка! А самое главное – ЛЮБИТЕ!

Методы снятия стресса и тревоги для родителей

1. Дыхательные техники

Простые упражнения помогают быстро успокоиться в момент напряжения:

Глубокое диафрагмальное дыхание: вдох на 4 счёта → задержка на 2 счёта → выдох на 6 счетов. Повторите 5–10 раз.

Техника «10-шаговой проверки»:

перечислите 8 цветов;

назовите 7 предметов, к которым можете прикоснуться;

вспомните 6 вещей, которые делают вас счастливым;

сделайте 5 глубоких вдохов и выдохов;

назовите 4 звука, которые слышите;

вспомните 3 человека, которые вас поддерживают;

сделайте 2 глубоких вдоха и выдоха.

2. Физическая активность

Регулярные нагрузки снижают уровень кортизола (гормона стресса):

прогулки на свежем воздухе (30–60 минут);

йога или растяжка;

плавание;

домашняя зарядка или танцы под любимую музыку.

3. Психологические практики

Ведение дневника. Записывайте мысли и эмоции, чтобы проанализировать триггеры стресса и найти способы их устранения.

Медитация и осознанность (mindfulness). 10–15 минут в день: сосредоточьтесь на дыхании, ощущениях в теле, звуках вокруг. Используйте приложения для медитации (Headspace, Insight Timer).

Позитивные аффирмации. Повторяйте утверждения, укрепляющие уверенность: «Я делаю всё, что могу», «Я имею право на отдых», «Я справляюсь».

4. Социальная поддержка

Общение с близкими. Делитесь переживаниями с партнёром, родственниками, друзьями.

Группы поддержки. Присоединитесь к сообществам родителей детей с ОВЗ (онлайн или офлайн) — обмен опытом снижает чувство изоляции.

Профессиональная помощь. Консультации психолога или психотерапевта помогут проработать глубинные страхи и выработать стратегии совладания.

5. Творчество и хобби

Занятия, отвлекающие от тревожных мыслей:

рисование, лепка, рукоделие;

музыка (прослушивание или игра на инструментах);

чтение художественной литературы;

кулинария или садоводство.

6. Режим и гигиена отдыха

Сон. Стремитесь к 7–8 часам качественного сна. Ложитесь и вставайте в одно время.

Питание. Сбалансированный рацион с достаточным количеством белка, овощей и воды. Избегайте избытка кофеина и сахара.

«Тайм-ауты». Выделяйте 30–60 минут ежедневно только для себя: ванна, книга, прогулка без ребёнка.

7. Практики релаксации

Прогрессивная мышечная релаксация. Поочередно напрягайте и расслабляйте группы мышц (от стоп до лица).

Визуализация. Закройте глаза и представьте безопасное место (лес, берег моря), детально прочувствуйте звуки, запахи, ощущения.

Арт-терапия. Нарисуйте свою тревогу или стресс абстрактными линиями/цветами, затем перерисуйте в более спокойную картину.

8. Организация быта

Делегирование задач. Просите помощи у членов семьи, друзей, социальных служб (кратковременный присмотр за ребёнком— respite care).

Планирование. Составляйте реалистичный график: чередуйте дела с периодами отдыха.

Упрощение. Откажитесь от перфекционизма: «достаточно хорошо» - это нормально.

9. Телесные практики

Массаж (самомассаж шеи, плеч, кистей).

Тёплая ванна с эфирными маслами (лаванда, ромашка).

Дыхание с сопротивлением (через сжатые губы или соломинку).

10. Когнитивные техники

Разделение фактов и домыслов. Запишите тревожную мысль («Ребёнок никогда не станет самостоятельным») и найдите доказательства «за» и «против».

Фокус на контроле. Составьте список: что вы можете изменить (режим дня, терапия) и что вне контроля (диагноз). Сосредоточьтесь на первом.

Благодарность. Каждый вечер записывайте 3 вещи, за которые благодарны сегодня (даже мелочи: «кофе был вкусным», «получила поддержку от подруги»).

Тренинг эффективного взаимодействия для родителей и детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов

Цель: гармонизация отношений родителей и детей, повышение педагогической компетентности родителей, оказание помощи родителям (законным представителям) в решении вопросов социализации и адаптации детей с ограниченными возможностями, в том числе детей-инвалидов.

Задачи:

повышение жизненного тонуса родителей и детей;
обучение родителей эффективным способам взаимодействия с ребёнком;
формирование адекватной самооценки у родителей и детей;
развитие у детей навыков социального общения;
обучение родителей и детей действовать согласованно;
развитие у детей координации движений.

Оборудование: листы бумаги формата А4, художественные принадлежности (краски, фломастеры, карандаши, ручки и кисти), игрушка, маски сказочных персонажей.

Ход занятия:

Педагог: Здравствуйте, уважаемые родители. Мы пригласили Вас поучаствовать в тренинге эффективного взаимодействия. Хотим научить вас лучше понимать друг друга, радоваться совместной деятельности и успехам. Упражнения Вы будете выполнять совместно с детьми.

Упражнение «Моё имя»

Цель: создание доброжелательного микроклимата в группе.

Первый участник берет в руки медвежонка и называет себя так, как бы ему хотелось, чтобы его называли участники на протяжении всего занятия. И так все по очереди, начинает педагог.

Упражнение «Надежное плечо»

Цель: формирование чувства доверия в группе, снятие нервного напряжения.

Участникам тренинга предлагается встать в круг. Положить руки друг другу на плечи. Затем закрыть глаза и медленно раскачиваться, сначала влево, затем вправо, делать упражнение нужно аккуратно, чтобы не толкнуть своих соседей, стоящих по левую и правую стороны. В каждую сторону сделать по два-три раскачивания. Затем участники открывают глаза и улыбаются друг другу. Педагог выполняет задание вместе с участниками.

Упражнение «Мой прекрасный ребенок»

Цель: формирование у родителей положительного настроения на занятия по детско-родительским отношениям, повышение самооценки родителей, умение проявлять чувство принятия и любви к ребенку.

Каждый родитель получает чистый лист, на котором ему необходимо записать

несколько положительных характеристик своего ребенка, а затем по очереди каждый представляет своего ребенка. Начиная каждую характеристику со слов: «Мой ребенок прекрасен потому что...». После того, как каждый родитель презентует своего ребенка.

Рефлексия упражнения.

Было ли сложно отыскать положительные характеристики в своём ребенке?

Как Вы можете объяснить трудности, которые возникли во время выполнения этого упражнения?

Искренние ли Ваши характеристики, или же вы включили в список характеристики, которые Вы скорее хотели бы видеть в своём ребенке? Спасибо за ответы.

Упражнение «Портрет»

Цель: активизация эмоционально-телесных связей, релаксация.

Под приятную и спокойную музыку родитель и ребенок садятся друг напротив друга. Начинают по очереди «рисовать» лицо. Начинает взрослый, осторожно обводит черты лица ребенка сначала пальцем. Затем чистой кисточкой. Затем ребенок также «рисует» мамин (папин) портрет.

Упражнение «Свет мой зеркальце»

Цель: снять эмоциональное напряжение.

Поочередно участник тренинга выходит в центр группы и начинает показывать окружающим разного рода движения (два-три движения), остальные участники должны за ним повторять. Затем выходит следующий участник и так по очереди. Молодцы! Спасибо.

Упражнение «Игрушка»

Цель: развитие интереса друг к другу у родителей и детей.

Участникам предлагается выбрать для себя игрушку и рассказать почему он сделал такой выбор.

Упражнение «Ручки-художницы»

Цель: сплочение родителей и ребенка, раскрытие творческого потенциала, эмоциональное самораскрытие через приемы арт-терапии. **Педагог:** давайте немного пофантазируем и порисуем. Для выполнения следующего упражнения необходимо всем объединиться в пары - «мама-ребенок» или «папа-ребенок».

Каждой семейной паре предлагается сесть за один стол, родитель и ребенок получают по листу бумаги формата А4, краски, принадлежности для работы с красками. Дается тема рисунка: «Волшебная полянка». Каждая пара с помощью красок, кистей рук и пальцев (без использования кисточек) рисует волшебную полянку. После того, как все в группе закончат работу, каждая пара должна рассказать о том, что изображено на их картине. После презентации работ, идет обсуждение упражнения:

Какие ощущения пара испытала от совместной работы?

Были ли какие-то сложности во время работы?

Всем спасибо.

Упражнение «Цветок единения»

Цель: закрепление групповой работы, сплочение коллектива.

Родителям и детям предлагается сделать лепестки цветка из бумаги. Участники, приложив свои ладони на лист бумаги, обводят кисти своих рук, раскрашивают обведенную форму руки, в центре формы нужно каждому написать своё имя. Когда каждый подпишет свое имя, эти рисунки аккуратно вырезаются. Затем, совместными усилиями рисунки-ладони крепятся на лист ватмана, который заранее был закреплен на доске. На листке нарисована сердцевина цветка, к этой сердцевине крепятся ладошки, они будут импровизированными лепестками. Получился замечательный цветок.

