Приложение № 5

# Утверждаю

 Директор КГБУСО

«Артёмовский СРЦН»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.К. Даниленко

приказ от «16» августа 2018 г. № 241-А

Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания

«Артемовский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»

**«В кругу друзей»**

**программа подготовки наставников**

 **Артем, 2018**

**Содержание**

1. Пояснительная записка……………………………………………………………………...3
2. Блок 1 «Будущие наставники»……………………………………………………………...5
3. Блок 2 «Психолого-педагогическая копилка»…………………………………………….7
4. Блок 3 «В кругу друзей»…………………………………………………………………….9
5. Методический материал к занятиям ……………………………………………………...10
6. Приложения…………………………………………………………………………………10

Пояснительная записка

Понятие «Наставничество» в настоящее активно применяется в различных сферах жизнедеятельности человека. Классический образ наставника – это опытный специалист на производстве, задача которого передать свой опыт и помочь адаптироваться молодому сотруднику. В современном мире понятие «наставника» рассматривается более широко – это и друг для детей – сирот, находящихся в учреждениях, и старший брат для выпускников сиротских учреждений, и волонтер-доброволец для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Возрождение системы «наставничества» в образовании, производстве, социальной сфере продиктовано необходимостью индивидуального подхода к каждому. Человек, который не имеет опоры и поддержки, попадая в новую для себя обстановку, почти всегда испытывает стресс, характеризующийся тревогой, неуверенностью, страхом, тем самым дезорганизуясь и действую хаотично, затрачивая свои внутренние ресурсы на удержание душевного равновесия.В таких ситуациях всегда хочется иметь рядом человека, который направит и поддержит. Выстраивая взаимоотношения доверия и даже имея саму возможность обратиться за помощью, делают жизнь человека более гармоничной и стабильной, позволяют раскрыть потенциал, проявить свои способности.

 Дети с ограниченными возможностями здоровья и семьи их воспитывающие, являются той особой категорией людей, которые чувствуют себя наиболее уязвимыми в социуме. Получая в более достаточной степени медицинскуюпомощь, материальную поддержку от государства, такие семьи часто неуверенно чувствуют себя в обществе. Одним из механизмов снижения социальной изоляции детей с «особыми» потребностями можно назвать внедрение наставничества для семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Специалисты НКО «Старшие братья, старшие сестра» дают такое определение наставничества, наставничество это - технологияэффективнойсоциально-педагогическойработысдетьми,нуждающимисяв поддержке.

 Если задать себе вопрос, каким же должен быть наставник? Кто он? Какими качествами должен обладать? Что уметь и знать? На ум приходит образ умудренного жизнью взрослого человека. Но опыт показывает, что это не всегда так. Имея такие личностные качества как толерантность, гибкость мышления, способность к эмпатии, стрессоустойчивость - даже достаточной молодой человек может стать наставником.

Дети с ограниченными возможностями здоровья и их родители, конечно особая категория. Здесь необходимы знания об их психологии, особенностях поведения и выстраивания взаимоотношений.

С целью подготовки наставников для эффективной поддержки детей с ограниченными возможностями и их родителей разработана данная программа.

Название программы символично, т.к. задача наставников, получить в ходе реализации программы, знания и обучиться тем техникам, которые позволят стать им настоящими друзьями детям и родителям, которые особенно в этом нуждаются.

Цель: социально-психолого-педагогическая подготовка добровольцев-наставников для работы с детьми – инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья и их семьями.

Задачи:

1. Знакомство наставников с психологическими особенностями детей с ограниченными возможностями здоровья;

2. Проведение психолого-педагогического практикума по основам взаимодействия с детьми и их родителями;

3. Знакомство наставников с психологическими особенностями близких членов (родителей, бабушек, сиблингов) семьи, в которой воспитывается «особый» ребенок.

4. Анкетирование и психологическая экспресс – диагностика личностных особенностей наставников.

**Целевая группа:** взрослые люди в возрасте от 18 лет до 65лет.

Срок реализации программы: сентябрь 2018 г.

**Принципы реализации программы:**

- добровольность;

- конфиденциальность;

- гуманность;

- поддержка творческой инициативы.

**Ожидаемые результаты:**

1. формирование стойких пар «наставник-ребенок»;

2. повышение социально-психолого-педагогической компетентности наставников в вопросах взаимодействия с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями.

**Структура программы:**

|  |
| --- |
| Блок 1 «Будущие наставники» |
| Блок 2 «Психолого-педагогическая копилка» |
| Блок 3 «В кругу друзей» |

**Общий механизм реализации программы:**

**I. Подготовительный этап.**

Информирование потенциальных наставников о реализуемом проекте. Проведение первичного интервью.

**II. Деятельностный этап.**

Работа по трем блокам программы. Знакомство с наставниками, установление контакта, проведение психологической экспресс-диагностики личностных особенностей наставников, освещение теоретических аспектов работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями, заключение соглашения с наставниками. Проведение социально-психолого-педагогического практикума по вопросам взаимодействия с «особыми» детьми. Знакомство наставников с наставляемыми, проведение совместного занятия на установление контакта. Формирование пар «ребенок-наставник».

**III. Аналитический этап.**

Анализ готовности участников программы к деятельности наставника (опрос, анкетирование). Анализ фактов выхода участников из программы, отказ участвоватьв проекте.

**Блок 1 «Будущие наставники»**

**Цель данного блока –**знакомство потенциальных наставников с проектом, освещение теоретических аспектов работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями. Данный блок состоит из 3 занятий. Каждое занятия длится от 45 мин. до 1 часа.

**Структура и содержание занятий:**

1. **Занятие № 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участников проекта | Куратор проекта приветствует потенциальных наставников, рассказывает о целях программы подготовки наставников, кратко о содержании программы (цель, количество и время занятий). | 5 мин. |
| 2. | Знакомство участников между собой. | Куратор программы предлагает каждому участнику приготовить бейдж со своим именем и прикрепить его на одежду. Далее куратор приглашает участников поиграть в игру «Поменяйтесь местами те, кто…», цель которой узнать друг друга получше, снять психоэмоциональное напряжение, раскрепоститься. | 5-7 мин. |
| 3. | Презентация проекта «В кругу друзей» | Куратор демонстрирует видеопрезентацию проекта, рассказывает о мероприятиях в рамках проекта, более подробно останавливается на портрете наставника, отвечает на вопросы: «Кто такой наставник?», «Что я должен делать в роли наставника?», «Как мне подберут наставляемого?» и др. | 15-20 мин |
| 4. | Анкетирование участников проекта | Куратор предлагает участникам заполнить анкету, с целью уточнения их ожиданий от участия в проекте. | 5 мин. |
| 5. | Завершение занятия | Куратор прощается с участниками, сообщает о дате и времени следующей встречи. | 3 мин. |

1. **Занятие №2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участков занятия | Куратор приветствует участников. Кратко рассказывает о содержании занятия, озвучивает временной регламент. | 3 мин. |
| 2. | «Наши особенные наставляемые» - лекторий | Куратор рассказывает о психологических особенностях наставляемых детей, основных трудностях и проблемах в общении. | 20 мин. |
| 3. | Психолого-педагогический практикум | Куратор предлагает участникам рассмотреть и попробовать решить типичные конкретные проблемные ситуации, возникающие при взаимодействии с «особыми» детьми. Каждому участнику предлагается проблемная ситуация, на которую он должен предложить свои варианты решения, все остальные участники помогают, предлагают свои варианты, делятся опытом. | 20 мин. |
| 4. | Завершение занятия | Куратор прощается с участниками, сообщает о дате и времени следующей встречи. | 1. мин.
 |

**1. Занятие №3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участников занятия | Куратор приветствует участников. Кратко рассказывает о содержании занятия, озвучивает временной регламент. | 3 мин. |
| 2. | «Родители «особого ребенка. Особенности и проблемы» - лекторий | Куратор рассказывает о психологических особенностях родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями, основных трудностях и проблемах при установлении контакта. Раскрывает понятие «созависимости». | 20 мин. |
| 3. | Психолого-педагогический практикум | Куратор предлагает участникам рассмотреть и попробовать решить типичные конкретные проблемные ситуации, возникающие при взаимодействии с родителями «особых» детей. Каждому участнику предлагается проблемная ситуация, на которую он должен предложить свои варианты решения, все остальные участники помогают, предлагают свои варианты, делятся опытом. |  |
| 4. | Завершение занятия | Куратор прощается с участниками, сообщает о дате и времени следующей встречи. | 3 мин. |

**Блок 2 «Психолого-педагогическая копилка»**

**Цель данного блока** – познакомить наставников с психолого-педагогическими техниками и приемами работы с «особыми» детьми: арт-терапия, игровая терапия. Профилактика эмоционального выгорания наставников, обучение их навыкам саморегуляции, релаксации, работа с аффирмациями. Подбор наставляемых, формирование пар «ребенок-наставник». Данный блок состоит из двух занятий.

1. **Занятие №1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участников занятия | Куратор приветствует участников. Кратко рассказывает о содержании занятия, озвучивает временной регламент. | 3 мин. |
| 2. | «Психолого-педагогическая копилка» | Куратор знакомит участников с основными приемами арт-терапии Рассказывает о терапевтическом эффекте данных техник детей с особенностями в развитии.  | 10 мин. |
|  | Психологический практикум | Куратор предлагает участникамсамим попробовать некоторые арт-терпевтические техники Упражнение «Мандала счастья». | 20 мин |
| 3. | Завершение занятия | Куратор прощается с участниками, сообщает о дате и времени следующей встречи. | 3 мин. |

**2. Занятие №2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участников занятия | Куратор приветствует участников. Кратко рассказывает о содержании занятия, озвучивает временной регламент. | 3 мин. |
| 2. | «Позаботься о себе» - психологический практикум | Куратор рассказывает осиндроме эмоционального выгоранияи знакомит участников с техниками саморегуляции, восстановления своего психоэмоционального состояния, понятием аффирмаций. Предлагает чек-лист. | 10 мин. |
| 3. | «Калоши счастья», «Мои аффермации» | Упражнения на снятие психоэмоционального напряжения, развития позитивного мышления | 3 мин. |
| 4. | «Наставляемый» - беседа | Куратор заочно знакомит каждого наставника с наставляемым ребенком, предлагает ему в письменном виде краткую информацию о ребенке и его семье. Пары подбираются с учетом индивидуальных особенностей наставляемого и наставника. | 5 мин. |
| 5. | Завершение занятия | Куратор прощается с участниками, сообщает о дате и времени следующей встречи. | 3 мин. |

1. **Блок №3 «В кругу друзей»**

**Цель данного блока**– знакомство наставников с наставляемыми и их родителями, формирование пар «наставник-ребенок». Заключение соглашения на участие в проекте. Данный блок состоит из одного занятия, которое представляет собой общую встречу наставников с наставляемыми и их родителями. Встреча проходит в виде спортивного развлекательного мероприятия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Этапы занятия** | **Краткое содержание**  | **Временной регламент** |
| 1. | Приветствие участков занятия | Куратор приветствует участников. Кратко рассказывает о содержании встречи. | 3 мин. |
| 2. | «Первая встреча» | Куратор поочереди представляет пары друг другу. | 3 мин. |
| 3. | Заключение соглашения | Заключений соглашений с наставниками на участие в проекте. | 5 мин. |
| 4.  | «В кругу друзей» - игровой квест. | Участие пар «наставник-ребенок» в спортивно-развлекательных играх и эстафетах. | 20 – 30 мин. |
| 5. | Чаепитие «У самовара» | Совместное чаепитие, беседа, обсуждение.  | 15 мин. |
| 6. | Завершение встречи  | Участникам проекта предлагается памятка с контактами кураторов проекта, наставниками и родителями наставляемых основными направлениями деятельности в рамках проекта. | 5 мин. |

**Методический материал к занятиям**

Приложение 1 Анкета участника

Приложение 2 Что такое наставничество? (информационный материал)

Приложение 3 «Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с «особыми» потребностями - теоретический материал

Приложение 4 «Психологические особенности детей, с «Особыми» потребностями» - теоретический материал

Приложение 5 «Арт-терапия как метод психологической коррекции» (теоретически материал). Описание техники работы с мандалами, образцы мандал.

Приложение 6Синдром эмоционального выгорания и техники снижения психоэмоционального напраяжения. Описание упражнений «Калоши счастья», «Мои аффермации»

Приложение 7 Конспект спортивно- развлекательного мероприятия «В кругу друзей».

Приложение 1

**АНКЕТАУЧАСТНИКА**

**проекта индивидуального наставничества «В кругу друзей»**

*Убедительная просьба заполнить все графы анкеты, давая наиболее полные ответы на вопросы (на листе с двух сторон)*

**Общие сведения**:

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес (печатными буквами)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Образование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Какое учебное заведение закончили\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Трудоустройство**

Место работы на данный момент:

Название организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Семейное положение***(необходимое подчеркнуть*)

Женат замужем холост

**Опыт работы с детьми***(нужное подчеркнуть):*

оплачиваемая работа, волонтёрская деятельность, наличие собственных детей *(нужное подчеркнуть)*

**Почему вы хотите стать Наставником?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Какие качества Вашего характера, особенные знания, навыки и т.д., могут, по Вашему мнению, помочь становлению и развитию ребёнка с ограниченными возможностями здоровья?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Разрешаете ли Вы использовать Ваши фотографии и комментарии, сделанные в процессе Вашего участия в Проекте, на информационных носителях, с целью популяризации идеи Наставничества.**

да \_\_\_\_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Откуда Вы получили информацию о Проекте Наставничества и необходимости помощи детям с ограниченными возможностями здоровья? (необходимое подчеркнуть)**

СМИ (интернет страничка, рекламная продукция, радио, телевидение, печатные издания)

Друзья, родные, знакомые

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Спасибо за участие! Желаем успехов и надеемся на сотрудничество!***

Приложение 2

Что такое наставничество?

**Наставничество — способ передачи знаний, умений, навыков молодому человеку от более опытного и знающего, предостав­ление помощи и совета молодым людям, оказание необходимой поддержки в социализации и взрослении.**

По определению Г. Льюиса, «наставничество» — это система отноше­ний и ряд процессов, когда один человек предлагает помощь, руко­водство, совет и поддержку другому. **Целью** наставнической деятель­ности в социальной системе выступает воздействие на формирующуюся личность, направленное на ее активную соци­ализацию, продуктивное развитие, социальную адаптацию путем передачи опыта наставника наставляемому.

Программа наставничества «В кругу друзей» — это программа поддержки ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в которой у него есть человек, помогающий сформу­лировать мечту и бескорыстно поддерживающий в достижении целей.

**Кого мы ждем?**

Быть наставником — дело эмоционально непростое, требующее сил и времени. Поэтому важно, чтобы наставник действительно хотел заниматься этой деятельностью.

**Важные качества наставников:**

1. Желание участвовать в программе по поддержке другого чело­века в течение длительного времени.
2. Уважение к личности, ее способностям и праву делать свой соб­ственный выбор в жизни. Наставники не должны считать, что их собственные способы решения проблем лучше или что участни­ков нужно спасать.

Умение слушать и принимать различные точки зрения. Настав­ники часто помогают, просто слушая, задавая продуманные вопросы и давая наставляемым возможность исследовать свои собственные мысли с минимальным вмешательством.

• Умение сопереживать другому человеку. Эффективные настав­ники могут чувствовать сопереживание людям, не испытывая при этом жалости к ним. Даже не имея того же жизненного опыта, они могут сопереживать чувствам и личным проблемам подростков.

• Умение видеть решения и возможности, а также препятствия. Эффективные наставники способны реалистично оценить про­блемы, с которыми сталкиваются их наставляемые, но сохраняют оптимизм при поиске реалистичных решений.

• Гибкость и открытость. Эффективные наставники признают, что отношения требуют времени для развития, готовы уделить некоторое время тому, чтобы узнать ребенка, и даже изме­ниться под влиянием отношений.

|  |  |
| --- | --- |
| **Успешным наставником может стать тот, кто готов развивать в себе следующие качества:**  | **Не смогут стать хорошими наставниками те, кто:**  |
| Заботливый, любящий детей | Не имеют достаточно времени, чтобы после­довательно заниматься наставничеством  |
| Хороший слушатель  | Хотят заниматься настав­ничеством ради продвиже­ния по службе или повы­шения личного статуса  |
| Уравновешенный, терпеливый | С трудом меняют мнение и не желают воспринимать новые идеи  |
| Способный быть лидером  | Не обладают навыками, которые соответствуют потребностям программы  |
| Надежный, пунктуальный,толерантный |  |
| Имеющий хорошее чув­ство юмора и Четко осознающий свою роль |  |

Приложение 3

**Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с «особыми» потребностями**

**Тема: Психологические портреты родителей детей с ОВЗ и конструктивное взаимодействие в условиях реабилитации**

В условиях прохождения реабилитации ребенка с особенностями в развитии в стационарных и полустационарных условиях социального учреждения немаловажным является изучение личностных особенностей родителей. Именно личностные характеристики родителей во многом предопределяют степень социализации и адаптации ребенка, его динамики развития. Характерологические особенности родителей позволяют определить специалистам, насколько родитель обладает стрессоустойчивыми качествами, желанием принимать и выполнять рекомендации психолога по вопросам развития и социализации «особого» ребенка, стремлением взаимодействовать и доверять.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как стресс, оказывающий сильное деформирующее воздействие на психику и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада. С появлением «особого» ребенка меняется стиль внутрисемейных взаимоотношений, система отношений членов семьи с социумом, меняются ценностные ориентации и миропонимание каждого родителя. Установки супругов и их ожидания в отношении ребенка вступают в конфликт с установками социальной среды. Этот внутренний конфликт окрашивается негативными эмоциональными переживаниями, последствия которых отражаются и на физическом здоровье родителей. Ценность ребенка с особенностями в развитии может откровенно или подсознательно отвергаться родителем.

Проведенные психологические исследования (В.В. Ткачева,1999,2005) позволили выделить три психологических типа родителей, возникших в результате длительной психотравмирующей ситуации.

**Авторитарный тип.** Это родитель с активной жизненной позицией, стремится и руководствуется только своими собственными убеждениями, вопреки мнениям и советам со стороны (специалистов, родственников). Родителю, который принял «особенность» ребенка, свойственно активное стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, облегчать трудности разного характера. Такой родитель постоянно направляет свои усилия на поиски лучших врачей, больницы, методов лечения, педагога, психолога, дефектолога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Он обладает умением не замечать преграды и, как правило, оптимистичен и уверен, что когда-нибудь с его ребенком может произойти чудо. Такой психологический тип родителей часто является инициатором создания родительских ассоциаций и групп, общественных объединений. Упорно, преследуя цель оздоровления ребенка, обучения и социальной адаптации своего ребенка, таким образом, решают проблему ребенка в целом. Отрицательными свойствами данного родителя является неумение сдерживать свой гнев и раздражение, в сотрудничестве с педагогами часто импульсивны, склонны к ссорам и скандалам. Стоит отметить, что такой подход в воспитании иногда эффективен - однократно ребенок действительно может выполнить инструкцию и организоваться. Постоянное превышение реально доступного ребенку уровню взаимодействия может спровоцировать может спровоцировать возникновение новых и даже более острых поведенческих проблем: страхов, агрессии, негативизма, отрицания, что приводит к еще большему уходу от контакта и возрастанию сложности повседневной жизни в семье. Авторитарный родитель часто, не оценивая возможности ребенка реально, выдвигает к нему неадекватные требования, завышая «планку» и формируя у ребенка заниженную самооценку, психологически не принимая индивидуальность ребенка в целом.

В отношениях с данным типом родителя, следует всегда прислушиваться и придерживаться его позиции. Соблюдение доброжелательного и спокойного тона в беседе, частые встречи и консультирование позволит создать атмосферу доверия и расположения. Самыми благоприятными моментами в установлении доверительных отношений с таким родителем будет приглашение и просьба помощи в организации активных родительских встреч, на которых обязательное публичное выступление родителя «как самого бывалого». Желательно включение в попечительские советы и акции, на открытых мероприятиях предоставление публичного выступления, живой отзыв о работе учреждения и т.п. Таким родителям очень нравится, когда педагог или специалист, работающий с ребенком, указывает на успехи в течение дня и положительные моменты в поведении ребенка. Положительно относится к новым направлениям (методикам и оборудованию), способствующим развитию и интеграции ребенка в социум. В беседе с авторитарным родителем важно проявить заинтересованность и одобрение в его достаточно широких и глубоких знаниях, относительно методов воспитания, способов развития детей. У таких родителей всегда можно узнать достаточное количество информации о других специалистах и центрах, где занимаются с «особым» ребенком.

**Невротичный тип.** Данному типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которая проходит под девизом: «Ничего не поделаешь, как есть, так и есть. Каким ребенок родился, таким и будет! Не всем же быть гениями!» У данного родителя не формируется способность к принятию решения проблемы ребенка, и нет стремления к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние. Практически во всем такой родитель руководствуется правилом: пусть все идет в жизни, как идет. Часто можно услышать от родителя фразы типа: «А нам никто не говорил, что с ребенком нужно заниматься, мы ничего и не знали». В беседах об особенностях поведения ребенка часто прослеживается отрицание: «Да нет, такого не может быть, дома мы такого не замечаем за ним (ней)». Как правило, такие родители часто не соблюдают указания и рекомендации специалистов в отношении развития ребенка, им часто недоступно пониманию то, что некоторые недостатки ребенка в развитии являются вторичными, результатом уже не биологического дефекта, а их родительской отстраненности, педагогической несостоятельности. Часть родителей старается ограждать ребенка от бытовых трудностей (застегиваться, обуваться), ссылаясь на нехватку времени. Они удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что нечего от него ждать чего-то большего. В воспитательных моментах проявляется непоследовательность в использовании приемов поощрения и наказания, это объясняется слабостью характера родителя. Во взаимоотношениях с ребенком отсутствует строгость, они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают», часто их отношение к ребенку переходит в «сюсюканье». У многих родителей отмечается сниженный фон настроения, частые депрессивные состояния, тревожны в отношении нового. В свою очередь это передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротических черт характера. Будущее ребенка таким родителям кажется бесперспективным, малоинтересным, потому как своя жизнь не удалась, все воспринимается в негативных красках.

Очевидно, что в таком состоянии им трудно, особенно если это матери, воспитывающие в одиночку ребенка. Эмоционально зачастую они не могут отреагировать на реакцию ребенка, адекватно поддержать редкую инициацию контакта в социуме. Таким образом, невольно возникает «вторичная» инвалидизация ребенка, что в конечном итоге - ограничивает возможности развития «особого» ребенка. В отношениях с данным типом родителей стоит применять настойчивость и активность к вопросам вовлечения в разные мероприятия социальной направленности - Дни открытых дверей, приглашения на индивидуальные консультации, мастер-классы немногочисленного количества участвующих, направленные на исследование личностных особенностей, изучение потенциальных возможностей выхода из депрессивных состояний. Также для успешного сотрудничества будет знакомство такого родителя с одним-двумя родителями-ровесниками. Желательно вовлечение в общение в микрогруппу со старшим по возрасту родителем (бабушка). Приглашение на родительские встречи, где они уже знакомы с другими, заранее обозначив цель встречи и количество присутствующих, приглашенных. Таким родителям нравится, когда их навещают дома, с целью анкетирования, доставки благотворительных подарков. В вопросах динамики развития ребенка с таким родителем желательно не акцентировать внимание на больших достижениях и успехах ребенка, лучше говорить о постоянной твердой, постепенной динамике. Такой родитель всегда с удовольствием может принять рекомендации в письменном виде, заинтересоваться чтением специальной литературы.

**Психосоматичный тип.** Черты данного родителя - доминирование -авторитаризм, и в поведении не выносится эмоциональное реагирование на ситуацию, как у невротичного типа. В поведении проявляется нормативность. Придерживается социальным рамкам, соблюдает субординацию. Такой родитель ведет себя сдержанно, иногда замкнуто. Часто проблема ребенка скрывается внутри, не выносится напоказ. Для такого родителя характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Часто, это работающие матери со своими детьми, максимально напрягающиеся и изнуряющиеся. Они также как невротичные родители склонны гиперопекать своих детей, жалеть и делать за них все, что угодно.

Данный вид родителя, как и авторитарный, стремится найти лучших специалистов. В некоторых случаях сами родители становятся таковыми для своего ребенка, активно включаются в его жизнь, участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, даже меняют профессии и место работы в соответствии с нуждами и проблемами своего «особого» ребенка. Такие родители демонстрируют более естественный и гибкий подход к воспитанию и развитию ребенка: активный, направленный, но вместе с тем и осторожный. Родитель постоянно проявляет внимание к малейшим проявлениям активности ребенка, вместе с тем и не упускает возможности провоцировать эту возможность для ребенка - коммуникация и исследование окружающего мира. Эти родители избегают прямого давления на ребенка, но активно используют приемы непроизвольного включения его в ситуацию объединенного с взрослым внимания, например, комментирования того, что делает ребенок, эмоциональной включенности в сам процесс понимания ребенка таким какой он есть со всеми индивидуальными особенностями.

Взаимодействовать с родителями данного типа достаточно легко и эффективность рекомендаций по вопросам развития и социализации несет положительную динамику в развитии ребенка. При встрече с родителем, можно с уверенностью говорить не только о положительных моментах, но и коллегиально рассмотреть всевозможные пути негативных сторон в диагнозе ребенка, потому как этот тип родителя адекватно воспринимает сложившуюся ситуацию и будет придерживаться рекомендаций специалистов. Таких родителей легко привлекать к участию в творческих семейных конкурсах, предлагать новинки в области коррекции развития, они всегда с радостью адекватно могут публично выступить на массовых мероприятиях с целью оценивания деятельности учреждения, дать интервью.

Родителям, владеющим даром такого подхода, возможно, не всегда требуются педагогические знания специалистов, но такому родителю обязательно нужна постоянная моральная поддержка.

В мае 2018 года в нашем учреждении было проведено психологическое исследование, среди родителей, имеющих ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ с целью выявления стиля семейного воспитания. В исследовании приняли участие родители в количестве 20 человек, дети которых проходят реабилитацию в стационарных и полустационарных условиях. По результатам диагностики выявлено следующее:

Из опрошенных 20 родителей оказалось 6 родителей имеют авторитарный стиль воспитания. Как правило, данный тип родителей активный, они участвуют во многих видах мероприятий, как нашего учреждения, так и пытаются установить связи с другими учреждениями. В дальнейшем авторитарные типы родителей вовлекают и других родителей в какие-либо сообщества. Так же, как правило, эти родители не посещают только одно учреждение с целью социализации своего ребенка, они часто сотрудничают и получают услуги от других специалистов города, края, страны (если есть возможность). Стоит отметить, что данная категория родителей часто является на собрания и встречи родительского клуба, по-разному выражая свое мнение относительно вопросов развития и социализации «особенного» ребенка. По нашим наблюдениям, родитель авторитарного типа чаще встречается из полных семей, где воспитывается как минимум еще один ребенок, не имеющий отклонений в своем развитии.

Другие 6 родителей, имеющие детей-инвалидов или детей с ОВЗ, пребывающих на реабилитации в нашем учреждении, в основном, это – матери невротического типа. В основном, это семьи, где мать воспитывает ребенка-инвалида одна или с бабушкой. Данный тип родителя очень тревожен, обидчив. Любит внимание индивидуального характера, предпочитает спокойное взаимодействие, боится всего нового. По психологическому наблюдению, это скорее родители – интроверты, имеющие узкий круг знакомых и друзей, имеющие свои собственные увлечения и интересы, ограниченные домашними заботами. Часто причиной неучастия таких родителей в мероприятиях, встречах, праздниках является невозможность приехать, физическое недомогание (внешняя причина), с другой стороны - тревога и нежелание делится с другими родителями своими проблемами (внутренняя причина). Эффективным и полезным будет кооперация с родителем авторитарного типа для поднятия жизненного тонуса (совместные походы к какому-либо специалисту), привлечение к долгосрочному анкетированию, сопровождение на экскурсиях, предложенные встречи-праздники с привлечением спонсоров.

 И третий тип родителя - психосоматичный тип родителя. В результате психологического исследования выявлено 8 родителей с данным психологическим портретом в стратегии воспитания. Как правило, действительно, это родители работающие, внешне организованные и сильные духом. По внешнему виду эмоционально-стабильные, позитивные и отличающиеся логичностью суждений, умозаключений. С ними легко устанавливать доверительные отношения, рекомендации от специалистов относительно вопросов развития и социализации ребенка воспринимаются ими объективно, адекватно.

Конечно, любой родитель может опускать руки, кончаются силы и физические и моральные, бывают в их внутрисемейных отношениях и срывы и ошибки, и далеко не всегда ощущается положительная динамика в развитии ребенка, именно поэтому с семьей должны находиться компетентные специалисты, которые могли бы поддержать морально, адекватно оценить движение, приобщить к социальным формам взаимодействия, продумать дальнейшие шаги для будущего ребенка. Воспитание ребенка с особенностями в развитии - нелегкая задача. Очень важно, чтобы родители и окружающие относились естественно, каков бы ни был у ребенка диагноз. Только в атмосфере позитивного эмоционального контакта и создания доверительных отношений между родителем и специалистом возможна полноценная качественная деятельность социального учреждения.

**Феномен созависимости**

|  |
| --- |
|  |

Любая зависимость рассматривается специалистами как болезнь, нарушение нормального ритма жизни, поведения, восприятия действительности. И, что немаловажно, изменение отношений с окружающими и близкими людьми.Когда в семье находится зависимый человек (наркоман, алкоголик, игроман или неизлечимо больной человек и т.п.), он изменяет жизнь близких людей, членов семьи, тех, кому он дорог. Очень часто близкие становятся так называемыми «созависимыми». Этот термин можно применить также к близким человека, страдающего любым серьезным заболеванием.

**Созависимый человек**—     это тот,    кто позволил поведению другого
человека сильно воздействовать на себя, и кто одержим попытками контролировать поведение этого человека. Созависимые полностью поглощены управлением поведения другого человека, и делают это в ущерб собственным желаниям и потребностям. Другими словами, созависимость —  знание того, что все ваши взаимоотношения будут либо ходить бесконечно по одному и тому же кругу (или причинять вам боль), либо совсем прекратятся (принеся вам массу несчастий). Либо и то и другое вместе. Человеком, ради которого происходят такие перемены, может быть ребенок, взрослый, супруг(а), брат, сестра, бабушка или дедушка, родитель, клиент или лучший друг. Он (или она) может быть алкоголиком, наркоманом, токсикоманом, психически или физически больным человеком, страдающим различными личностными расстройствами (психопатиями).

**Созависимыми являются**:

      1) лица,  находящиеся в браке или близких отношениях с больным
химической зависимостью или с больным неизлечимым заболеванием человеком
(втом числе человек с аномальными особенностями развития и ребенок-инвалид);

     2)  лица, имеющие одного или обоих родителей,  больных химической
зависимостью;

     3)  лица,  выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

 **Реакция родителей и близких на известие о болезни ребенка
(родственника, любимого человека).**

**Отрицание**.   Обычно происходит на первом этапе, после шока, вызванного известием о том, о чем раньше не знали или не хотели верить.

**Гнев**  Вторая стадия. Может возникать на почве ощущения беспомощности,
безысходности и разочарования.

**Чувство вины или стыда** Родители начинают искать у себя те ошибки,
которые привели к болезни, наркозависимости ребенка. Их беспокоит возможное
осуждение со стороны окружающих.

**Обвинение**   Данное состояние  -      попытка переложить ответственность за состояние своего ребенка на других с целью скрыть свои  чувства.

**Гиперопека** Проявление чрезмерной заботы, помощь даже там, где она не нужна, контроль действий ребенка и в то же время потокание многим его слабостям «в целях ускорения выздоровления».  Таким образом, родители, имея самые добрые побуждения — максимально помочь больному ребенку, гиперопекая его, приносят ему зачастую непоправимый вред. Если он и так болен, допустим, химической зависимостью, то может быстро воспользоваться таким отношением родителей в своих целях, а о выздоровлении не будет и речи. Такое поведение родителей можно отчасти объяснить чувством вины перед ребенком, убеждением, что они сделали что-то не так, или же незнанием других подходов к воспитанию, а также желанием сохранить своего близкого человека, каким бы они ни был.

Другие родители,  наоборот,  занимают неоправданно жесткую позицию по отношению к зависимому ребенку. Они отгораживаются от него, предъявляют слишком жесткие требования. Родители словно забывают о том, что они с пеленок растили и воспитывала этого человека, прививая и демонстрируя ему нормы поведения, ценности, создавая в семье ту или иную эмоциональную обстановку. Своим поведением они как бы говорят: «Ты не наш, ты не с нами, мы не имеем с тобой ничего общего». Ребенок становится «плохим» по определению, связь с семьей теряется.

**Эмоциональная адаптация**   Это уровень,  к которому нужно стремиться.
Именно на этом этапе родители «умом и сердцем»  принимают болезнь своего
ребенка.

Иногда признаки созависимости могут скрываться там, где они на первый взгляд не совсем заметны. Созависимыми могут быть: выросшие  дети  алкоголиков;   люди,    находящиеся  в  тесных взаимоотношениях с эмоционально и психически больными;  хронически больными;  родители детей с нарушениями в развитии;    люди,  находящиеся в тесных взаимоотношениях с безответственными людьми;  люди с такими "помогающими"  профессиями,  как медицинские сестры, социальные работники и другие. По итогам одного из исследований среди людей, страдающих химической зависимостью, выздоравливающие алкоголики и наркоманы заметили, что они были созависимыми и, возможно, это состояние у них возникло задолго до начала химической зависимости.

Когда созависимый человек прекращает свои отношения с проблемным лицом, он часто находит другого человека с подобными проблемами и повторяет характерные для созависимости формы поведения уже с ним.  Эти механизмы поведения и преодоления трудностей, похоже,   превалируют в течение всей жизни созависимого, если человек сознательно не  изменит свое поведение.

Еще одним признаком созависимости может быть свод неписаных, молчаливых правил, которые обычно устанавливаются в семье зависимого и задают темп взаимоотношениям.   Эти правила запрещают обсуждать проблемы;  запрещают также открытое выражение чувств;  прямые,    честные коммуникации (нельзя «называть вещи своими именами»);   реалистические ожидания,   такие, как возможность быть человеку гуманным, ранимым или несовершенным;       запрещается играть,   развлекаться;  доверять другим людям и себе;     быть эгоистичным;   запрещается раскачивать хрупко сбалансированную семейную лодку,     из-за чего не допускаются изменения и духовный рост, какими бы здоровыми и полезными ни были.
Эти правила очень часто встречаются в семьях алкоголиков. Именно поэтому члены семьи, сами не имеющие алкогольной или наркотической зависимости, часто не развиваются как личности, не имеют возможности, физических и духовных сил, а также достаточных знаний, чтобы учиться, заниматься любимым делом, сделать карьеру.

**Основные характеристики созависимости**

**Низкая самооценка** —     это основная характеристика созависимых,      на
которой базируются все остальные.       Отсюда вытекает такая особенность
созависимых,  как направленность вовне. В глубине души многие
созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми (либо достаточно привлекательными, чтобы привлечь здорового партнера по отношениям),  они могут испытывать чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют себе развлечения.

Созависимые стыдятся дефекта своего ребенка (зависимости близких), но также стыдятся и самих себя. Часто именно не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание других и стать в семье незаменимыми.

**Навязчивое желание контролировать жизнь других**. Созависимые
жены, матери, сестры больных с зависимостью — это контролирующие близкие.
Они верят, что в состоянии контролировать все. Чем хаотичнее ситуация дома,
тем больше усилий они прилагают для ее контроля. Они надеются контролировать восприятие других через производимое впечатление, им кажется, что окружающие видят их семью такой, какой они ее изображают. Созависимые уверены,  что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены.

Созависимые иногда пытаются не позволять другим быть самими собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля над другими они используют разные средства  —  уговоры,  советы, угрозы, принуждение подчеркивая тем самым беспомощность окружающих ("муж,  ребенок без меня пропадет").

Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто
приводит к **депрессиям**.    Невозможность достичь цели в вопросах контроля
созависимые рассматривают как собственное поражение и утрату смысла жизни.
Повторяющиеся поражения усугубляют депрессию.

Другим исходом контролируемого поведения созависимых является
**фрустрация,  гнев**.  Боясь утратить контроль над ситуацией,  созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких, больных химической зависимостью.  Например,  увольняются с работы, перестают заниматься любимым делом, полностью живут интересами и потребностями своего ребенка.

**Желание спасти…**.  Многие созависимые нуждаются в  заботе о других, часто выбирая профессии врача,  медсестры,  воспитательницы,   психолога,  учителя. Забота о других перехлестывает разумные и нормальные рамки. Соответствующее поведение вытекает из убежденности созависимых в том, что именно они ответственны за чувства, мысли,   действия других,  за их выбор,   желания и нужды,     за их благополучие и даже за саму судьбу. Созависимые берут на себя ответственность за других, при этом часто бывают, безответственны в отношении собственного благополучия  (плохо питаются и одеваются, плохо спят, не посещают врача, не удовлетворяют собственных потребностей). В результате, спасая больного, созависимые, в основном, лишь способствуют тому, что ситуация усугубляется.    И тогда созависимые злятся, что попытка спасти и что-то сделать не удается. Желание спасти больного так велико, что созависимые делают и то, что в сущности не хотят делать. Они говорят "да" тогда, когда им хотелось бы сказать "нет", делают для близких то,  что те сами могут сделать для себя.  Созависимые больше отдают, чем получают. Такая "забота" о больном предполагает не компетентность, беспомощность и неспособность его делать то,  что делает за него созависимый близкий. Все это дает основание созависимым чувствовать себя постоянно нужными и незаменимыми.

Приложение 4

**Психологические особенности детей с «особыми» потребностями**

1. Психологические особенности детей с синдромом Дауна и проблемы взаимодействия с ними.

### Л****ичность.****

Личность, её структура, а также факторы, оказывающие влияние на формирование личности у детей с синдромом Дауна являются малоисследованной областью современных научных знаний. Можно говорить об изученности отдельных личностных черт и сфер, например, таких как саморегуляция и некоторые аспекты мотивационной сферы.
Саморегуляция у детей с синдромом Дауна развита слабо. Проблемы с саморегуляцией могут быть, предположительно связаны с проблемами в использовании речевых средств языка. В развитии способности к саморегуляции важную роль играют стратегии поведения родителей. Обнаружено, что способность детей к откладыванию наиболее  желаемой цели положительно коррелирует с поощрением матери независимости  ребенка. Матери, детей с синдромом Дауна обеспечивают менее оптимальные условия для своих детей, так как не в состоянии регулировать свое поведение, чтобы подстроиться под более медленный темп развития ребенка. Они часто берут на себя инициативу во многих жизненных ситуациях, что может быть одним из факторов  снижения   уровня мотивации достижений у детей с интеллектуальной патологией. В отличие от нормально развивающихся детей, которые получают удовлетворение от решения умеренно сложных задач, дети  с интеллектуальной патологией демонстрируют  большее удовольствия, когда достигают успеха  в решении легких задач.  Возможно, это происходит из-за того, что дети с интеллектуальной патологией  переносят много неудач, а взрослые не делают попыток повлиять на поведение ребенка, у которого таким образом не формируется  желание достижения цели ради получения подкрепления извне. Низкий уровень мотивации оказывает влияние на общее развитие детей с синдромом Дауна.

### ****Особенности познавательной сферы.****

У детей с синдромом Дауна отмечается низкий объем и слабая концентрация внимания, в силу чего они позднее, чем их сверстники без синдрома, начинают предпочитать новые стимулы давно знакомым и привычным для них, выбирая более простые из них. Таким детям легче визуально следить за объектом, нежели совершать с ним манипулятивные действия. Возможно, причиной тому выступает мышечная гипотония.  Из-за нарушений функций внимания, дети с синдромом Дауна могут хорошо различать формы и цвета, если они предъявляются последовательно, но теряют способность в ориентации, если нужно различить оба параметра.
На когнитивном уровне дети не умеют анализировать воспринимаемый ими материал, в результате для них характерно поверхностное, глобальное восприятие предмета, резкий контраст между восприятием простого и усложненного материала. Отмечается недостаток развития образного мышления — утрата, нивелирование специфических признаков. Они обращают больше внимания на детали формы, нежели на целостную конфигурацию (возникают затруднения в графическом изображении формы в рисунке, связанные с необходимостью опираться на ведущие признаки образца). Вместе с тем, обиходные, привычные для ребенка предметы воспринимаются и различаются достаточно правильно. У таких детей замечена тенденция к снижению уровня интеллектуальных способностей с возрастом, от почти близкого к норме в первые месяцы жизни до уровня заметного отставания в школьном возрасте.

К 10 – 12 годам намечается тенденция перехода к более расчлененному характеру восприятия и связи чувственно воспринимаемого признака со словом. К этому возрасту большинство детей овладевают способностью самостоятельно и правильно называть основные цветовые тона и геометрические формы. Наблюдаются существенные изменения в характеристике перцептивных действий. Более целенаправленным становится характер ориентировки в здании, который свидетельствует о наличии специфических приемов и способов умственных действий в форме примеривания, зрительного соотнесения, контроля, но модификация задания приводит к менее продуктивным способам решения. Намечается тенденция перехода к более расчлененному характеру восприятия и связи чувственно воспринимаемого признака со словом у детей с синдромом Дауна [1].
Дети 11-12 лет пытаются самостоятельно исправить ошибки  и найти верный способ решения, осуществляя контроль за результатом своей деятельности. В этом возрасте дети с синдромом Дауна чувствительны к  помощи экспериментатора.
У детей с синдромом сильно страдает механическая кратковременная память, что определяет нарушения развития тренируемых стратегий поведения.
Для них основным вариантом поведения является наблюдение и прослеживание, в то время как у здоровых — социальное поведение.

Глинис Лос (1991г.) выявил, что чтение оказывает благоприятное влияние на когнитивное развитие детей с синдромом Дауна, в частности, лучше развивается их речь и память . При этом, дети с синдромом Дауна не прогрессируют в освоении алфавита с такой скоростью, как обычные дети, несмотря на одинаковый с ними темп чтения. При обучении чтению детей с синдромом Дауна в первый период идет активное усвоение ими языка и фонетики, затем следует развитие памяти и навыки понимания речи.

При обучении чтению дети с синдромом Дауна помимо стандартных визуальных ошибок, свойственных всем детям, начинающим осваивать чтение, допускали специфические семантические ошибки. Они читают слова, иллюстрированные картинками, не обращая внимания на саму иллюстрацию. Таким образом, если у слова оказывалось несколько значений, ребенок мог произнести то, которое не соответствовало изображению. Ошибки продемонстрировали, что мозг мог пойти прямо от печати до значения, не применяя визуальное изображение слова к его разговорной форме сначала и затем получая доступ к значению. Ранее считалось, что подобные семантические ошибки наблюдались только в чтении взрослых с органическими повреждениями мозга [26]. Не смотря на это, исследователи были удивлены скоростью и точностью обучения чтению детей с синдромом Дауна.

При обучении письму детей с синдромом Дауна были замечены два интересных эффекта изучения знака. Во-первых, некоторые из детей смогли подписать правильные ответы на карточку без любого дополнительного обучения. Это было иллюстрацией того, что они способные заменить устный ответ письменным по собственной инициативе. Во-вторых, для некоторых из детей письменный ответ оказывался более легким и более быстрым способом ответа, чем речь. Отмечено, что обучение грамматике подростков с использованием письма было более эффективным, чем с использованием изображений.

Как правило, достижения людей с синдромом Дауна в области математики находятся  на более низком уровне развития, чем их успехи в овладении  грамматикой. Это может быть связано с задержкой развития речи и, следовательно, ограниченностью базового словарного запаса  для  называния и понимания количественных отношений, размера, цвета, формы предмета, которыми оперируют в начальной школе. Задержка в развитии мелкой моторики может приводить  к уменьшению  возможности манипулировать, сортировать и считать мелкие предметы.
Способность оперировать числами в возрасте 7 лет у детей  с синдромом Дауна сильно разница. Некоторые научаются оперировать числами до 5, в то время как другие   способны считать  до 100, умеют  складывать и вычитать до 10.  Начав обучение  в школе,  некоторые дети с синдромом Дауна способны считать числа   «двойками», «пятерками» и «десятками», сначала используя  механическую память.

В некоторых исследованиях  говорится об опережении развития, как навыков письма, так и математических представлений у детей, обучающихся в общеобразовательной школе по сравнению с детьми из специализированных школ.

Стоит отметить, что в возрасте 7–12 лет отмечается замедление в развитии познавательной деятельности у детей с синдромом Дауна. При наличии заинтересованности, мотивации, при использовании в обучении наглядных материалов ребенок с синдромом Дауна может достигать успехов, соответствующих уровню общеобразовательной начальной школы.
Речь является областью наиболее выраженного отставания в раннем возрасте у детей с синдромом Дауна. Она развивается более медленно, чем познавательная и двигательная активность; эта закономерность сохраняется по мере взросления ребенка. Для речи детей с синдромом Дауна характерно снижение темпа развития речи, неразборчивое произношение, отсутствие плавности речи, хриплый голос.

Возможно, что ответственность за языковую задержку можно возложить на общую задержку психического развития этих детей. Так же есть ряд причин, оказывающих влияние на развитие речи у детей с синдромом Дауна. Частые респираторные заболевания и легочные гипертензии влияют на объем выдыхаемого воздуха и частоту вибрации голосовых связок. Особенности артикуляционного аппарата – маленький рот, неправильная форма зубов, увеличенный гипотонический язык,  нарушение чувствительности языка также влияют на развитие речи.
На развитие экпрессивной и импрессивной речи влияет несформированность таких психических функций как память, внимание, мышление, воображение. Также на развитие и становление речи влияют эмоциональные факторы и факторы социального окружения (главным образом — общение с матерью). Очень немногие дети с синдромом Дауна способны  ясно, свободно и грамматически правильно владеть разговорной речью к 11-летнему возрасту.
В связи со значительной задержкой речевого развития дети вынуждены опираться на невербальные навыки, такие как жест, дольше, чем другие дети.
В целом замечено, что познавательные способности и речевое развитие женщин выше, чем у мужчин. У мужчин же чаще наблюдаются проблемы в поведении, чем у женщин.
Основными причинами нарушения двигательной сферы в школьном возрасте становятся особенности нейромоторной организации движений в сочетании со своеобразием когнитивных функций, ответственных за вариативность и точность при выполнении сложных действий. У детей отмечается нарушение координации движений: они неуклюжи, неловки, не умеют правильно соразмерять движения. В формирование произвольных движений наблюдается однообразие автоматизированных движений. С возрастом и при специальном направленном обучении проявляются положительные сдвиги в состоянии двигательных навыков: большинство детей овладевают базовыми навыками, характерными для обычных детей, хотя их действия и не столь грациозны и ловки, более сложным моторным действиям они обучаются с трудом. Формирование базовых моторных навыков продолжается у них до 3-4 лет.
На развитие навыков крупной моторики могут оказать влияние ряд заболеваний: пороки сердца, заболевания желудка и кишечника, хронические инфекционные болезни верхних дыхательных путей и ушей. С возрастом увеличивается разрыв между показателями двигательного развития детей с синдромом Дауна и двигательными навыками здоровых детей.
Потенциальные возможности детей с синдромом Дауна чрезвычайно велики, но лишь недавно научились приемам, позволяющим реализовывать их максимально полно. У большинства детей с синдромом Дауна крупная моторика может, определенно, стать одной из самых сильных сторон их развития. Часто причинами задержка развития могут быть физические особенности, а часто и заболевания, которые могут стать причиной задержки в развитии тех или иных навыков крупной моторики.
Детей с синдромом Дауна отличает ряд специфических физических особенностей.
Как отмечалось выше, им свойственна мышечная гипотония. Пониженный мышечный тонус тормозит развитие навыков, которые требуют участия соответствующих мышц. Как следствие, у детей с синдромом Дауна мышцы слабее, чем у большинства других детей. У них отмечается чрезмерная подвижность суставов. Это объясняется тем, что связки, соединяющие кости, у них менее эластичны и слабее, чем у других детей. Руки и ноги у детей с синдромом Дауна короткие, сравнительно с длиной их туловища. Ребенку труднее научиться садиться, поскольку он не может опереться на руки, пока не наклонится вперед. Эти дети склонны к полноте, что может тормозить их физическое развитие.

У детей с синдромом Дауна часто наблюдаются органические повреждения анализаторов, приводящие к снижению слуховых и зрительных функций, но эти недостатки могут быть коррегированы. Проблема заключается не столько в анализаторных нарушениях, а в неумении полноценно использовать анализаторы.

Значительное число детей младшего школьного возраста оказываются способными обслужить себя самостоятельно или с небольшой помощью. Статистические данные представлены в таб. 1

### ****Особенности психических и органических нарушений.****

Дошкольники и дети младшего школьного возраста склонны к поведенческим нарушениям (взрывчатое, импульсивное, гиперактивное и оппозиционное поведение, сопровождающееся дефицитом внимания). Они тревожны, их поведение ригидное. Наблюдается дефицит социальных связей, погруженность в себя, повторяющиеся стереотипные действия (что может говорить о наличии аутизма или расстройства развития).
Молодые люди с синдромом Дауна, а так же дети старшего школьного возраста и подростки с более развитыми вербальными и познавательными навыками обладают повышенной уязвимостью к депрессии, социальной изоляции, снижению интересов и навыков совладания с трудностями. У них наблюдается склонность к  обобщенным тревогам, обсессивно-компульсивному поведению, регрессии со снижением когнитивных и социальных навыков, сохраняется риск развития расстройствам сна и апноэ во сне.
Хотя риск развития психопатологии при синдроме Дауна ниже, чем при других интеллектуальных патологиях, все же он выше, чем при нормальном развитии.
Депрессия во взрослом возрасте свойственна индивидам с лёгкой и умеренной умственной отсталостью. Возможно, это связано с их большей чувствительностью к стрессу, а так же с трудностями в диагностике психических расстройств у людей, страдающих среднетяжелой и тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Депрессивное состояние редко выражается словами и обычно проявляется как крик, подавленное или неустойчивое настроение, отсутствием заинтересованности, мутизмом, замедленными реакциями, уменьшением аппетита, потерей веса, бессонница. Люди с синдромом Дауна редко говорят о желании покончить с собой, редко ведут самоуничижительные разговоры. Отсутствие способности к словесному выражению чувств из-за интеллектуальной недостаточности может порождать галлюцинации.
Аутичное поведение, чаще наблюдается  у людей с глубокой умственной отсталостью.
Исследования показали, что по сравнению с группой  здоровых сверстников из семей с одинаковым социально-экономическим статусом  дети с синдромом Дауна более часто демонстрируют  проблемы со сном (может предполагать расстройства сна и повышенный риск развития обструктивного апноэ сна с мягкой и умеренной остановки дыхания во время сна). При этом, мальчики с синдромом Дауна имеют значительно более частые проблемы со сном, чем  девочки. Были обнаружены устойчивые взаимосвязи между проблемами со сном и дневным поведением: ​​раздражительностью, гиперактивностью, стереотипным поведением.
Эмоциональные, поведенческие проблемы у детей, взрослых с синдромом Дауна возникают часто и не всегда из-за основного заболевания.  Все эти изменения в поведении часто вызваны наличием психосоциального или экологического стресса (заболевание, изоляции, потери ключевой фигуры привязанности; адаптацией к основным потребностям ребенка, родителям приходится преодолевать многие негативные переживания, что сказывается на взаимодействии мать-ребенок, эмоциональном состоянии ребенка). С возрастом ребенка такие переживания могут усугубляться, так как возникают новые проблемы и потребности.

Исследования эмоциональной сферы детей с синдромом Дауна показали, что дети  проявляют повышенное внимание к лицам окружающих, готовность к взаимодействию с ними и приятную манеру общения. Поэтому они способны считывать важную информацию, имеющую отношение к эмоциям взаимодействующего с ним человека. Как следствие, такой ребенок может более чутко улавливать состояние дистресса другого человека и делать больше попыток утешить его. Было отмечено, что дети с синдромом Дауна более эмпатичны в реалистических эмоционально насыщенных ситуациях. Но когда реакция требует более высокого уровня анализа происходящей ситуации, построения логических или причинно-следственных связей, у них возникает больше затруднений, чем у детей других категорий.

### ****Социальное и межличностное взаимодействие.****

Появление в семье ребенка с синдромом Дауна предает специфические особенности родительскому поведению. Многие родители не могут принять медицинский диагноз ребенка, они стараются избегать специалистов, констатирующих реальную ситуацию происходящего с ребенком. Неоднозначно отношение родителей к комплексной психолого-медико-педагогической помощи. Диапазон отношений разниться от категорического отказа от помощи, до преувеличения одной из составляющих помощи, при уничижении значимости других сторон.
Родители склонны скрывать факты проблемного развития ребенка в общении с окружающими, особенно в беседах на тему успехов и достижений ребенка (со знакомыми, специалистами и др.).
Бремя, которое несут родители, со временем ощущается ими как все более тяжелое. Предполагают, что определенный защитный эффект, о котором часто говорят применительно к восприятию родителями именно синдрома Дауна у ребенка, имеет место только в первые годы жизни ребенка.
Синдром Дауна у ребенка, несомненно, накладывает отпечаток на родительские роли.В своих детях раннего возраста папы детей с синдромом Дауна видят больше положительных черт и меньше поведенческих проблем. Детей постарше они воспринимают менее оптимистично, и принимать их становится труднее.Уровень стресса у мам и пап детей с синдромом Дауна в период младенчества ребенка в целом одинаков, но его паттерны различаются. Мамами тяжелее всего воспринимается та родительская роль, которую им нужно играть, а у пап стресс больше связан с сомнениями относительно чувства привязанности к ребенку. На состояние мам сильнее действуют проблемы поведения ребенка; на состояние пап – проблемы принятия его обществом [16].
Матери детей с синдромом Дауна часто говорят о позитивных личностных особенностях своих детей, что поддерживает и развивает связи внутри семьи и с окружающими. Отмечается также, что опыт воспитания ребенка с синдромом Дауна более «благодарный», чем в большинстве обычных случаев.В социальном плане семьи детей с синдромом Дауна характеризуются более низким качеством жизни по сравнению со среднестатистической семьей по таким параметрам, как здоровье, финансовое благополучие, социальная поддержка и карьерные возможности.
В целом наблюдения ученых свидетельствуют об отсутствии различий в качестве супружеских отношений в семьях, воспитывающих детей с синдромом Дауна, и семьях, в которых все дети развиваются типичным образом. В семьях с детьми с синдромом Дауна качество брака ниже, чем у пар, имеющих типично развивающихся детей.

Проведенные исследования разводов семей детей с синдромом Дауна показали, что:

1. В семьях, воспитывающих детей с синдромом Дауна, процент разводов оказался ниже, чем в других семьях.
2. Период, на который приходится наибольшая доля (около 1/3) разводов в группе семей с ребенком с синдром Дауна, – первые два года после рождения ребенка. Вероятность разводов в эти годы почти в 2 раза выше, чем в других группах семей.

Было обнаружено, что при наличии у детей синдрома Дауна или других врожденных аномалий разводы чаще происходят в более молодых семьях. Определенную роль играет уровень образования родителей. Причем в группе семей с ребенком с синдромом Дауна этот паттерн выражен более заметно. Еще заметнее тенденция к разводам в семьях, где отец не имеет законченного среднего образования и при этом семья живет в сельской местности.
Братья и сестры ребенка с синдромом Дауна обладают достаточно высокой самооценкой и многие из них полагают, что благодаря ему, они развили в себе дополнительные достоинства.
родители узнают о своих правах и эффективно защищают интересы ребенка;

1. семья получает уверенность в том, что помогает ребенку развиваться;
2. семья ощущает присутствие системы поддержки;
3. семья узнает о нужных услугах, которыми располагает местное общество, и добивается доступа к ним.

Едва ли не самой серьезной проблемой подростков с синдромом Дауна остается одиночество. Обучение в общеобразовательных школах позволило значительно улучшить их речевые и социальные навыки, повысить успеваемость, но включения этих ребят в школьное сообщество не произошло. Дети с синдромом Дауна гораздо успешнее устанавливают дружеские отношения за пределами школы, с симпатизирующими им людьми разного возраста [22].
Безусловно, положительная социальная ориентация, возможно, не переводит к более частому и более высокому качеству взаимодействия с психологами, потому что это – сложный процесс. Однако, эти обстоятельства предполагают, что ребенок, который занимается с психологом, более развит, чем ребенок, который исключен из разнообразной социальной сферы. В этой работе очень важна включенность матери, её заинтересованность в результате. Не все мамы на это соглашаются, многие закрываются и не говорят о семейном статусе, профессиональной принадлежности и т.д.

**Психологические особенности детей, имеющих расстройства аутистического спектра**

Проблема раннего детского аутизма (далее РДА) является одним из важных направлений исследований в специальной психологии и коррекционной педагогике. Детский аутизм – это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами.

Необходимо знать, что «аутизм» - это медицинский диагноз, и первичная диагностика должна проводиться медицинскими работниками, цель которых – дифференцировать РДА от других нарушений развития (например: олигофрении, алалии, шизофрении). Диагноз РДА - должен ставить только врач психиатр.

Первые признаки аутизма проявляются у ребенка в течение первых двух лет жизни. Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3–5 лет и сопровождается страхами, негативизмом, агрессией.

Одним из основных методов диагностики РДА в дошкольном возрасте в арсенале психолога является структурированное наблюдение. Предварительно необходимо провести сбор анамнестических сведений об особенностях развития, так как наиболее очерченные проявления наблюдаются у детей уже в раннем возрасте.

В раннем возрасте возможно несколько типов реакции по отношению к близкому взрослому(прежде всего к матери):

1. Дети *не реагируют на присутствие или удаление матери*, не тянутся к ней, а взятые на руки остаются пассивными, не выраженность «комплекса оживления» (отсутствие фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных реакций в виде смеха).
2. Возможна и *негативная форма реакции при контакте с матерью*, когда ребенок относится к ней недоброжелательно, гонит ее от себя и не только не обнимает, а даже стремится ударить.
3. Существует также *симбиотическая форма контакта*, наблюдаемая у более старших детей, когда ребенок отказывается остаться без матери, тревожен при ее отсутствии (при этом он может не проявлять к ней ласки и нежности).

У детей дошкольного возраста в качестве основных компонентов аутизма выделяют:

1. «*Уход в себя*», значительное снижение контактов с окружающими или полное отсутствие их, погруженность в свой внутренний мир. Ребенок избегает раскрывать содержание своего внутреннего мира, часто вообще не поддерживает беседу, молчит в ответ на задаваемые вопросы. И лишь по неожиданным фразам, случайно произнесенным словам, звукам, жестам можно косвенно догадаться о его страхах, переживаниях, фантазиях.
2. «*Избегание контакта*» проявляется в том, что ребенок в присутствии родных или в коллективе сверстников как бы игнорирует окружающих, держится отстранено и изолировано. Для этих детей характерны отсутствие сопереживания по отношению к близким, черты холодности, отчужденности.
3. *Повышенная чувствительность к световым, слуховым, тактильным, температурным раздражителям*. Это приводит к тому, что окружающая среда для ребенка с РДА становится источником эмоционального дискомфорта. Дети повышенно ранимы к резкому тону, замечанию в свой адрес. Человеческое лицо также нередко становится чрезмерным раздражителем, чем объясняется отсутствие прямого зрительного контакта.
4. *Нарушение чувства самосохранения*с элементами *самоагрессии*. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

Все вышеперечисленное, а также постоянный эмоциональный дискомфорт создает у ребенка почву для возникновения страхов. Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.д.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха.

Выделяется четыре группы РДА. В настоящее время наиболее распространена классификация, выделенная О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг. Основой для систематизации являются способы взаимодействия с окружающим миром и способы защиты, вырабатываемые детьми с РДА.

**I ГРУППА** – наиболее тяжелая форма аутизма. Характерные признаки:

- эмоциональный контакт со взрослыми отсутствует;

- реакция на внешние раздражители слабы;

- может присутствовать мутизм;

- типична мимическая маска глубокого покоя;

- характерно полевое поведение (бесцельное перемещение по комнате);

- избегание сильных стимулов, вызывающих страх (шум, яркий свет, прикосновение и т.д.).

**II ГРУППА** Характерные признаки:

- присутствует реакция на неприятные физические ощущения (боль, холод, голод);

- в речи преобладают однотипные штампы-команды;

- возможно выполнение просьб матери;

- чрезмерная привязанность к матери;

- сочетание эмоциональной холодности к окружающим с повышенной чувствительностью к состоянию матери;

- стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств (шуршание бумагой, вращение предметов перед глазами и т.д.);

- стимулирование вестибулярного аппарата раскачиванием, подпрыгиванием и т.д.;

- ритуализация повседневной жизни.

**III ГРУППА** Характерные признаки:

- наличие речи в виде эмоционально насыщенного монолога;

- способность выразить свои потребности посредством речи;

- конфликтность;

- поглощенность одним и тем же занятием;

- большой словарный запас “книжного характера”;

- парадоксальное сочетание тревожности и пугливости с потребностью в повторном переживании травмирующих впечатлений.

**IV ГРУППА** - наиболее благоприятная в плане коррекции. Характерные признаки:

- способность к общению;

- интеллектуальные функции сохранны;

- чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери;

- присутствие ритуальных форм поведения;

- круг общения ограничен близкими взрослыми;

- трудности в усвоении двигательных навыков.

**Особенности познавательной и эмоционально-волевой сферы детей с ранним детским аутизмом**

|  |  |
| --- | --- |
| **Внимание** | Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обусловливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрациивнимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п. Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. |
| **Ощущение и восприятие** | Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной ceнсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами. Если в норме человеческое лицо является самым сильным привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта. |
| **Память** | С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу. |
| **Речь** | У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно – своеобразие в становление экспрессивной стороны речи. При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую шепотную речь. Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. То же самое относится и к лепету. Первые слова у детей появляются обычно рано. В 63% наблюдений это обычные слова: «мама», «папа», «деда», но в 51% случаев они использовались без соотнесения со взрослым. У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой, 1-й группы, по классификации К.С. Лебединской и О.С. Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-1 группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолалии отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице – «он», «она»). |
| **Мышление** | Как отмечают О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей, например способности к обобщению, к планированию. Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего, со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности с тем, чтобы приспосабливаться к меняющимся окружению, среде, обстановке.В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется. |
| **Эмоционально-волевая сфера** | Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. При аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми – комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К.С.Лебединская и О.С. Никольская выделяют три группы страхов: типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга); обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест); неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания. |
| **Особенности игровой деятельности** | Для детей при РДА с раннего возраста характерно игнорирование игрушки. Дети рассматривают новые игрушки без какого-либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно, только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Ролевая игра неустойчива, может прерываться беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития. Игра насыщена аутодиалогами (разговором с самим собой). Могут встречаться игры-фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. В спонтанной игре ребенок с РДА, несмотря на застревание на одних и тех же сюжетах и большом количестве просто манипулятивных действий с предметами, способен действовать целенаправленно и заинтересованно. Манипулятивные игры у детей данной категории сохраняются и в более старшем возрасте. |
| **Особенности учебной деятельности** | Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА – вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах. В зависимости от тяжести нарушения ребенок с РДА может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по-прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не умеют общаться, не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых, уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей, быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету. В школьном возрасте для этих детей характерно усиление стремления к «творчеству». Они пишут стихи, рассказы, сочиняют истории, героями которых они являются. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди. Но по-прежнему отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная работа по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипа обучения». |

**Правила общения с аутичными детьми:**

1. Как бы ни было трудно, принимать ребёнка таким, какой он есть, проявлять гибкость.

2. В любой ситуации исходить только из интересов ребёнка.

3. Изо дня в день строго придерживаться определённого режима и ритма жизни ребёнка, подстраивать под этот режим распорядок дня всей семьи.

4. Соблюдать ежедневные ритуалы, обеспечивающие безопасность ребёнка.

5. Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребёнка, свидетельствующие о его дискомфорте (плач, крик, необычное поведение: потряхивание руками, раскачивание и т.д.).

6. Чаще присутствовать на занятиях в группе (в классе), где занимается ребёнок.

7. Как можно чаще разговаривать с ребёнком, стараясь установить с ним вербальный (речевой) контакт.

8. Обеспечивать комфортную обстановку для общения и обучения как дома, так и в детском коллективе.

9. Терпеливо объяснять ребёнку смысл его деятельности, используя чёткую наглядную информацию (схемы, картинки, пооперационные карты и т.д.).

10. Избегать переутомления ребёнка.

11. Идите «за ребёнком». Действуйте последовательно, поэтапно, не форсируйте события.

Приложение 5

**Арт-терапия как метод психологической коррекции**

Арт-терапия – (лат. ars — искусство, греч. therapeia — лечение) представляет собой метод психологической коррекции с помощью художественного творчества.

Арт-терапия сегодня считается одним из наиболее мягких, но эффективных методов, используемых в работе психологами и педагогами. Методы арт-терапии универсальны и могут быть адаптированы к различным задачам: от решения проблем социальной и психологической дезадаптации лиц с особыми возможностями здоровья (ОВЗ) и заканчивая развитием человеческого потенциала, использованием [взрослым](http://www.manrise.ru/) или ребенком различных форм творческой деятельности с целью выражения своего психического состояния.

Понятие арт-терапия ввел в употребление художник А. Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. В начале своего развития арт-терапия отражала психоаналитические взгляды З. Фрейда и К. Юнга, по которым конечный продукт художественной деятельности клиента (рисунок, скульптура) выражает его неосознаваемые психические процессы. Обращение к психоаналитической теории позволило зарубежным арт-терапевтам обосновать механизмы терапевтической экспрессии, а также роль отношений клиента со специалистом. М. Эссекс,      К. Фростиг и Д. Хертз отмечают, что терапия искусством является наиболее подходящим методом коррекции для работы с несовершеннолетними. Основыдля создания первых техник арт-терапевтической работы с детьми на Западе были заложены такими авторами, как В. Ловенфельд и Е. Кейн. Эти авторы рассматривают творческую деятельность ребенка в неразрывной связи с развитием его познавательной и эмоциональной сфер и видят в ней богатый потенциал для гармонизации его психики.

Основные цели арт-терапии:

* выражение эмоций и чувств, связанных с переживаниями своих проблем;
* активный поиск новых форм взаимодействия с миром;
* подтверждение своей индивидуальности, неповторимости и значимости;
* повышение адаптивности и гибкости в постоянно меняющемся мире.

Рассмотрим существующие формы арт-терапии:

- активная**–**клиент сам создает продукт творчества: рисунки, скульптуры, сказки и т.д.;

- пассивная **–**клиент использует художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения;

- смешанная**–**клиент использует имеющиеся произведения искусств для создания своих продуктов творчества.

Арт-терапия применяется:

* при психологических травмах, потерях, посттравматическом стрессовом расстройстве, что является актуальным в послевоенное время;
* кризисных состояниях;
* внутри - и межличностных конфликтах;
* при развитии целостности личности;
* в работе с детьми и взрослыми с ОВЗ.

Спектр возможностей арт-терапии очень широк:

-                направлена на решение психологических проблем;

-                может принимать участие практически каждый человек, независимо от своего пола, возраста, социального статуса;

-                помогает устанавливать отношения между людьми, т.к. с помощью искусства человек не только выражает себя, но и больше узнает о других;

-                позволяет познавать себя и окружающий мир **–**в творчестве человек воплощает свои эмоции, чувства, надежды, страхи, сомнения и конфликты; все это происходит на бессознательном уровне, и человек узнает о себе много нового;

-                развивает творческие возможности: во время занятий арт-терапией человек может открыть в себе неизвестные ранее таланты, реализовать свой внутренний потенциал;

-                является хорошим способом социальной адаптации: наибольшее значение это имеет для лиц с ОВЗ, т.к. чаще всего они дезадаптированы;

-                в арт-терапии, в основном, используются средства невербального общения, это очень важно для людей, которым сложно выразить свои мысли в словах.

Существует два основных подхода в арт-терапии:

1. Искусство обладает целительным действием само по себе, художественное творчество дает возможность выразить и заново пережить внутренние конфликты, оно является средством обогащения субъективного опыта, арт-терапия рассматривается как средство развития личности и ее творческого потенциала. Психолог стимулирует клиентов доверять своему собственному восприятию и исследовать свои творения как самостоятельно, так и с помощью других.

2. На первом месте **–** терапевтические цели, творческие цели вторичны. Арт-терапия служит дополнением к другим терапевтическим методам. Выражая содержание собственного внутреннего мира в визуальной форме, человек постепенно движется к их осознанию. Психологом поощряются свободные ассоциации клиентов и их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ.

Рассмотрим самые распространеннее виды арт-терапии:

* Музыкотерапия
* Библиотерапия
* Драмотерапия
* Игротерапия
* Изотерапия
* Маскотерапия
* Коллаж
* Песочная терапия
* Цветотерапия
* Сказкотерапия
* Фототерапия
* Глинотерапия

Разберем каждый вид подробнее.

**Музыкотерапия** – это система психологической коррекции физического и психического здоровья человека с помощью музыкально-акустических воздействий. Музыка вызывает различные терапевтические эффекты. Ее можно использовать для влияния на самочувствие человека. Различают групповую и индивидуальную музыкотерапию. Сеанс проводится как в положении сидя, так и лежа. Важен психологический контакт перед проведением сеанса. Человеку разъясняют цели, задачи, возможности занятия. Иногда используется живое исполнение музыки.

**Библиотерапия –** специальное коррекционное воздействие на клиента с помощью чтения подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. Она направлена на формирование личности читателя. Книги **–** мощные инструменты, которыми можно воздействовать на [мышление](http://www.koob.ru/superlearning/) людей, их характер, формировать их поведение, помочь в решении проблем.

**Драмотерапия** **–**театральные постановки на разную тематику благоприятно влияют на все познавательные психические процессы: память, волю, [воображение](http://www.voobrazenie.ru/), чувства, внимание, [мышление](http://www.koob.ru/superlearning/). Занятия драмой помогают развить логику, владеть своим телом и не стесняться его, освободиться от внутренних зажимов, воплотить через игру несбывшиеся мечты. Чаще всего применяется при коррекции межличностных взаимодействий: я и друзья, я и родители, сильный и слабый, враг и друг.

**Игротерапия** – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. Использование игр и игрушек дает возможность человеку рассмотреть, потрогать, послушать, ощутить и вспомнить то, что беспокоило многие годы и послужило причиной проблем. Метод игротерапии может быть использован как в групповой, так и в индивидуальной работе. Он предусматривает возможность работы: с синдромом посттравматического стресса, с ранними детскими травмами. Игровая терапии помогает решать не только личностные, но и как следствие этого профессиональные трудности.

**Изотерапия –**терапия изобразительным творчеством, в первую очередь рисованием**.**Она дает возможностьвыходу внутренним конфликтам вовне;помогает понять собственные чувства и переживания;способствует повышению самооценки;помогает в развитии творческих способностей.Чаще всегоизотерапия используется: для психологической коррекции клиентов с невротическими, психосоматическими нарушениями; с трудностями в общении и социальной адаптации; при внутрисемейных конфликтах. Применение изотерапии в коррекционной работе с детьми позволяет получить положительные результаты:создаются благоприятные условия для развития общения замкнутых детей;обеспечивается эффективное эмоциональное отреагирование социально приемлемыми формами — у детей с агрессивными проявлениями;оказывается влияние на осознание ребенком своих переживаний;развитие произвольности и способности к саморегуляции;уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного ребенком.

В изотерапии могут применяться такие методики при работе с детьми:

*Рисование на мокрой бумаге.* На предварительно смоченном листке бумаги при помощи акварели наносится рисунок. Желательно использование максимально возможной палитры цветов. Нужно наблюдать за тем, как цвета смешиваются друг с другом, ощущать свои чувства, возникающие в процессе наблюдения. Далее образованным на листе бумаги узорам дается название

*Монотипии.* На стекле при помощи густых красок создается изображение, после чего отпечатывается на лист бумаги. В конце производится обсуждение полученных результатов.

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

**Маскотерапия** – известный метод психологической работы, основанный на переводе глубинных комплексов и проблем человека в неживую материю маски. Лицо – это проекция нашего психологического состояния и настроения, нашего тела, а так же нашего прошлого и настоящего. Избавление от привычных, стереотипных ролей с помощью маскотерапии создает возможность освободиться от ненужного и изменить свою жизнь.

**Коллаж**– технический приём в изобразительном искусстве, заключающийся в наклеивании на ватман предметов и материалов, отличающихся от основы по цвету и фактуре. Материалом служит газеты, глянцевые журналы, природные материалы, различные предметы. Используя скотч, клей, ножницы и бумагу создается объемная композиция. Можно вырезать из газет и журналов фигурки, составив из них историю. Также возможно использование для создания композиции оберток от конфет, оберточной и туалетной бумаги, картонных коробок и т.п. Коллажирование дает возможность раскрыть потенциальные возможности человека, предполагает большую степень свободы, является безболезненным методом работы с личностью, опирается на положительные эмоциональные переживания, связанные с процессом творчества, позволяет определить существующее на данный момент психологическое состояние человека, выявить актуальное содержание его самосознания, его личностные переживания. Данный метод эффективен в работе со студентами на практических занятиях по специальной психокоррекции и способствует сплочению группы, развитию творческих способностей, снятию эмоционального напряжения.

**Песочная терапия** **–** это возможность общения с миром и самим собой через песок; способ снятия внутреннего напряжения, воплощения его на бессознательно-символическом уровне, что повышает уверенность в себе и открывает новые пути развития. В основе песочной терапии лежит создание свободного и защищенного пространства, в котором клиент – ребенок или [взрослый](http://www.manrise.ru/) может выражать и исследовать свой мир, превращая свой опыт и свои переживания, часто непонятные или тревожащие, в зримые и осязаемые образы. Картина на песке может быть понята как трехмерное изображение какого-либо аспекта душевного состояния; неосознанная проблема разыгрывается в песочнице, подобно драме, конфликт переносится из внутреннего мира во внешний и делается зримым.

**Цветотерапия**– это лечение цветом. Еще в далекой древности люди заметили, что цвет оказывает мощное действие на человека. Специальная окраска, наносимая на тело воина и его доспехи, внушала противнику страх; цвета, подбираемые для одежды царей и жрецов, говорили об их могуществе, вызывали восторг, поклонение или священный трепет. В древнем Египте знали о силе и влиянии цвета и даже сооружали в некоторых храмах цветные залы. В них изучали применение цвета и учили врачевание. Было доказано, что органы и системы тела чувствительны к определенным цветам, которые стимулируют или замедляют их действие. Зная это, можно использовать различные цвета с лечебной целью. Цвет может изменить функции некоторых систем человеческого организма. Например: оранжево-красный меняет частоту пульса, дыхания, давления крови и в общем оказывает возбуждающее действие; темно-синий цвет, напротив, приносит успокоение. По мнению психологов, язык цветов универсален, он действует независимо от религии и национальности.

**Сказкотерапия** **–** это способ передачи индивидууму (чаще ребенку) необходимых моральных норм и правил, древнейший способ социализации и передачи опыта. Эта информация заложена в фольклорных сказках и преданиях, былинах, притчах. В процессе слушания, придумывания и обсуждения сказки у ребенка развиваются необходимые для эффективного существования фантазия, творчество. Он усваивает основные механизмы поиска и принятия решений. Слушая и воспринимая сказки человек, встраивает их в свой жизненный сценарий, формирует его. У малышей этот процесс особенно ярок, многие дети просят читать им одну и туже сказку по много раз. Работа со сказкой направлена непосредственно на помощь клиенту. Психотерапевт создает условия, в которых клиент, работая со сказкой (читая, придумывая, разыгрывая, продолжая), находит решения своих жизненных трудностей и проблем.

**Фототерапия –**набор психотехник, связанных с лечебно-коррекционным применением фотографии, её использования для решения психологических проблем, а также развития и гармонизации личности**.** Техники фототерапии: фотографии, созданные самим человеком; фотографии клиента, сделанные другими людьми, где клиент специально позирует, или снимки, сделанные спонтанно; автопортреты — любые фотографии самого себя; семейные альбомы. Фототерапия может предполагать как работу с готовыми фотографиями, так и создание оригинальных авторских снимков. Основным содержанием фототерапии является создание и/или восприятие клиентом фотографических образов, дополняемое их обсуждением и разными видами творческой деятельности (рисование, коллажирование, инсталлирование готовых снимков в пространство, изготовление из фотографий фигур и последующая игра с ними, и т. д. )

**Глинотерапия.**Работа с глиной позволяет мягко отреагировать, переработать и осознать травматичный опыт. Особенно важна для тех людей, которым трудно "выговориться", кому трудно рассказать о своих чувствах и переживаниях, в ситуациях неопределенности – ведь "вылепливание" снижает или убирает сопротивление и дает возможность "увидеть" решение. Благодаря лепке человек может научиться управлять собой; не имеет противопоказаний и возрастных ограничений; дает человеку возможность почувствовать себя творцом, это одно из лучших средств  при работе с эмоциями (страх, агрессия, обида).

Подводя итоги, отметим, что в арт-терапии задействованы зрительные, слуховые, тактильные анализаторы, что в свою очередь благоприятно сказывается на физическом и психическом самочувствии человека. Арт-терапия оказывает тонизирующее, укрепляющее, успокаивающее, стимулирующее, расслабляющее воздействие на психическое и эмоциональное состояние человека. В арт-терапии используется комплекс коррекционных упражнений, которые затрагивают общее физическое развитие, эмоциональное развитие, речевое (вербальное) развитие, что в целом позитивно сказывается на социальном развитии. Арт-терапия развивает мелкую моторику, творчество и [воображение](http://www.voobrazenie.ru/), создает эмоционально-положительный настрой у детей и взрослых. Нетрадиционные формы работы доставляют детям множество положительных эмоций, что помогает преодолевать робость, страх. Ценностью арт-терапии выступает не результат (творческий продукт), а сама личность участника, что является особенно важным при работе с людьми с ОВЗ. Арт-терапия— это эффективный, доступный, безопасный, интересный метод специальной психологической коррекции.

**Психолого-педагогический практикум**

Упражнение «Мандала счастья»

**Мандала (Mandala)** - в переводе с санскрита «круг» или "центр". Рисунок ее симметричен: обычно он представляет собой круг с выраженным центром. Внутри круга более или менее обозначены основные направления-ориентиры, число которых варьируется. Вместе с тем, в сложной геометрической композиции мандалы можно встретить самые разные элементы: квадрат, овалы, кривые линии, треугольники. Мандалы могут быть как произведениями искусства, так и формами, созданными самой природой. Рисунки в окружностях были обнаружены еще в древних цивилизациях и присутствуют в современном мире. Округлая форма мандал всегда сопровождала человека, например, форма круга — главная черта многих священных центров и доисторических мест поклонения и культа богов. Мандалы находили в жилищах или хижинах, в пещерах и в мегалитических сооружениях, самый известный пример — Стоунхендж. Изображение мандал можно встретить у разных народов в разных культурах: на китайских бронзовых зеркалах, на бубнах сибирских шаманов, в схемах лабиринтов, в архитектурных композициях. Так, например, шанырак юрты кочевника – мандала, клумба в сквере, радующая глаз - мандала, наша планета Земля, какой она видится из космоса – мандала, компас – мандала, снежинка под микроскопом – и радужка человеческого глаза – также мандалы. Мандала издревле имеет духовный смысл символического отражения мира и психической гармонии. Люди интуитивно научились успокаивать свой ум и душу с помощью изображений в круге, используя их как способ снова сблизиться с природой.

Мандалы хороши как для детей, так и для взрослых. Так, в психокоррекционной и развивающей работе с детьми и подростками психологические возможности мандал возможно применять:

* *в целях коррекции эмоционального состояния, нормализации поведения* (раскрашивание готовых мандал-раскрасок)
* *в целях диагностики актуального настроения* (раскрашивание белого круга)
* *в целях изучения групповых взаимоотношений* (создание индивидуальных мандал в группе с последующим созданием коллективной композиции)
* *с целью диагностики и коррекции конкретной проблемы* (раскрасить круг символизирующий школу, семью, образ «Я», дружбу, любовь, гнев и пр.)

**Инструкция**:

* 1. Вспомните такой момент своей жизни, когда вам **было очень хорошо** и спокойно, вы чувствовали себя счастливыми, уверенными, умиротворенным, с оптимизмом смотрели в будущее, испытывали положительные эмоции, находились в гармонии с собой и внешним миром.
* 2. Вспомните, как вы выглядели в этот момент, что говорили, как звучал ваш голос, как двигались. Возможно, вы молчали - вспомните ту тишину, чем она была наполнена... Если не двигались - вспомните телесные ощущения, расслабленность мышц. Какое было настроение в тот момент? О чем вы думали? Воспроизведите в памяти **как можно больше подробностей** - важно все.
* Можете вспоминать с закрытыми глазами, если вам так удобнее. Даю вам 2-3 минуты на то, чтобы воспроизвести свое идеальное эмоциональное состояние и зафиксировали его в памяти. Попробуйте представить свои ощущения в красках.
* 3. Возьмите лист бумаги и при помощи цвета **спроецируйте это состояние на бумагу** - изобразите его в круге. Даю вам 10-15 минут (*можно больше - если позволяет тайминг и группа настроена на более длительную работу*).
* 4. Получилось ли изобразить нужное состояние? Чего не хватает на рисунке? Попробуйте добавить, исправить то, что не вышло. **Назовите вашу мандалу**.
* *\*обычно дают названия: "счастье", "радость", "спокойствие", "умиротворение", "любовь", "гармония"; вас должны насторожить негативно окрашенные названия - в таком случае может понадобиться индивидуальная работа с клиентом для прояснения проблем.*
* 5. Теперь вспомните и напишите вокруг круга всех людей, события, решения, действия - то, что поможет вам при необходимости достичь такого состояния. Пишите исходя из предыдущего жизненного опыта. Так же сойдут любые предположения, догадки и фантазии - пишите все, что **сможете использовать в качестве поддержки в случае необходимости**. Используйте разные цвета. Комбинируйте, соединяя "точки поддержки" между собой. Когда закончите, проведите стрелочки от каждого слова к мандале.
* 6. Возьмите рисунок с собой и прикрепите где-нибудь на видном месте. Посмотрите на него внимательно в спокойной обстановке и **подумайте, все ли ресурсы вы указали**.
* 7. **Актуализируйте "точки поддержки"**: со временем вы наверняка заметите, что что-то упустили, что-то изменилось, что-то добавилось. Смело вносите правки в рисунок. И помните - у вас уже все есть для достижения своего идеального эмоционального состояния!
* \**Особенность упражнения заключается в том, что не имеет значения, на сколько точно клиент изобразил "точки поддержки" и связи между ними. Важно, что произошла визуализация - перед глазами есть картинка, которая поможет человеку в трудную минуту найти поддержку, вернуться в состояние эмоционального равновесия.*







Приложение 6

**Синдром эмоционального выгорания и техники снижения психоэмоционального напряжения**

Общение с ребенком с ограниченными возможностями здоровья может вызывать разные чувства, самое распространенное – это жалость, сопереживание и даже душеная боль. Данные чувства конечно может вызывать общение не только с «особыми» детьми, но и просто вынужденное взаимодействие с коллегами, начальником, родными и близкими и др. Любые из этих чувств могут вызывать тревогу, стрессовые состояния, что является предпосылками к эмоциональному выгоранию. Синдром эмоционального выгорания или стресс общения – это Человек чувствует постоянную усталость, у него падает работоспособность, болит голова, [нарушается сон](http://therapeutic.ru/sleep_disorder), снижается аппетит, усиливается тяга к табаку, кофе, алкоголю. Кроме того, возникают ощущения беспомощности, безнадежности, апатии. А главное, отмечается притупленность чувств - нет желания эмоционально откликнуться на ситуации, которые, казалось бы, должны трогать. Исчезает чувство сопереживания людям. Рождается мысль, что уже ничего нельзя дать другим, поскольку запас сил и эмоций исчерпан. Постепенно развивается негативное отношение к своему труду и людям, с которыми надо сталкиваться по работе. Контакты с ними становятся все более обезличенными, «бездушными» и формальными.

К сожалению обычно, человек, попавший в сети эмоционального выгорания даже не осознает, что с ним происходит. Он лишь испытывает растущее внутреннее раздражение, напряжение, [тревогу](http://therapeutic.ru/articles/pages/id_167) и неприязнь к тем, кому призван помогать: клиентам, ученикам, пациентам, посетителям.

Как известно, любую болезнь, а эмоциональное выгорание – это болезнь, легче предупредить. В связи с этим, предлагаем Вам упражнения и техники, которые помогут Вам поддержать себя, достичь душевного равновесия и формировать позитивное мышление и мировоззрение.

**Упражнение «Калоши счастья»** (10 мин.)

Цель: развитие позитивного мышления. Задачи: развитие навыков самопознания, формирование навыков позитивного восприятия мира, развитие позитивной Я-концепции, развитие навыков эмоциональной саморегуляции.

Материалы и оборудование: «калоши счастья» (игровой элемент, обычные резиновые калоши, желательно большого размера с веселым дизайном), карточки с ситуациями, рефлексивный кубик (см. приложения).

Инструкция. Я хочу предложить вам поиграть в игру, которая называется «Калоши счастья». У Андерсена есть сказка с таким названием. В этой сказке фее подарили на день рождения калоши счастья, которые она решила отдать людям, чтобы те стали счастливее. Человек, который надевал эти калоши, становился самым счастливым человеком. Калоши исполняли все его желания, он мог перенестись в любое время или эпоху. Итак, я предлагаю вам обуть эти калоши и стать счастливым человеком. Я также буду зачитывать вам различные ситуации, а ваша задача — надев эти калоши, найти в ситуации, предложенной вам, позитивные стороны. Другими словами, посмотрите на ситуацию глазами счастливого человека-оптимиста.

Ожидаемый результат: участники игры, надев «калоши счастья», отвечают на предложенную ситуацию в позитивном ключе. Тому, кто затрудняется дать позитивный ответ, остальные участники игры помогают, предлагая свои варианты. Участники получают эмоциональную разрядку и позитивный настрой.

***Карточки с предложенными ситуациями и возможными вариантами ответов к игре «Калоши счастья»***

**Директор отчитал вас за плохо выполненную работу.**

* Я сделаю соответствующие выводы и постараюсь не допускать ошибок.
* В следующий раз постараюсь выполнять свою работу лучше.

**Вам дали классное руководство над слабыми детьми.**

* Есть возможность попробовать свои силы в работе с такими учениками.
* Это хорошая возможность освоить новые методы работы с классом.

**На работе задержали зарплату.**

* Можно сэкономить на чем-то.
* Можно теперь сесть на диету.

**По дороге на работу вы сломали каблук.**

* Хороший повод купить новые сапоги.

**Вы внезапно заболели.**

* Хороший повод отдохнуть.
* Заняться наконец-то своим здоровьем.

**Вас бросил муж.**

* Теперь не нужно тратить время на стирку, глажку, готовку, можно тратить свое время на себя.
* Больше времени на хобби.

**Вы попали под сокращение.**

* Хорошая возможность заняться чем-то другим, сменить род профессиональной деятельности.
* Новый коллектив, новые перспективы.

***Вопросы рефлексии (рефлексивный кубик)***

* **Трудно ли вам было отвечать?**
* **Было ли для вас что-то новое?**
* **Считаете ли вы полезным упражнение?**
* **Открыли ли вы что-то новое для себя?**
* **Как вы себя сейчас чувствуете?**
* **Какие у вас сейчас ощущения?**

Вопросы наклеиваются на грани кубика. Участники выбирают один вопрос путем перекидывания кубика друг другу и отвечают на него.

**Понятие «аффирмации»**

Аффирмации – это короткие, емкие фразы, в которых сконцентрирована сама суть вашего желания, того, что вы хотели бы получить.Но это не просто слова, не просто мысли – это сила мысли плюс сила воображения. Как мы знаем, мысль и воображение могут конфликтовать, но когда они соединены в аффирмацию, то все противоречия между ними исчезают, и слово вместе с образом создают единую энергию, взаимно дополняя и усиливая друг друга.

Есть немало книг и пособий, посвященных аффирмациям, множество авторов предлагают свои собственные формулировки. При желании можете использовать их, но наибольшей силой для вас будут обладать те аффирмации, которые вы составите сами. Ведь никто лучше вас не знает, каковы ваши желания и стремления, что вы на самом деле хотите получить! И тут самое время вспомнить совет Дейла Карнеги: **перестаньте думать о том, чего вам не хватает**! **Начните думать о том, что у вас есть!**

Джозеф Мэрфи дополняет этот совет: **начните думать о том хорошем, что вы хотите получить, так, как будто это у вас уже есть!**

Формулируйте фразы, в которых вы будете декларировать эти блага как уже имеющиеся у вас!

Да, не забывайте, что аффирмации должны формулироваться только **в настоящем**, а не в будущем времени. Вот еще несколько важных условий, чтобы аффирмации были эффективными:

• все слова должны звучать только в позитивном ключе, избегайте частицы «не» и таких слов как «никогда», «никто», «нигде», и т. д.;

• избегайте слов, которые лично вам неприятны, звучат негативно или вызывают нежелательные ассоциации;

• включайте в аффирмации как можно больше слов, которые вас воодушевляют – например, радость, сила, здоровье, счастье, и т. д.;

• произносите аффирмации, хорошо прочувствовав их смысл, вдумываясь в каждое слово, и очень хорошо образно представляя, о чем идет речь;

• при возможности произносите аффирмации вслух или шепотом – они будут работать и при мысленном произнесении, но когда слова говорятся вслух, им придается дополнительная энергия, и они легче доходят до подсознания.

Вы можете взять за образец уже готовые аффирмации, но обязательно видоизмените их так, чтобы они стали только вашими. И мысленно соедините со словами то, о чем вы говорите в аффирмациях. \*Если же случится так, что у вас нет времени на придумывание собственной аффирмации, так как ситуация срочно нуждается в благополучном разрешении, и требуется мобилизовать для этого все свои силы, произносите вслух и про себя примерно такую фразу: «Я верю в бесконечную силу моей внутренней мудрости, которая разрешает ситуацию наилучшим образом, наиболее благополучно для меня и в соответствии с законами Божественной гармонии».

**Упражнение «Моя аффирмация»**

Цель: создание позитивного настроя, развитие позитивного самовосприятия, закрепление приобретенных навыков позитивного мышления. Материалы и оборудование: карточки с позитивными утверждениями — аффирмациями.

Инструкция. Предлагаю вам вытянуть карточки с позитивными утверждениями-аффирмациями. Если вам какая-то карточка не понравится, можете вытянуть другую, которая вам близка.

Участники по очереди тянут карточки и зачитывают их. После завершения упражнения можно спросить, какие у участников ощущения от этого упражнения. Ожидаемый результат: закрепление позитивного опыта; положительный настрой.

***Карточки к упражнению «Моя аффирмация»***

***(позитивные утверждения):***

***У МЕНЯ МНОГО ДРУЗЕЙ!***

***Я ПОЛЕЗНА И НУЖНА!***

***Я ЛЮБЛЮ ВСЕХ!***

***Я УМЕЮ СЛУШАТЬ!***

***Я УМЕЮ ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ!***

***Я ПОЛНА ХОРОШИХ ИДЕЙ!***

***У МЕНЯ СКАЗОЧНОЕ ВООБРАЖЕНИЕ!***

***Я ОЧЕНЬ УМНАЯ!***

***У МЕНЯ ВЫДАЮЩИЕСЯ ТВОРЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ!***

***Я МОГУ СДЕЛАТЬ ВСЕ, К ЧЕМУ ПРИЛОЖУ МОЗГИ!***

***Я УВЕРЕНА В СЕБЕ – Я СПРАВЛЮСЬ!***

***Я ВЕРЮ В СЕБЯ!***

***МНЕ ВСЕГДА И ВО ВСЕМ ВЕЗЕТ!***

***Я ВСЕГДА ОКАЗЫВАЮСЬ В НУЖНОЕ ВРЕМЯ В НУЖНОМ МЕСТЕ!***

***Я СЧАСТЛИВА!***

***Я ВСЕГДА ДЕЛАЮ ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР!***

***СО МНОЙ ВСЕГДА СЛУЧАЕТСЯ ТОЛЬКО ХОРОШЕЕ!***

***МНЕ ХОРОШО БЫТЬ С САМОЙ СОБОЮ!***

***ЛЮДИ РАДЫ ВИДЕТЬ МЕНЯ!***

***Я ЛЮБЛЮ СВОЮ ЖИЗНЬ, И ОНА ОЧЕНЬ ИТЕРЕСНАЯ!***

***Я ВСЕГДА СТАРАЮСЬ!***

***Я УНИКАЛЬНАЯ И ОСОБЕННАЯ!***

***Я ЗДОРОВАЯ И СИЛЬНАЯ!***

***Я В ОТЛИЧНОЙ ФОРМЕ!***

***МОЕ ТЕЛО – МОЙ ЛУЧШИЙ ДРУГ!***

***Я ЧУВСТВУЮ СЕБЯ ВЕЛКОЛЕПНО!***

***Я СПОКОЙНА И РАССЛАБЛЕНА!***

***Я ЛЮБЛЮ СЕБЯ И СВОЮ ЖИЗНЬ!***

***Я САМАЯ ОБАЯТЕЛЬНАЯ И ПРИВЛЕКАТЕЛЬНАЯ!***

***КАЖДЫЙ ДЕНЬ ВО ВСЕХ ОТНОШЕНИЯХ Я СТАНОВЛЮСЬ ВСЕ ЛУЧШЕ И ЛУЧШЕ!***

***Я ЛЮБЛЮ ДЕТЕЙ – У НИХ ЕСТЬ ЧЕМУ ПОУЧИТЬСЯ!***

***Я САМА СЕБЕ ДОБРЫЙ ДРУГ!***

***Я ТАЛАНТЛИВАЯ И СПОСОБНАЯ!***

***Я ГОРЖУСЬ СВОИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ!***

***Я ВЕРЮ ТОЛЬКО В ЛУЧШЕЕ!***

***У МЕНЯ ВСЕГДА ЕСТЬ ВЫБОР!***

***МОИ МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ!***

***Я ЛЮБЛЮ СЕБЯ И СВОЮ РАБОТУ!***

***Я ЗДОРОВАЯ И СИЛЬНАЯ!***