Российский государственный педагогический университет им.А.И. Герцена;

Институт детства, дошкольное отделение

Реферат по основам коррекционной педагогике и специальной психологии на тему:

Психолого-педагогическая помощь семьям, имеющих детей с нарушением в развитии

Выполнила:

Студентка IV курса, 1 группы

Заец О.М.

Санкт – Петербург

2009 год

**Содержание**

Введение

1. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии роль семьи в ее реализации
2. Система организации помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии
3. Подходы к организации помощи семьям, воспитывающих детей с отклонениями в развитии

Заключение

Список литературы

**Введение**

Конец XX столетия отмечен в России повышенным интересом специалистов различного профиля (социологов, демографов, экономистов, психологов, педагогов и др.) к проблемам современной семьи. Традиционно семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребенка. Внимание ученых объясняется не только профессиональной проблематикой, но свидетельствует и о наличии значительных трудностей в развитии этого социального института. Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, которым характерен высокий уровень проявления "проблемности". Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в России в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок. Практика свидетельствует о том, что в таких семьях выявляется высокий уровень потребности в оказании им помощи. По данным научного Центра здоровья детей РАМН число детей, нуждающихся в адресной помощи специалистов, уже в дошкольном возрасте варьирует от 25% до 40%, а 85% детей рождаются с недостатками развития и неблагополучным состоянием здоровья. Такие дети должны обучаться и воспитываться в специальных условиях, включая и создание адекватной микросоциальной среды в семье. Следует отметить, что часть родителей, обеспокоенная возникшими проблемами, пытается разрешить их собственными силами. Родители детей с отклонениями в развитии принимают активное участие в создании родительских ассоциаций, просветительских фондов, центров милосердия и социального партнерства (общество "Даун синдром"; "Ассоциация родителей детей с нарушениями слуха"; "Общество помощи аутичным детям "Добро" и многие другие). Однако, несмотря на значительный рост подобных негосударственных учреждений в последние годы, основная масса родителей остается безынициативной в отношении разрешения проблем своих детей. Положение семей, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, к сожалению, усугубляется тем, что своевременная поддержка и профессиональное им содействие задерживаются в связи невысокой активностью государственных структур и полным отсутствием как концептуальных подходов и теоретико-методологического обоснования психологической помощи, так и практических разработок по данному вопросу. В связи с этим особую важность приобретает проблема создания психоло – педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.

**1. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии роль семьи в ее реализации**

Одним из самых актуальных направлений специальной (коррекционной) педагогики на современном этапе как в России, так и во всем мире, является ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии.

Ранняя комплексная помощь — это новая, быстро развивающаяся область междисциплинарного знания, рассматривающая теоретические и практические основы комплексного обслуживания детей первых месяцев и лет жизни из групп медицинского, генетического и социального риска отставания в развитии.

Ранняя комплексная помощь формируется как часть системы, специального образования, призванная влиять на улучшение условий для развития детей с ограниченным потенциалом возможностей а также детей, чье развитие обусловлено действием множественных факторов риска.

От эффективной организации ранней комплексной помощи в определяющей степени зависят предупреждение инвалидности и (или) снижение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности.

Особенности развития ребенка в раннем возрасте пластичность центральной нервной системы и способность к компенсации нарушенных функций обуславливает важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии.

Ранняя комплексная помощь предполагает широкий спектр долгосрочных медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью и осуществляемых в процессе согласованной («командной») работы специалистов разного профиля.

Она представляет собой систему специально организованных мероприятий, каждый элемент которой может рассматриваться как самостоятельное направление деятельности учреждений, находящихся в ведении органов здравоохранения, образования и социальной защиты населения:

1. обнаружение младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающее единство ранней диагностики, идентификации, скрининга и направления в соответствующую территориальную службу ранней помощи;
2. определение уровня развития ребенка' и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
3. обучение и консультирование семьи;
4. оказание первичной помощи в реализации развивающих программ как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды, отвечающей особым образовательным потребностям младенца (группы развития);
5. целевая работа по развитию сенсомоторной сферы ребенка;
6. психологическая и правовая поддержка семьи;
7. ранняя плановая и (или) экстренная медицинская коррекция;
8. координация деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенка в рамках индивидуальной программы развития.

Предполагалось, что внедрение таких программ уменьшит вероятность отставания в развитии младенцев и детей раннего возраста из групп риска, повысит компетенцию членов семьи в удовлетворении их особых потребностей, уменьшит вероятность сегрегации детей (изоляция в специальных учреждениях в отрыве от семьи и общества), повысит возможность их социальной адаптации, полноценной интеграции в общество и впоследствии даст шанс к независимой самостоятельной жизни.

В процессе становления и развития западной системы ранней помощи выделились два основных направления конструирования программ.«раннего вмешательства»: психотерапевтическое и социально-педагогическое.

Раннее психотерапевтическое вмешательство направлено на создание условий: для удовлетворения особых потребностей; социально-эмоционального развития младенцев и детей раннего возраста. Концептуальная идея этого направления заключается в том, что нарушения межличностных отношений в диаде «мать -дитя» гораздо более успешно поддаются коррекции в ходе психотерапевтических сеансов, проводимых одновременно с родителями и ребенком. Наиболее известными в мировой практике являются следующие модели раннего психотерапевтического вмешательства.

Модель «Тренировка взаимодействия» (Field, 1982) направлена на качественное изменение поведения взрослого в ходе сеансов: развивающего взаимодействия в диаде «мать—дитя». Разработан набор инструкций для матери с целью углубления эмпатийных контактов с младенцем (увеличение периодов зрительных контактов «глаза в глаза», имитация поведения младенца, игры, соответствующие возрасту ребенка, и т.д.).

Модель «Руководство взаимодействием» (McDonough, 1993) направлена на "позитивное; изменение отношений взрослого к ребенку. В рамках этой модели с помощью видеотехники фиксируется поведение взрослого и ребенка в процессе игрового взаимодействия. В ходе последующего анализа отдельных фрагментов видеозаписи члены семьи могут проследить обратную связь влияния собственного поведения на поведение младенца.

Системная модель (SternrBraschweis ler-Stern, 1989) психотерапевтического раннего вмешательства представляет взаимозависимые и находящиеся в постоянном динамическом взаимодействии элементы; поведение и репрезентации; (сохранившиеся в памяти переживания, ролевые представления, влияющие на текущее взаимодействие самого младенца, родителей и психотерапевта). Психотерапевтическое воздействие на один элемент системы изменяет и трансформирует влияние по всей системе.

Во всех моделях психотерапевтического вмешательства отражены методы, способствующие нормализации семейного микроклимата, позитивному изменению отношений к ребенку, формированию социальных связей семьи.

*Равнее социально-педагогическое вмешательство* ориентировано на удовлетворение особых потребностей в образовании и социализации, младенцев и детей раннего, возраста. Результаты научных исследований в этом направлении привели к осознанию необходимости; разрабатывать программы раннего развития ориентированные не только на детей, но и на их семьи: семейно-центрированные программы раннего вмешательства. Именно семья как первичное социальное окружение ребенка является наиболее важным фактором, оказывающим решающее влияние на его развитие. Диапазон семейно-центрированного обслуживания: состоит из следующих элементов:

- информационная поддержка и помощь в выборе индивидуального образовательного маршрута с привлечением возможностей всех действующих образовательных структур как государственной, так и негосударственной систем образования; .

- разработка и реализация индивидуальных программ поддержки ребенка членов семьи, помощь в организации взаимодействия родителя и ребенка;

- реализация специальных программ для обучения родителей и включения их в коррекционно-педагогический процесс;

- обеспечение целостного мультидисциплинарного подхода к обучению и социализации ребенка на основе взаимосвязи между отдельными аспектами помощи (медицинским, психологическим, социально-бытовым, педагогическим); составляющими единый комплекс и вместе с тем являющимися самостоятельными компонентами.

Не менее важным положением семейно-центрированного подхода является командный принцип работы сотрудников службы ранней помощи. Причем родители и другие члены семьи входят, в команду специалистов раннеговмешательства как полноправные, члены и становятся центральными фигурами при реализации каждого из этапов индивидуального плана обслуживания семьи.

Одним из важных направлений раннего социально-педагогического вмешательства в западных моделях является организация лекотек (leko — игрушка) - библиотек игрушек. Лекотеки, впервые возникли в середине 60-х гг.' прошлого столетия в скандинавских странах. К 1990 г. они были организованы уже в 21 стране, а в стране —- основательнице этого движения Швеции -их было к тому времени около 75.

Концепция лекотек предполагала использование игры и игрушек для приобретения опыта семейно-соседских отношений, общения, налаживания социальных контактов семей, имеющих детей с особыми потребностями. Помещения лекотек использовались для встреч родителей объединенных общимипроблемами с профессионалами для обсуждения возможности взаимопомощи и разработки программ развития детей. Ведущий специалист лекотеки, которым обычно бывает педагог в области специального образования, организует комплексную диагноз тику с целью определения уровня развития ребенка, вместе с «командой» сотрудников разрабатывает индивидуальную программу его развития и координирует работу всех специалистов в процессе ее реализации. Он также занимается вопросами включения детей с особыми потребностями в систему дошкольного образования, организует обучение и консультирование работников детских садов в области специальной педагогики и психологии.

Большая часть лекотек в европейских странах интегрирована в крупные абилитационные центры, которые обеспечивают комплексное (медико-социально-психолого-педагогическое) обслуживание семей и детей с отклонениями в развитии. Специфической особенностью лекотек является равноправное сотрудничество профессионалов и родителей.

Опыт лекотек с убедительностью свидетельствует о том, что оптимальной ситуацией для полноценного развития ребенка является его пребывание в семье при условии, что родители активно включаются в абилитационный процесс, организуемый специалистами, в компетенцию которых, входит не только стимуляция развития ребенка в ходе специальных игр и занятий, отслеживание динамики его развития, но и целенаправленное обучение родителей способам специфического взаимодействия - с ребенком в повседневной жизни семьи. В процессе регулярных встреч в неформальной обстановке лекотек специалисты через различные формы обучения детей и родителей фиксируют значимые параметры развития ребенка, помогают создать в условиях семьи специальную развивающую среду, в случае необходимости связывают родителей с соответствующими медицинскими, образовательными учреждениями, а также корректируют систему семейных взаимоотношений. Подобный вид деятельности является инновационным для отечественной практики образования и предполагает иной тип организации коррекционно-педагогического процесса основанный на привлечении параспециалистов в лице родителей.

Основными критериями эффективной деятельности лекотек являются следующие:

1. рост востребованности услуг со стороны родителей; педагогов, детей;
2. увеличение перечня проблем, в отношении которых может оказываться квалифицированная помощь;
3. качественный рост показателей развития ребенка, независимо от степени ограничений жизнедеятельности;
4. нормализация внутрисемейных отношений;
5. расширение социальных контактов семьи
6. качественный рост компетентности родителей, педагогов и других специалистов в области решения проблем раннего детства.

Становление в нашей стране системмы ранней комплексной помощи является сегодня одним из приоритетов развития системы специального образования. Инновационный подход к формированию новой модели комплексной поддержки ребенка с отклонениями в развитии в условиях семьи предполагает активное (субъект-субъектное) взаимодействие всех ее участников (специалистов, членов семьи, самого ребенка) в абилитационном процессе.

В России имеется ряд методических разработок отечественных ученых (Е.МаМастюкова, Е.А.Стребелева, Н.Н.Печора,,Э.Л.Фрухт и др.), представляющих систему ранней диагностики и, психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. Эти разработки являются основой для практического применения в ПМС-центрах, ПМП-консультациях и службах. Теоретическую базу для этих программ составляют основополагающие работы Л.С.Выготского о значимости практической деятельности для активации мыслительных процессов. Положения его теории о «зоне актуального развития и о профилактике вторичных дефектов, «социального вывика» оказывают сегодня значительное влияние на современные исследования в той области специального образования, которая затрагивает раннюю диагностику и стимуляцию развития младенцев, и детей раннего возраста из групп медицинского, генетического и социального риска, а также имеющих врожденные дефекты развития. Эти теоретические положения лежат в основе создания методического обеспечения для работы с такими детьми.: Однако их применение ограничено отсутствием государственной целостной системы выявления, учета, ранней диагностики и комплексной ранней помощи\* В некоторых научных учреждениях Москвы и Санкт-Петербурга ведутся исследования, посвященные этой актуальной проблеме. Несколько групп специалистов в этих городах ведут работу на уровне локальных экспериментов с категорией детей раннего возраста из различных групп риска, пытаясь трансформировать западный опыт организации системы «раннего вмешательства».

В частности, в Санкт-Петербурге разработана и апробируется региональная модель ранней помощи: междисциплинарная семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования (Р.Ж.Мухамедрахимов, 1999). Эта. Программа предполагает следующие этапы обслуживания ребенка и семьи:

1. Первичное обращение в программу по направлениям из учреждений города или самостоятельно.

2. Включение семьи в число потенциальных клиентов и первый контакт.

1. Составление анамнеза и социального паспорта семьи, определение сроков проведения первого этапа диагностики уровня взаимодействия матери и ребенка.
2. Определение качества отношений и характеристик взаимодействия, заполнение опросника потребностей семьи.
3. Междисциплинарная оценка «командой» специалистов программы особых потребностей ребенка и его семьи.
4. Определение направлений и стратегии «раннего вмешательства», обсуждение длительности программы для конкретной семьи и ребенка (однократная, кратковременная, долговременная), назначение сотрудника, ответственного за ведение данной семьи и ребенка в рамках индивидуальной программы.

7. Осуществление преемственности с другими городскими образовательными программами (перевод в дошкольную группу, соответствующую возможностям данного ребенка, и т.п.).

В качестве еще одной успешно действующей в Санкт-Петербурге программы ранней помощи можно назвать деятельность негосударственного образовательного учреждения повышения квалификации — Санкт-Петербургского института раннего вмешательства (Е.В.Кожевнйкова). В рамках программ этого учреждения осуществляются проекты в области консультирования и сопровождения детей с врожденными дефектами развития, и детей из групп риска, а также их семей. Реализуются проекты, направленные на повышение квалификации специалистов и компетенции родителей. В частности, на базе Института раннего вмешательства с 1992 г. в рамках сотрудничества с отечественными и западными партнерами осуществляется проект «Развитие физической терапии в России» по разработке стандарта новой специальности «физическая терапия». - - I *а* Весомый вклад в формирование отечественного опыта разработки системы ранней помощи вносит Институт коррекционной педагогики РАО (Н.Н.Малофеев). Важнейшим направлением научных исследований института является поиск оптимальных путей реформирования системы специального образования; ее реструктуризации за Счет достраивания , отсутствующего ныне структурного элемента — системы раннего выявления и ранней комплексной помощи. Проведенные в институте исследования убедительно показывают, что удовлетворение особых образовательных потребностей в раннем возрасте способно обеспечить максимальную реализацию потенциала развития особого ребенка. Получены данные, доказывающие, что ранняя комплексная помощь открывает для значительной части детей возможность: включения- в общий образовательный поток (интегрированное обучение); что исключает необходимость дорогостоящего специального школьного образования. .

В Москве апробация различных моделей ранней помощи внедряется через развитие системы медико-психолого-педпогического патронажа и осуществляется на базе нескольких действующих неихолого-медико-социальных центров, психолого-медико-педагогических консультаций, в некоторых учреждениях здравоохранения и в негосударственных организациях и службах.

1. **Система организации помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии**

Согласно традиции, сложившейся в нашей стране, проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматриваются в большинстве случаев исключительно через призму проблем самого ребенка. Считается достаточным ограничиться методическими рекомендациями родителям по вопросам обучения и некоторыми советами, касающимися воспитания ребенка. Однако, как свидетельствует практика, такое воздействие, несмотря на старания и усилия со стороны специалистов, оказывается недостаточным, так как из поля зрения исключается один из аспектов, требующих особого внимания, а именно: родители ребенка с отклонениями в развитии. На наш взгляд/решение проблемы социальной адаптации семей данной категории, обретения ими своей "социальной ниши" следует искать в сфере реализации коррекционного воздействия не только на аномального ребенка, но и на его родителей./'

Известно, что рождение ребенка с недостатками в развитии коренным образом изменяет жизненные перспективы семьи и оказывает на ее членов (в наибольшей степени на мать ребенка) длительное психопатогенное воздействие. Глубина деформирующего воздействия подобного стресса на родителей зависит от различных причин (характера и степени отклонения в развитии ребенка, наличия внешних признаков калечества и т.д.). Одна из таких причин касается личностных особенностей самих родителей, результаты психологического изучения которых были нами частично представлены в статье "О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.

Начало изучению эмоциональных характеристик родителей больных детей было положено за рубежом. Большинство западных авторов описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей аномальных детей (В.Caldwell, S.Guze, 1960; C.Davis, 1960; B.Goldberg, 1962; O.J.J.Leeson, 1961; H.Molony, 1971; K.Stevenson, 1968 и др.). Среди рассматриваемых проблем у исследователей вызывает интерес степень выраженности и длительности эмоционального стресса, тенденция к социальной изолированности и отчужденности таких семей, проблема стабильности семьи и изменившегося социального статуса родителей (H.Stone, 1948).

В нашей стране проблемы семьи аномального ребенка рассматривались в работах Т.Г.Богдановой, Н.В.Мазуровой (1998), В.А.Вишневского (1984, 1985, 1987), Б.А.Воскресенского (1975, 1976, 1979, 1985), Т.А.Добровольской (1989, 1991); А.И.Захарова (1974, 1982, 1988), И.Ю.Левченко (1984, 1986, 1989, 1991), Р.Ф.Майрамяна (1974, 1975, 1976, 1977, 1985), И.И.Мамайчук, В.Л.Мартынова, Г.В.Пятаковой (1989), Е.М.Мастюковой (1981,1990, 1991, 1992, 1993, 1997), А.И.Раку, О.Г.Комаровой (1996) и др. Однако эти исследования ограничивались лишь констатацией необходимости разработки специальных мер, направленных на реабилитацию данной категории лиц, а в рамках коррекции, предлагалось консультирование родителей специалистами различных профилей (психологами, педагогами, врачами).

В своем исследовании Ткачева В.В. выделила три группы матерей: невротичный тип, авторитарный тип, психосоматический тип, — которым оказались свойственны специфические индивидуально-типологические характеристики. Автор выделяет наиболее типичные особенности, характерные для каждой из выделенных групп.

1.Для родительницы *невротичного типа* характерны:

Пассивная личностная позиция; оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у него, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а собственной личностной несостоятельности матери; стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами; проявление слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели; постоянный тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера. 2. Для матерей авторитарного типа характерны:

Активная жизненная позиция, стремление руководствоваться. своими собственными убеждениями, вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов), стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка; неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля над импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах; холодность или отстраненность от проблем ребенка при установлении с ним контакта;

неравномерный характер применения воспитательных мер: довольно частое использование жестких форм наказания (окрик, подавление личности, избиение).

3.Для матерей *психосоматического типа* характерны черты как первой, так и второй групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то безудержная радость, то глубочайшая депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в большей степени прослеживается тенденция к доминированию, как и у авторитарных родительниц.

Выявленная при обследовании родителей специфика личностных нарушений и определила систему мер, направленных на их коррекцию. С целью осуществления этих мер была разработана методика психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с недостатками в развитии. В методике выделяется два направления работы: педагогическое (воздействие средствами педагогики) и психокоррекционное, которое, в свою очередь, представлено индивидуальной и групповой формами.

Педагогическое направление ставит своей целью переструктурирование иерархии жизненных ценностей матери больного ребенка путем приобщения ее к работе с ребенком через возможность личного участия в его развитии. Мать больного ребенка обучается с помощью специалиста определенному набору специальных методических приемов, используемых в практике коррекционной педагогики. Достижение психотерапевтического эффекта осуществляется вследствие личного участия матери больного ребенка в его образовательно-воспитательном процессе, т.е. психологическое воздействие осуществляется средствами педагогики. Этот процесс проводится под руководством психолога с помощью педагогических и психологических средств. Реализация этой задачи предполагает проведение психологом индивидуальных занятий с ребенком, в которых участвует и его мать.

В процессе ведения занятий с больным ребенком и его матерью психолог ставит перед собой следующие цели:

1)обучение матери специальным коррекционным и методическим, приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;

2) обучение матери специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности аномального ребенка;

3) коррекция внутреннего, психологического состояния матер;

4) коррекция взаимоотношений между матерью и ее ребенком. .

Ориентируясь на эти цели, психолог решает следующие задачи:

коррекция неконструктивных форм поведения матери, таких, как агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка,: негативные, желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой, и формирование продуктивных форм взаимоотношений социуме; формирование матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенный отход от позиции, отрицающей наличие про- блем , и позиции противопоставления себя социуму и переходу в позицию взаимодействия; постепенное исключение гиперболизации проблем- ребенка, представления о бесперспективности развития ребенка; постепенное исключение ожидания чуда, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым, переориентировка матери с позиции бездействия и ожидания чуда на позицию деятельности с ребенком; коррекция взаимоотношений с ребенком (из взаимоотношений, характеризуемых как гиперопека или гипоопека, к оптимальным взаимоотношениям);

коррекция внутреннего психологического состояния матери: состояние переживания неуспеха, связанное с психофизической недостаточностью ребенка, должно постепенно перейти в понимание возможностей ребенка, в радость его "маленьких" успехов; переконструирование иерархии жизненных ценностей матери больного ребенка (ценно только то, что он есть, а не то, каков он; ценно также то, что он любит мать, а мать любит его); осуществление личностного роста матери в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания ею с помощью психолога; переход матери из позиции переживания за его недуг в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка; повышение личностной самооценки матери в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка; трансформация образовательно-воспитательного процесса, реализуемого матерью по отношению к ребенку, в психотерапевтический процесс по отношению к себе самой; созидательная деятельность матери, направленная на ее ребенка, помогает ей самой, излечивая ее от негативного воздействия психологического стресса.

Формы работы с матерями:

1.Демонстрация матери приемов работы с ребенком.

2.Конспектирование матерью уроков, проводимых психологом. Выполнение домашних заданий со своим ребенком.

3.Чтение матерью специальной литературы, рекомендованной психологом.

4. Реализация творческих замыслов матери в работе с ребенком.

В работе психолога с матерями можно выделить три этапа:

*Первый этап* направлен на привлечение матери к учебно-образовательному процессу ребенка. Психолог должен убедить мать больного ребенка в том, что именно в ней очень нуждается ее малыш, что, кроме нее, этим процессом заняться некому.

*Второй этап.* Формирование увлечения матери процессом развития ребенка. Психолог показывает матери возможность существования маленьких, но очень важных для ее ребенка достижений. Мать обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог. .

*Третий этап* характеризуется раскрытием перед матерью возможности личного поиска творческих подходов к обучению ее ребенка и личного участия в исследовании его возможностей.

Психолог проводит индивидуальные занятия с ребенком, приглашая на них также и его мать. Приобщение матери больного ребенка к такой форме деятельности направлено на нейтрализацию неконструктивных форм ее поведения. Осуществление продуктивной занятости матери позволяет ей реализовать необходимую потребность в деятельности вообще и в деятельности с ребенком в частности, а также освобождает ее от асоциальной или деформирующей психику формы миропонимания (чувства собственной вины, вины предков и т.д.), возникшей вследствие стресса.

**3. Подходы к организации помощи семьям, воспитывающих детей с отклонениями в развитии**

В настоящее время стало чрезвычайно актуальным создание широкой консультативной психолого-педагогической и медицинской помощи детям раннего возраста. Назрела необходимость в разработке новых форм взаимодействия дошкольных и специальных учреждений с семьями, самостоятельно воспитывающих детей раннего возраста.

В качестве новых форм взаимодействия семьи и детских учреждений, имеющих высококвалифицированных специалистов по раннему детству, а также в плане расширения консультативной психолого-педагогической помощи детям раннего возраста может быть предложено следующие:

1. Создание более широкой сети консультативных пунктов

Здесь родители смогут получать медицинскую и психолого-педагогическую помощь по диагностике психического развития, по содержанию и методам коррекционной работы с ребенком в семье, по вопросам воспитания и организации домашнего режима, по налаживанию взаимоотношений ребенка со взрослыми членами семьи, по установлению его контакта с другими детьми в семье и за ее пределами (в яслях, студиях, во дворе и т.п.);

1. организация групп домашнего обучения и кратковременного пребывания детей с отклонениями в развитии в специальных (коррекционных) и дошкольных учреждениях общего типа.

Группы домашнего обучения и кратковременного пребывания могут создаваться с целью максимального приближения коррекционной помощи к месту жительства ребенка, вовлечения как можно большего количества нуждающихся детей, а также для оказания своевременной психолого-педагогической поддержки семье, воспитывающей проблемного ребёнка. В Министерстве общего и профессионального образования РФ рассматривается инструктивно-методическое письмо (1997), составленное сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО (Л.И.Плаксиной, Е.А.Стребелевой, Н.Д.Шматко), в котором предлагается подобная форма коррекцйонно-воспитательной помощи проблемным детям раннего возраста.

Консультативные службы и группы кратковременного пребывания детей могут открываться при специальных (коррекционных) и учебно-воспитательных комплексах (ясли-сад, реабилитационных центрах и дошкольных эстетических и развивающих студиях, а также в детских поликлиниках. Это позволит использовать помещения данных учреждений и работающих там специалистов по раннему возрасту (в отдельных случаях можно привлекать недостающих специалистов на договорных условиях).

В раннем возрасте необходимо регулярно проводить скрининговое медико-психологическое обследование, направленное прежде всего на определение детей группы риска, в том числе детей с достаточно высоким интеллектом, которые развиваются не по стандартному варианту и не могут без специальной помощи использовать свои потенциальные возможности. Поэтому в штате даже обычных дошкольных учреждений (в том числе, яслей) желателен психолог и врач-консультант психоневролог. В штатном расписании специальных учреждений для проблемных детей помимо перечисленных специалистов также необходимо достаточное количество дошкольных дефектоло-гов широкого профиля.

1. Помощь психолога

В задачу психолога могут входить следующие направления работы: индивидуальное психологическое обследование детей, определение общего уровня психического развития, выявление структуры нарушения (т.е. выделение сохранных и формирующихся с задержкой психических функций). По результатам психологического обследования психолог совместно с педагогом или дефектологом может намечать стратегию и тактику коррекционной работы с каждым ребенком. В дальнейшем психолог наблюдает за его продвижением, выделяет те параметры психического развития, которые требуют большего внимания, участвует в разработке системы коррекционных занятий, учитывающей все индивидуальные особенности конкретного ребенка (темп психической деятельности, утомляемость, устойчивость внимания и т.п.). Особенно важна роль психолога в адаптационный период, когда резкий переход от одной системы воспитания к другой может привести ребенка к дезадаптационному стрессу. Поэтому психолог помогает дефектологу, воспитателям и родителям в, проведении наиболее сложного для ребенка начального периода пребывания в новой системе воспитания.

1. Работа дефектолога

Работа дефектолога может быть направлена на развитие крупных и мелких движений, восприятия, мышления, действий с предметами, игры, элементов творчества (конструирование, аппликация, лепка, рисование).

Для успешной и полноценной деятельности консультативных пунктов и дошкольных учреждений необходимо оснащение их мебелью, удобной и соответствующей возрасту детей; наборами специально подобранных методических пособий-игрушек, учитывающих особенности развития детей, а также необходимой множительной техникой. Набор игрушек и пособий для яслей или консультативных групп каждого профиля должен разрабатываться психологом и дефектологом с учетом возраста и характера нарушения развития детей. Наличие копировальной техники позволит обеспечить каждого родителя необходимыми методическими рекомендациями и описанием конкретных индивидуальных занятий, а также методическими материалами, текстами прочитанных лекций и т.д.

На консультативных пунктах предполагается проведение следующей работы:

* психолого-педагогические и врачебные консультации по воспитанию и обучению детей раннего возраста;
* проведение развивающих занятий (индивидуальных и в малых группах — по 2 или 3 ребенка);
* чтение лекций для родителей;
* проведение семинарских занятий, на которых обсуждаются проблемы, волнующие родителей;
* обучение родителей игровым занятиям с детьми в домашних условиях;
* демонстрация и разбор индивидуальных коррекционных занятий с обучающей целью и т.п.

**Заключение**

Таким образом, в последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян, еще недавно представлявших инвалидность лишь в медицинском аспекте, динамичный рост числа центров реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Особое внимание уделяется социальному обслуживанию детей-инвалидов, развитию социально-реабилитационных услуг. К началу 2004 года в системе органов социальной защиты населения РФ действовало 305 специализированных реабилитационных центров и 680 отделений реабилитации в качестве структурных подразделений в учреждениях социального обслуживания семьи. В рамках федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» в 2001 году свыше 60 центров реабилитации детей с ограниченными возможностями получили необходимое реабилитационное оборудование и автотранспорт.

Проблема детской инвалидности является актуальной во всем мире. Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями (ОВ) — главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации. Когда в семье есть ребёнок-инвалид, может повлиять на создание более жёсткого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих функций.

**Список литературы**

1. Морозова Е.И. Новые подходы к организации помощи семьям, воспитывающим проблемных детей раннего возраста, Дефектология №3, 1998, с 49 – 57
2. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помоши семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, Дефектология №3, 1999, с 30-36
3. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений специальной (коррекционной) педагогики, Дефектология №3, 2002