

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
им. В.П. АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Завидовская Ольга Яковлевна

### ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Психолого-педагогическое сопровождение родителей в преодолении кризиса, связанного с рождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы Психология и социальная педагогика

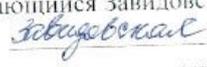
ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой, руководитель  
д.п.н., профессор Фуряева Т.В.

  
(дата, подпись)

Руководитель  
Думлер А.А.

Дата защиты 19.06.2018

Обучающийся Завидовская О.Я.

  
(дата, подпись)

Оценка хорошо  
(прописью)

Красноярск  
2019

## Содержание

Введение .....	3
Глава 1. Теоретические критерии психологического сопровождения родителей в преодолении кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.....	6
1.1. Психологические особенности родителей в преодолении кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.....	6
1.2. Особенности психологического сопровождения родителей в преодолении кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.....	10
1.3. Критерии сопровождения родителей на каждом этапе прохождения психологического кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.....	16
Глава 2. Практическая организация исследования.....	35
2.3. Программа занятий по психологическому сопровождению родителей имеющих ребенка с ОВЗ.....	53
2.4. Результативность психологического сопровождения родителей, имеющих ребенка с ОВЗ.....	56
Выводы по главе 2.....	65
Заключение.....	68
Список использованных источников.....	71
Приложения.....	76

## Введение

Прожить кризис - значит принять его как полноправную часть своего опыта. Об этом болезненном переходе к жизни «После» можно услышать от родителей (и людей, которые столкнулись с «разрушающей» жизненной ситуацией), которые прошли все этапы проживания кризиса. Анализ психолого - педагогической литературы по проблеме , что , воспитывающие с отклонениями в , рассматриваются в случаях призму развития ребенка, его ,но ведь в этом процессе есть и вторая сторона - это родитель. Комплексное - педагогическое таких –относительно сфера специалистов. Для раскрытия психолого - педагогического сопровождения в основных единицах такие как , сотрудничество, создание условий, помощь, деятельностная направленность, работа с объектом.

О необходимости активного изучения всего спектра проблем семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, свидетельствуют и многочисленные работы, появившиеся в разных областях науки в последние годы. Можно назвать работы И.С. Багдасарьян (2000), Н.В. Мазуровой (1997), Г.А. Мишиной (2001), М.М. Семаго (1992), В.В. Ткачевой (1998, 1999, 2003, 2004).

В этой связи актуальность темы исследования заключается в разработке и апробации программы занятий по психологическому сопровождению родителей, имеющими ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ психолого-педагогической и методической литературы по проблеме исследования, позволил выявить и сформулировать противоречие, таким образом, как «противоречие между значимостью работы по психологическому сопровождению родителей и детей с ОВЗ и несформулированностью критериев психологического сопровождения

самих родителей находящиеся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ».

**Проблема** исследования сформулирована следующим образом – каково содержание и организация психологического сопровождения родителей, находящихся в процессе кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.

**Цель исследования** - Разработать программу занятий по критериям психологического сопровождения родителей, находящихся в процессе кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ

**Объект исследования** – психологическое сопровождение, родителей находящихся в процессе кризиса, связанного с рождением ребенка с ОВЗ.

**Предмет исследования** - критерии психологического сопровождения родителей, находящихся в процессе кризиса, связанного с рождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В соответствии с объектом, предметом и целью исследования были поставлены следующие задачи:

- 1) Изучение психолого-педагогической литературы по проблеме исследования;
- 2) Выявление критериев психологического сопровождения родителей, находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ
- 3) Разработка и проведение программы занятий по психологическому сопровождению родителей находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ
- 4) Разработка психологических рекомендаций для родителей находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ.

В ходе исследования были использованы следующие методы: теоретические - анализ литературы по теме выпускной работы; эмпирические – беседа с родителями; тестирование родителей; методы качественной обработки информации.

**Методологическая основа исследования.** Анализ отдельных проблем семьи ребенка с ограниченными возможностями изложен в трудах С.Д. Забрамной, (1993); А.И. Захарова (1976, 1978, 1982); И.Ю. Левченко, В.В. Ткачевой (1999); И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынова, Г.В. Пятаковой (1989), Е.М. Мастюковой (1989), Г.А. Мишиной (1998), А.И. Раку (1977, 1981, 1982), М.М. Семаго (1992), А.С. Спиваковской (1981, 1986, 1999) и др.

**Практическая значимость исследования** - материал может быть использован в работе педагогов-психологов, социальных педагогов и других специалистов в сфере социального обслуживания и образования.

**Структура работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, приложения.

## **Глава 1. Теоретические критерии психологического сопровождения родителей в преодолении кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ**

### **1.1 Психологические особенности родителей имеющих ребенка с ОВЗ**

Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. Проблема воспитания и развития «особого» ребенка чаще всего становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи.

Многочисленными исследованиями выявлено, что родители данной категории детей испытывают эмоциональное напряжение, тревогу, чувство вины, обиды, отрицание диагноза, чувство стыда за ребенка, за себя, как несостоявшегося родителя, находятся в хроническом стрессовом состоянии и эмоциональном истощении, переживают утрату «идеального» ребенка. Всё это влияет на отношение родителей к своим детям.

#### ***Фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку с ОВЗ***

Первая фаза – «шок», характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности. («Почему это случилось с нами? За что?»).

Вторая фаза – «неадекватное отношение к дефекту», характеризующаяся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией. («Почему это случилось с нами? За что?»).

Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребенка», сопровождаемое чувством «хронической печали».

Четвёртая фаза - начало социально - психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

***Качественные изменения в семье происходят на нескольких уровнях:***

- Психологический уровень (сильный стресс, оказывающий деформирующее воздействие на психику родителей, невозможность обретения новых жизненных ценностей, психологические особенности личности самих родителей ( способность принять или не принять больного ребенка ).
- Социальный уровень (семья ребенка с ОВЗ становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния ребенка с отклонением, а также из - за личностных установок самих родителей ).
- Соматический уровень ( переживания, выпавшие на долю матери ребенка с отклонением в развитии, часто превышает уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах ).

***Типы родителей, имеющих детей с ОВЗ***

**Авторитарный тип**

Активная жизненная позиция, родители руководствуются только собственными убеждениями. Убеждения и советы родственников или специалистов для них не являются решающим аргументом. Такие родители имеют устойчивое желание найти выход из создавшегося положения, справиться с проблемами и облегчить положение ребенка. Они направляют свои усилия на поиски лучшего врача, обращаются к хорошим педагогам. Именно родители авторитарного типа организуют родительские общества, фонды, ассоциации. В целом решают проблемы развития ребенка.

Опасности авторитарного стиля:

- склонность к излишней опеке своих детей,
- часто не учитывают реальные интересы и потребности своих детей,
- неприятие индивидуальности ребенка,
- часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не понимая его реальных возможностей,
- неумение сдерживать гнев и раздражение,
- противопоставление себя социальной среде,
- жесткие формы взаимодействия с ребенком,
- предъявление повышенных требований к ребенку, несоответствующих его возможностям,
- стремление ориентироваться только на свои личные установки – не видят реальные перспективы развития ребенка.

**Невротический тип**

Этому типу родителей присуща пассивная личностная позиция, они склонны фиксироваться на отсутствии выхода из создавшегося положения

(«Что есть, то есть – ничего не поделаешь»). У них не формируется тенденция к преодолению возникших проблем, и они не верят в возможность улучшения состояния здоровья своего ребенка. Такие родители склонны пассивно идти по жизни. У них нет понимания того, что ряд проблем их ребенка является вторичным и связан не с самим заболеванием, а с их родительской и педагогической несостоятельностью. Родители бывают склонны к чрезмерной опеке и стремятся оградить своего ребенка от всех возможных проблем, даже от тех, с которыми он может справиться собственными силами. Такие родители непоследовательны во взаимоотношениях с ребенком, у них отсутствует необходимая требовательность, они склонны идти на уступки ребенку. Вследствие этого у них часто возникают трудности в вопросах послушания ребенка.

В личности таких родителей зачастую преобладают истерические, тревожно мнительные и депрессивные черты. Они склонны избегать трудных

жизненных ситуаций и отказ от решения проблем («пусть все идёт как идёт»).

Жизнь воспринимается ими как несчастливая, загубленная рождением ребенка с ОВЗ. Матери подобного типа ощущают себя не сумевшими реализовать в семье и в профессии. Будущее ребенка представляется им бесперспективным и трагическим.

*Опасности невротического стиля:*

- формирование невротических черт характера у ребенка (вторичный дефект)
- некритическая оценка возможностей ребенка, стремление скрыть дефект, а не преодолеть его
- гиперболизация проблем ребенка, отказ от попыток их решения
- глубокая депрессия родителей, разводы, ощущение бесперспективности будущего («жизнь не удалась»)

**Психосоматический тип**

У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первого, так и второго типа. Им свойственны более частые смены эмоциональных состояний: то радость, то депрессия. У некоторых из них хорошо заметна тенденция к доминированию, но они не устраивают скандалов и в большинстве случаев ведут себя корректно. Для этих родителей характерно стремление посвятить свою жизнь и свое здоровье своему ребенку. Психосоматичные родители, стремятся найти для своего ребенка лучших специалистов, переживают проблему ребенка во внутреннем плане.

***Основные типы воспитания детей с ОВЗ:***

- потворствующая или доминирующая гиперопека
- симбиоз
- повышенная ответственность
- эмоциональное отвержение
- непоследовательное воспитание

### Потворствующая гиперопека

Родитель	Ребенок
<ul style="list-style-type: none"> <li>- чрезмерно потакает желаниям ребенка</li> <li>- предъявляет минимум требований и запретов</li> <li>- не обозначает свои границы</li> <li>- много суется вокруг ребенка</li> <li>- считает ребенка уникальным</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- обладает неадекватно завышенной, но неустойчивой самооценкой</li> <li>- безудержно стремится к лидерству и превосходству</li> <li>- очень переживает ситуацию неуспеха</li> <li>- плохо адаптируется в детских учреждениях</li> </ul>

### Симбиоз

Родитель	Ребенок
<ul style="list-style-type: none"> <li>- стремится привязать ребенка к себе, удерживать рядом, лишит самостоятельности</li> <li>- преуменьшает способности и потенциал ребенка, что приводит к максимальному контролю и ограничениям, желанию всё сделать за него, предохранить от опасностей жизни</li> <li>- живет интересами ребенка</li> <li>- часто говорит «мы»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- слишком привязан к своему родителю</li> <li>- не может принимать самостоятельные решения</li> <li>- избегает контактов с другими людьми, довольствуясь обществом родителя</li> </ul>

### Эмоциональное отвержение

Родитель	Ребенок
----------	---------

<ul style="list-style-type: none"> <li>- игнорирует потребности ребенка, нередко жестоко с ним обращается</li> <li>- раздражается на ребенка</li> <li>- стремится избежать общения, тесных контактов</li> <li>- выражает общее недовольство тем, что ребенок «какой – то не такой»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- не может устанавливать близкие и тёплые доверительные отношения</li> <li>- заниженная самооценка</li> <li>- могут быть протестные реакции, уход в мир фантазий и т.д.</li> </ul>
---	---

### **Непоследовательное воспитание**

Родитель	Ребенок
<ul style="list-style-type: none"> <li>- предъявляет много требований, но не доводит их до конца</li> <li>- в одной и той же ситуации ведёт себя по-разному</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- низкий уровень самоорганизации, не может работать самостоятельно</li> <li>- нарушает правила поведения</li> <li>- манипулирует взрослыми</li> </ul>

### **Повышенная моральная ответственность**

Родитель	Ребенок
<ul style="list-style-type: none"> <li>- предъявляет к ребенку повышенные требования, не соответствующие реальным возрастным и психофизиологическим потребностям ребенка</li> <li>- возлагает на ребенка ответственность за серьезные решения или задачи</li> <li>- игнорируют реальные интересы и возможности ребенка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проявляет агрессию по отношению к объекту ответственности</li> <li>- отказывается от ответственности, не хочет ходить в школу и т.п.</li> <li>- высокая тревожность</li> <li>- заниженная самооценка</li> </ul>

### ***Основные трудности в типах воспитания***

Потворствующая гиперопека	- ребенок занимает ведомую, подчиненную позицию - упрямство, капризы и страхи - поведенческие проблемы: повзрослев – пытается обозначить свои границы доступными способами (грубит, не слушается и т.д.)
Симбиоз	- трудности адаптации в школе - инфантильность, зависимость, несамостоятельность ребенка
Эмоциональное отвержение	- поведенческие проблемы: дерется, грубит, убегает из дома, ворует деньги, проявляет жестокость к животным и т.д.
Непоследовательное воспитание	- дисциплинированные трудности, прежде всего непослушание - ребенок «проверяет» любые требования взрослого
Повышенная моральная ответственность	- протестные реакции - ребенок не выполняет свои обязанности, не сдерживает обещания

Процесс переживания горя теоретически разбит на несколько фаз/этапов. У разных исследователей количество и содержание этих фаз и этапов различно (от 3 до 8) . Мы можем кратко сделать обзор научных теорий по фазам и этапам работы горя, разработанными отечественными и зарубежными психологами и психотерапевтами. Такими как:

- Дж. Тэйтелбаум рассматривает горе как процесс, состоящий из трех фаз;
- Дж. Боулби и К. Паркес рассматривают четыре фазы горя;
- Е. Линдемманн рассматривает пять фаз горя;
- Э. Кюблер Росс рассматривает пять стадий (или «Пять Этапов») горя;

- Г. В. Старшенбаум выделяет 8 этапов течения реакции горя. [27, с. 143]

Важно подчеркнуть, что описание последовательности эмоциональных и соматических реакций в данных теориях в принципе не различается (от первой стадии: шока, отрицания до заключительной: адаптации, развитии новой идентичности, принятия, памятования). То есть, даже если потери всегда субъективно разные и переживаются с разной степенью интенсивности, порядок проживания чувств, тот эмоциональный путь, по которому, пройдет горящий человек, един для разных ситуаций. [10, с. 76-80]

Продолжительность каждой стадии описать довольно сложно, в связи с их возможной взаимообратимостью на протяжении всей работы горя. То есть, рецидив или повтор цикла в процессе работы горя – это часть динамического процесса изменения. При рецидивах родители часто испытывают чувство вины перед психологом/терапевтом (иногда это является причиной прекращения терапевтического процесса), поэтому в это время может значительно снижаться самооценка («я проиграл», «у меня все равно ничего не получается», «я ни на что не способна»). Но если родители знают о закономерностях процесса работы горя (рецидивы – это тоже закономерность), то все перечисленные деструктивные реакции проходят с меньшей интенсивностью, поэтому даже возможно временное сокращение продолжительности рецидива. Главное, чтобы родители оставались вовлеченными и заинтересованными в данной работе (например, сфокусировав внимание на позитивном личностном преобразовании; рассмотрев реальность рецидива как возможность получения нового опыта; поддерживав в поиске альтернативной стратегии).

## **1.2 Особенности психологического сопровождения родителей в преодолении кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.**

Теоретико - обоснованием системы помощи , воспитывающим с отклонениями в , являются положения дефектологической : культурно-теория Л. С. ; теории А. Н. Леонтьева, С. Л. ; теория Б. Г. Ананьева, М. М. , В. Н. Мясищева; личности и невротиков В. Н. ; учение акцентуациях К. Леонгарда и А. Е. [8].

Анализ психолого - литературы проблеме , что , воспитывающие с отклонениями в , рассматриваются в случаях призму развития ребенка, его . Комплексное -педагогическое таких – относительно сфера специалистов. С раскрытия психолого- сопровождение в основных единиц такие как , сотрудничество, создание условий, помощь, деятельностная направленность, работа с объектом. Воплощая на практике идеи гуманизма, технология психолого-педагогического сопровождения призвана, в первую очередь, создавать условия для успешной социализации семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. [9, с. 101]

Психолого-педагогическое сопровождение можно рассматривать в нескольких аспектах:

- как профессиональную деятельность педагога-психолога, способного оказать помощь и поддержку в сопровождении семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ;
- как взаимодействие сопровождающего и сопровождаемого;
- как технологию, включающую ряд последовательных этапов деятельности педагога, психолога и других специалистов по обеспечению;
- как систему, характеризующую взаимосвязь и взаимообусловленность элементов: целевого, содержательного, процессуального и результативного[2].

Кроме того, Д.М. Павленок считает, что важнейшим направлением развития работ по оказанию психолого-социальной помощи детям с ОВЗ является проведение информационной работы. Как правило, информация,

имеющаяся в лечебно-профилактических учреждениях, носит статистический характер и не затрагивает психологических аспектов жизни семьи. Имея ограничения жизнедеятельности, дети с ОВЗ при современных условиях могли бы адаптироваться к социальной среде, учиться, используя дистанционные системы образования, а также быть профессионально востребованными. Поэтому сегодня крайне важно создание доброжелательной среды сопровождения на всех этапах этой помощи, психологическая поддержка родителей, вовлечение семей детей с ОВЗ в коллективные формы взаимодействия [19].

Таким образом, комплексное психолого-педагогическое сопровождение представляет собой систему деятельности, направленной на оптимизацию системы межличностных отношений в семье, обеспечение полноценной жизни особого ребенка в семейной среде путем создания условий, способствующих раскрытию личностного потенциала членов семьи, а также обучения родителей детей с ограниченными возможностями коррекционным методикам для применения в домашних условиях.

Благополучная интеграция семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ в социум, обеспечение их социального статуса и расширение их возможностей требует осуществления ряда специальных мер.

В соответствии с качественно-количественными характеристиками субъектов психокоррекционного воздействия, в методике выделяют следующие направления работы:

- коррекция эмоционально-личностных и поведенческих нарушений у детей с отклонениями в развитии;
- коррекция нарушений в личностной и межличностной сферах. [26, с. 213-230]

Исправление эмоционально-личностных нарушений и поведенческих девиаций у детей с ОВЗ в развитии можно осуществлять с помощью приемов арттерапии, игротерапии, сказкотерапии, как в индивидуальной, так и групповой формах. Коррекция детско-родительских

отношений необходимо проводить в форме совместных занятий и тренинговых игр. [44, с. 235]

2. Психолого-педагогическое направление. Основной целью данного направления является переструктурирование иерархии жизненных ценностей родителей и ребенка с ОВЗ. Прежде всего, оно направлено на оптимизацию самосознания родителей, что позволяет сформировать адекватные способы взаимодействия с ребенком. Данный процесс становится возможным в случае нейтрализации или снижения степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором они оба находятся. Среди методов работы можно выделить следующие:

- демонстрация родителям методических приемов работы, направленных на коррекцию нарушений в развитии ребенка, формирование навыков адекватного поведения и гармоничной личности;
- выполнение домашних заданий со своим ребенком;
- чтение родителями специальной литературы, рекомендованной психологом;
- реализация родителями творческих замыслов в работе с ребенком

В работе по коррекции взаимоотношений между родителями и ребенком можно использовать следующие психокоррекционные техники и методики:

- холдинг-терапия, сказко-, библио- и музыкотерапия;
- вокалотерапия (совместное пение);
- хореотерапия (совместный танец);
- эстетотерапия;
- арттерапия;
- туротерапия;
- трудотерапия [8].

3. Психокоррекционное направление. Задачи психокоррекционного направления следующие:

- формирование новых жизненных ориентиров у родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ;
- коррекция отношений в диаде родитель – ребенок с ОВЗ;
- коррекция нарушенного психологического состояния родителей;
- коррекция неадекватных поведенческих реакций в отношениях к ребенку;
- выявление причин изоляции и отстраненности родителей от контактов с ребенком;
- осознание роли и меры своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций и др. [15].

В процессе занятий участники получают эмоциональную поддержку со стороны психолога; обретают способность более свободно выражать собственные эмоции, как положительные, так и отрицательные; учатся вербализировать и понимать собственные чувства; производят эмоциональную коррекцию своих отношений [14]. Кроме того, психокоррекционные занятия помогают распознать собственные неконструктивные поведенческие реакции; приобрести навыки адекватного общения с социумом; развивать коммуникативные формы поведения, способствующие самоактуализации и самоутверждению; выработать способность к закреплению адекватных форм поведения и реагирования на проблемы ребенка на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

Е.Г. Силяева, что помощь, имеющей с ОВЗ, осуществляется в нескольких, к которым относит формы [23]:

1. *родительских, обществ лей детей с возможностями.* клуб - перспективная работы с, учитывающая потребности, способствующая активной позиции процесса, института и передаче в воспитании. Основной данной психологической родителям, ребенка с, является: педагогической родителей в воспитания, укрепления детей с, а также

семьям адаптации и детей с в общество. родители расширить общения, о жизни семей с ними проблемами, не , а поддержку и .[8, с. 153]

2. *Информационное подобных* : выпуск журналов отдельных , в уже себя или изданиях. будут практические по за с ОВЗ, и рекомендации по нию повседневных , связанных с воспитания , знакомство с тех, смог трудности и доброжелательные в семье. [25, с. 17-20]

3. *в поиске поддержки* (материальной, , медицинской, , духовной). форма с семьей, в очередь, родителям в правовых воспитания с ОВЗ, их в и трудовые , становление активных общества. [41, с. 75]

4. *своего «борьбы» первого к пониманию скрытых* . В первую , это осознанию используемого реагирования, и возможности, помощи выбрать , более . Для в этом важна проблемы с уменьшения ; сравнение с других и нахождение -то своего . Поскольку носит , характер, и в рамках объединяются различной , имеющие опыт. К относятся: педагоги, , дефектолог, , юристы, , организующие помощь и , специалисты, технологиями досуга , а также с общественностью и мониторинга, координацией и над по прав с ОВЗ [29].

5. *-педагогическая* . Она быть дифференцированной и приближенной к альности, в которой семья, ребенка с . В процессе родители возможность , какие могут на этапах и воспитания с ОВЗ. понимание , что мере ления ребенка с , родителям проявлять и гибкость в простора детской . Поэтому консультации проводиться с целью отдельных и выработки и тактики родителей в ситуациях.

6. *проблемы физического ребенка и окружающими* . Часто концентрируют именно дефекте, органе и мятся все усилия на компенсацию возможное . При теряется пласт отношений, мог сыграть роль в ребенка в .

### **1.3.Критерии родителей каждом прохождения психологического**

## **связанного с рождением ребенка с ОВЗ**

Переживание кризиса всегда представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки стадий могут сосуществовать в различных сочетаниях. Часто наблюдаются временные возвраты на предыдущие этапы (этот процесс естественен), затем снова продвижение вперед, и вновь возврат, и т. д. Эта «челночная» динамика горя может вызывать разочарование и усталость окружающих, которые с нетерпением ожидают «возвращения» родителя в «нормальную» жизнь. Но выражать нетерпение в данном процессе ни в коем случае нельзя. [7, с. 141]

Важно помнить, что на разных стадиях работы горя актуальные задачи родителей, их возможности и пути вовлечения в психотерапевтическую работу будут отличаться. Помощь горяющему человеку – задача весьма деликатная. С профессиональной точки зрения она требует применения специальных психотехник, но специалисты часто оказываются неподготовленными к их выполнению.

Например, на практике психолог может встретиться с такой проблемой как частичное или полное отсутствие сотрудничества родителей в работе по самовосстановлению. Все дело в том, что родители, как правило, приходят за помощью после длительного (иногда многолетнего) пребывания в условиях постоянного психологического стресса. В этих условиях симптомы горя «вплетаются» в их образ жизни, становятся их личностными особенностями. Пассивность (как социальная, так и в процессе психологической реабилитации) родителей, воспитывающих детей с ОВЗ часто и вызвана именно тем, что они утратили значительную долю личностной активности, желаний, стремлений, волю к позитивным жизненным преобразованиям. Часто вся психическая энергия таких родителей направлена на бесконечные жалобы, хождение по инстанциям в поисках участия и помощи. [24, с. 131]

В самых крайних проявлениях абсолютно рентной позиции родителей (страх ответственности и активности) становится невозможной полноценная психореабилитация. Так как пока прежний травматический опыт не будет переработан, ничего в жизни родителей не изменится. В данном случае работа психолога/психотерапевта сводится только к диагностическим и релаксационным мероприятиям. Но даже в таком формате работы психологу важно внимательно выслушать родителей, внимательно отнестись к их состоянию, страданию, проявить уважение к их точке зрения на проблему.

Однако, большинство родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, несмотря на то, что изначально не слишком заинтересованные в реабилитационной работе («да мне ничего не надо, просто меня к вам направил ..... », «не мне реабилитация нужна, а ребенку, но пришла, так как у вас такие порядки»), постепенно все с большей активностью используют время психотерапии для переработки и переосмысления тяжелого опыта. Важно учитывать, что общая продолжительность реабилитационного процесса для каждого родителя совершенно индивидуальна. И очень важно, чтобы родители прошли все этапы работы горя. [40, с. 76-80]

#### Первая стадия работы горя

Стадия шока. Трагическое известие вызывает ужас, эмоциональный ступор, отстраненность от всего происходящего или, наоборот, внутренний взрыв. В сознании родителя появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, и тогда в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде. [6, с. 200]

Наиболее выражены следующие черты: постоянные вздохи, жалобы на потерю силы и истощение, отсутствие аппетита; могут наблюдаться некоторые изменения сознания – легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции с другими («как они могут улыбаться, разговаривать, ходить в магазины»). Переживания этого этапа нормальны, если не слишком длительны. Естественно, родители на этой стадии не

обращаются за помощью и всячески от нее отказываются. Это нормально, так как это первый этап, который позволяет постепенно приспособиться к утрате. Обычно комплекс шоковых реакций психологически истолковывается как защитное отрицание факта, предохраняющее горящего от столкновения с утратой сразу во всем объеме. [23, с. 235]

Например, наиболее типичная реакция родителей на поставленный врачом диагноз о наличии у ребенка отклонений в развитии – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Даже понимая чувства родителей, на этом этапе мало чем можно им помочь. В то же время несомненно, что длительная задержка в признании родителями диагноза может лишить ребенка своевременного лечения, необходимой ему медико-психолого-педагогической помощи. Следовательно, психологи должны помочь семьям постепенно смириться с мыслью о том, что у их ребенка имеются особые нужды, которые должны удовлетворяться. То есть, родители редко приходят за помощью к психологу на данной стадии. Но если они и посещают специалиста, то бывают растеряны, переживают ощущения жизненного хаоса, тревожность. Они стремятся как можно скорее избавиться от тягостных переживаний и желают «видимого прогресса», а не «малых шагов». Поэтому родители часто ведут себя так, будто каждый человек из их окружения, включая специалистов, к которым они обращаются, виноват во всех их несчастиях и ожидают от них решения всех своих проблем. Родители не проявляют готовности глубоко работать над сложившейся ситуацией, и тем более, не готовы пересматривать собственные установки и страхи. То есть, родители не подразумевают личных изменений и не способны измениться, даже стремятся защищать свою привычку к деструктивному поведению (если она есть). [39, с. 101]

На данной стадии это естественные паттерны поведенческих и

металльных установок, т. к. родители либо не осознают проблематичности своего поведения, либо не хотят задумываться об изменении поведения. Поэтому наблюдается несфокусированность желаний и действий (нет конкретной цели для себя): «Хочу, чтобы все стало хорошо», «Хочу, чтобы меня оставили в покое», «Я ничего не хочу, я устала» и т. д.

Особенности взаимодействия с родителем на этой стадии. Работа специалиста, на данном этапе должны формировать убеждение родителей в том, что:

- оплакивание потери естественно;
- ощущение потери пройдет тем быстрее, чем больше родители будут прилагать усилий к восстановлению;
- если родители пережили такие тяжелые жизненные события и, тем не менее, нашла в себе силы обратиться за психологической помощью, то у них явно есть ресурсы и силы для преодоления сложного периода жизни.

Вторая стадия работы горя

Стадия отрицания (поиска) характеризуется неверием в реальность потери. Родитель убеждает себя и других в том, что «все еще изменится к лучшему», что «врачи ошиблись». Здесь характерно не отрицание самого факта потери, но отрицание факта постоянства потери.

В это время родителю бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность воспринимается как бы через «прозрачную пелену». Сознание сторонится боли, которая грозит разрушением (не хочет верить в то, что собственная жизнь теперь тоже должна измениться). В этот период жизни родитель отчаянно пытается убедиться в том, что все осталось как прежде.

Отрицание – это естественный психологический защитный механизм, поддерживающий иллюзию о том, что мир будет меняться, следуя за нашими «да» и «нет», а еще лучше – оставаться неизменным. Но постепенно сознание начинает принимать реальность потери и ее боль, и тогда внутреннее пространство начинает заполняться эмоциями. [22, с. 175]

Важно, чтобы это состояние не перешло в хроническое. Отрицание факта утраты может принимать и патологические формы, когда родители теряют контакт с реальностью, отказываясь видеть очевидные отклонения у своего ребенка («само пройдет», «диагноз – это медицинская ошибка»). [38, с. 153]

Если родители обратились к специалисту на данной стадии, то первый шаг, который имеет смысл сделать, – просто поговорить с родителями об их чувствах, дать им возможность рассказать о своих переживаниях, выразить их. Уже одного этого (при эмпатическом принимающем участии психолога) может оказаться достаточно для того, чтобы осознать ограниченность человеческих возможностей, в частности, неспособности полностью предвидеть будущее; принять собственное несовершенство (отсутствие всемогущества). В случае невротической вины, возможно, выявить ее источник, помочь переосмыслить ситуацию, выработать более зрелое отношение. Если родители не готовы расстаться с чувством вины (она им еще нужна), то возможно извлечь из нее позитивный жизненный смысл и научиться с ней жить на данном этапе. Но даже в ситуации, если действия родителей никак не связаны с предметом вины (иррациональные умозаключения), эмпатическое слушание на психологической консультации может принести им некоторое утешение. [5, с. 241-250]

То есть на данном этапе возможен такой вариант работы с чувством вины:

Если то, с чем связана вина, нельзя исправить, то тогда ее остается только принять. Например, осознание настоящего и принятие будущего: «Я сожалею, что мои мечты стать бабушкой не будут осуществлены», или «К сожалению, мой ребенок не сможет быть мне опорой и поддержкой в старости». Данное принятие влияет на ежедневные поведенческие паттерны (действия), в которых нет триггеров (пусковых механизмов) для чувства вины: «Я понимаю, что мне ежедневно придется сталкиваться с предубеждениями, но я осознаю, что такое отношение связано с

бестактностью окружающих, а не с оценкой меня и моего ребенка. Я не могу влиять на толерантность общества и принятие им людей с особыми потребностями, но я могу рационально реагировать (эмоционально не вовлекаясь), т. к. я уверена, что я – хорошая мать, достаточно заботящаяся о своем ребенке».

Важно помнить, что чувство вины субъективно и неотделимо от личности, поэтому избавиться от него раз и навсегда не получится. Человек имеет право на это чувство, оно не ничего не говорит о его качествах. Признак внутренней психической зрелости – способность исправлять последствия действий, вызвавших вину и отделять себя от деструктивной (иррациональной) вины («да, у меня это чувство есть, но не имеет ничего общего с реальностью»).

Иррациональное чувство вины – часто встречающаяся реакция родителей на сообщение об особенностях их ребенка. Но если оно перерастает во всепоглощающее страдание и переживания родителей по поводу их проступков и ошибок, которые, как они полагают, и привели к заболеванию ребенка, то необходима психокоррекция их состояния. [37, с. 141]

Особенности взаимодействия с родителем на этой стадии:

- Подчеркивать, что ребенок нуждается не только в комплексе мер коррекции (медицинских, социальных, психолого-педагогических), но и в командном взаимодействии (представителей учреждений и родителей). [21, с. 24]
- Выдавать рекомендации в письменном виде (родители могут менять свое мнение, отказываться от взаимодействия, забывать выполнять задания, терять их).
- Проводить просветительскую работу как об индивидуальных особенностях ребенка («ребенку требуется специальная медицинская и психологическая коррекционная работа», «он не станет таким, как большинство сверстников»), так и об особенностях работы горя (стадия

отрицания может усугубляться как страхом неизвестности, так и непониманием своих ощущений и эмоций).

- Если у родителя возникло чувство отчаянья, то акцент в деятельности специалистов должен быть на том факте, что родители не одиноки и им готовы прийти на помощь и поддержать. Взаимоотношения в семье на данной стадии может приобретать нелогичный, неадекватный ситуации характер. К сожалению, не все родители умеют создать условия, позволяющие ребенку нормально развиваться. [4, с. 262]

#### Третья стадия работы горя

Стадия агрессии, которая выражается в форме негодования, враждебности по отношению к окружающим, обвинения себя, родных или знакомых, лечившего врача, и др. Находясь на этой стадии человек, может угрожать «виновным» или, наоборот, заниматься самобичеванием, чувствуя свою вину в произошедшем. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших событию, доказательства, что он не сделал все, что мог (не вовремя принял лекарство, не прошел дополнительные обследования и т. д.). То есть, родитель обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей. На данной стадии чувство вины может быть слишком неадекватно и гипертрофированно, а самообвинение может превращаться в настоящее самобичевание. Как правило, такому положению вещей способствует идеализация «ребенка мечты» и «очернение» самого себя, преувеличение своих недостатков. Родитель может воспринимать все свои поступки как ущерб для окружающих. Важно понимать, что такой вывод возникает автоматически, если вина является хроническим чувством. В этом случае необходима длительная работа по восстановлению адекватного восприятия собственной личности родителем, а также формирования привычки обращать внимание на появление чувства вины и отслеживать ее логичность («действительно ли мной причинен вред или это иллюзия?»)

Спектр переживаемых в это время эмоций также достаточно широк, т.

к. человек остро переживает утрату и плохо контролирует себя. Картины переживаний существенно дополняют реакции клинического спектра:

изменения сна; панический страх; изменения аппетита, сопровождающиеся значительной потерей или приобретением веса; периоды необъяснимого плача;

усталость и общая слабость; мышечный тремор; резкие смены настроения;

неспособность сосредоточиться и/или вспомнить ; потеря интереса к новостям, работе, друзьям, т. д.; недостаточная мотивация ;повышенная необходимость говорить о диагнозе; апатия и отчуждение, стремление к уединению.

Однако какими непереносимыми ни были бы чувства вины, ощущения несправедливости и невозможности дальнейшего существования, все это – естественный процесс переживания утраты. Данные чувства возникают на почве беспомощности, безысходности и разочарования, как в самом себе, так и в своем ребенке. В этом случае, с психологической точки зрения, эти эмоциональные состояния оправданы, но если они затягиваются, длятся слишком долго или несправедливо направлены на ребенка, то необходима психокоррекция, так как эти состояния в хронической форме неестественны для родительства. Когда злость находит свой выход и интенсивность эмоций снижается, наступает следующая, четвертая стадия, стадия депрессии (дезорганизации). [20, с. 231]

Особенности взаимодействия с родителем на этой стадии:

- Важно принимать все чувства, связанные с утратой. Часто на данной стадии у родителей идет запрет на чувства, особенно негативные. Поэтому родитель признает только положительные черты и состояния ребенка (с отказом обсуждения, уходом от специалиста при отрицательных отзывах). Поэтому необходимо избегать негативно окрашенных формулировок способностей и состояний ребенка. [36, с. 200]

- Родители часто обращаются к врачам, различным специалистам с

вопросом «что делать?». Могут заполнять весь день походам по центрам и занятиям, обследованиям. Но при просьбе личной включенности в терапию могут уходить с претензией на «обман», обесценивать работу специалистов. Важно при обсуждении плана коррекционных мероприятий выдавать четкие рекомендации родителям, что снижает риск «перекладывания ответственности» за динамику развития ребенка только на специалистов.

- Рекомендуется завести «семейный архив», куда родитель будет фиксировать информацию о динамике развития ребенка, его новых интересах, навыках (работа с амбивалентными установками «я хороший/плохой родитель»).

- Возможно, привлекать родителей к участию в мероприятиях учреждения (работа с установкой «я живу для ребенка», «все ради него», «на первом месте - ребенок»).

- Помочь родителю понять, что переживаемые им негативные чувства, направленные на других, являются нормальными для данного этапа; а также помочь выразить эти чувства в приемлемой форме, направить их в конструктивное русло.

Таким образом, на этой стадии у родителя может возникать чувство обманутых надежд, утрачиваться вера в лечение и коррекцию. Этот внутренний конфликт, который может внешне проявляться в форме недоверия к специалистам, которые кажутся невнимательными или не слишком квалифицированными. Так же родитель может обращаться к специалистам по незначительным поводам, настаивать на перемене врача или психолога, самого лечения, углубляется в изучении болезни. Причиной такой декомпенсации может быть и недостаток положительной занятости, отсутствие положительного наполнения психической области (трудотерапия, общественная и культурная вовлеченность). [3, с. 92]

Четвертая стадия работы горя

Стадия депрессии (страдания, дезорганизации) – тоски, одиночества, ухода в себя и глубокого погружения в правду потери. Именно на эту стадию

приходится большая часть работы горя, потому что родитель имеет возможность переосмысливать ценность собственной жизни. Поэтому это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей, ощущение пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство одиночества, злость, вина, страх, тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом Ребенка своей мечты и его идеализация (например, возможные необычайные достоинства), что еще больше усиливает болезненные переживания. Родитель «начинает понимать», как на самом деле он был счастлив и насколько не ценил это. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими. Здесь может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность: трудно бывает сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца, сложно организованная деятельность может на какое-то время стать и вовсе недоступной. Как это ни парадоксально, но эта иногда непереносимая боль вызывается самим горящим (родителем): феноменологически в приступе острого горя родители «уходят», «отталкивают» Ребенка мечты от себя. И вот этот, своими руками производимый отрыв и вызывает душевную боль. На этой стадии происходит функциональная перестройка семьи: осознание индивидуальных особенностей ребенка, понимание того, что ребенку нужны определенные условия. Причем это понимание должно учитывать динамику: учет психофизиологического роста и развития ребенка.

Особенности взаимодействия с родителем на этой стадии:

- Возможно, рекомендовать специальную литературу по развитию и воспитанию. [19, с. 214]
- Обсуждайте с родителями образ будущего, например, образовательный маршрут ребенка, его ожидаемое будущее в социуме.
- Стимулируйте обмен опытом с родителями, чьи дети имеют схожие особенности.

- Посоветуйте привлекать родственников к помощи за ребенком или делегировать им бытовые обязанности (или расширять круг социальных контактов для оптимального социального функционирования семьи).

- Главная цель работы психолога на рассматриваемом этапе – помощь в принятии утраты. Для того чтобы это принятие наступило, бывает важно, чтобы родитель принял сначала свое страдание по поводу утраты. Тогда он сможет отнестись к испытываемой им боли как к естественной реакции на потерю, понять, что было бы странно, если бы ее (боли) не было. [2, с. 264]

- Кратко можно акцентировать внимание на проявлениях психологического потрясения: повышенная неуверенность, опасения, страхи, тревога. Но данное угнетенное состояние наступает, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Родитель чувствует себя неудачником, снижается уровень самооценки, он начинает сторониться специалистов, не доверять им. [34, с. 262]

Важно помнить, что иногда родители не имеют уверенности в прогнозе заболевания, его последствиях для дальнейшей жизни. Они пытаются приобрести расположение специалистов, что трактуется как назойливость, навязчивость. Но в действительности речь лишь идет о проявлении потребности найти уверенность и чувство безопасности, обеспечить себе опору в тех людях, от которых зависит здоровье ребенка.

Пятая стадия работы горя

Стадия принятия произошедшего. Теоретически эту стадию подразделяют на две (например, Дж. Тейтельбаум, Ф. Василюк):

Стадия остаточных толчков и реорганизации. На этой подстадии жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, профессиональная деятельность, а фантазийный ребенок перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя теперь протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных «приступов». Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, но на

фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. Но постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. [18, с. 265]

Стадия «завершения». Смысл и задача работы горя в этой подстадии состоит в том, чтобы образ Ребенка мечты был личной памяти родителя, как светлый образ, вызывающий лишь светлую грусть. То есть, перестраиваются и переосмысляются не только эмоции, связанные с диагнозом ребенка, но и с идентичностью себя, как родителя:

- пересмотр жизненных приоритетов, выявление наиболее важных смыслов жизнедеятельности;
- определение долговременных жизненных целей, планов на будущее.

Как правило, на этой стадии родителю легче увидеть и признать изменения, найти ресурсы и сделать шаги в направлении реорганизации жизни. В идеале у родителя должно появиться как принятие ребенка таким, каков он есть, так и научение самому преодолевать текущие проблемы (у себя, ребенка, в семейной системе). То есть, родители, занимающие данную активную позицию, сами способны устанавливать необходимые связи и контакты, создавать комфортные условия и решать проблемы самостоятельно.

Хотя на этом этапе тоже случаются кризисные моменты, тем не менее, родители уже выработали позитивные установки как по отношению к самим себе, так и к своему ребенку, что позволяет им формировать у себя такие навыки, которые помогут им в дальнейшем преодолевать негативные события.

Таким образом, помимо несомненных потерь и негативных последствий, многие утраты приносят и что-то положительное в жизнь людей, оказываются толчком к рождению чего-то нового и важного, способствуют более тонкому восприятию случившейся утраты и открытию новых жизненных смыслов. [33, с. 92]

Особенности взаимодействия с родителем на этой стадии в том, чтобы четко оговаривать сферу компетенции как специалистов служб сопровождения, психологов, так и родителей, а так же дальнейшие этапы коррекционных программ и способы их оценки (эффективности).

Одним из самых больших препятствий работы психолога с родителями является часто неосознанное стремление родителей избежать сильного страдания, связанного с переживанием горя, и уклониться от выражения эмоций, с ним связанных. В этих случаях происходит «застревание» на каком-либо из этапов и возможно появление болезненных реакций горя.

Родители могут испытывать скрытые противоречивые чувства по поводу изменений в процессе работы с психологом, т. к. находятся в нестабильном состоянии. Поддержать родителей в этом процессе возможно, если:

- обсудить, как именно родители будут действовать;
- подчеркнуть их сильные качества;
- обсудить различные варианты решений;
- выразить своего принятие и понимание их эмоциональных состояний;
- побудить делиться своими опасениями и т. п. [17, с. 283]

Поддерживать конструктивные изменения в поведении родителей, переживающим утрату, бывает трудно, особенно потому, что ближайшее окружение может привычно ожидать от них прежних реакций и сопротивляется новым поведенческим стратегиям. Поэтому психологу важно поощрять активные и разумные решения родителей, направленные на поддержание сделанных изменений. [1, с. 175]

*Важно отметить, что у членов семьи процесс горя идет не параллельно.* Каждый переживает утрату по-разному: с разным временным проживанием, с разным проявлением чувств. Это то же может вызвать непонимание и конфликты. Например, у матери ярко проявляется беспомощность и негативные эмоции, требует постоянной помощи

специалистов (3 стадия), а отец – избегает переживаний, уходит в работу (2 стадия).

Ученые подчеркивают, что процесс работы горя может осложняться конфликтами родителей, которые переживают рождение ребенка с ОВЗ «неодинаковыми» способами. Но мы должны понимать, что это нормально, если люди переживают горе по-разному (чаще всего в соответствии с гендерными стереотипами): женщины – более открыто, эмоционально, а муж-чины подавляют его и «отвлекают» себя от горя через работу или иные занятия. Но, к сожалению, по этой психологической причине возможен и распад брака. [32, с. 264]

Принимая существование потери, страдания, горя в своей жизни, человек становится способным более полно ощутить себя и прожить свою собственную жизнь. Поэтому задачи утраты неизменны, поскольку обусловлены самим процессом, а формы и способы их решения индивидуальны и зависят от личностных и социальных особенностей горящего человека. Четыре задачи утраты, решаются всегда последовательно. Если задачи не будут решены, процесс горевания не будет развиваться дальше и стремиться к завершению. Реакция утраты может блокироваться на любой из стадий, следовательно, остановка реакции на этапе решения каждой из задач имеет определенную симптоматику. [16, с. 251]

Первая задача – признание факта потери. Отрицание может использоваться на разных уровнях и принимать разные формы, но, как правило, включает в себя либо отрицание факта потери, либо ее значимости, либо необратимости. [42, с. 15]

Вторая задача горя состоит в том, чтобы пережить боль потери. Имеется в виду, что нужно пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате. Если горящий не может почувствовать и прожить боль потери, которая есть всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью психолога/терапевта, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосматику или расстройства поведения.

Избегание выполнения второй задачи достигается разными способами. Это может быть отрицание наличия боли или других мучительных чувств. В других случаях это может быть избегание мучительных мыслей. Например, могут допускаться только позитивные, «приятные» мысли, вплоть до полной идеализации. Некоторые люди начинают с этой целью употреблять алкоголь. Другие используют более социально одобряемые способы – длительные путе-шествия или работу с большим напряжением (которые не позволяют задуматься о чем-нибудь, кроме ежедневных дел). Людям необходимо решить эту трудную задачу, открыть и прожить боль, не разрушаясь. Ее нужно прожить, чтобы не нести через всю жизнь. [31, с. 175]

Третья задача, с которой должен справиться горящий, это организация окружения. Когда человек переживает утрату, он теряет не только объект, которому адресованы чувства, он лишается определенного уклада жизни (выполнение каких-то действий или определенного поведения, исполнения каких-либо ролей, обязанностей). После потери жизнь необходимо реорганизовать. Организация нового окружения означает разные вещи для разных людей. Даже если родитель не осознает роли ребенка мечты, то терапевту нужно акцентировать внимание на том факте, что родитель потерял с рождением ребенка и как это может быть восполнено. Родитель должен приобретать новые навыки, и семья может оказать поддержку в их приобретении. Часто у родителя вырабатываются новые способы преодоления возникших трудностей и перед ним открываются новые возможности, так что происходит переформулирование факта потери в нечто, имеющее также позитивный смысл. Это один из вариантов успешного завершения третьей задачи. Кроме утраты объекта, некоторые люди одновременно переживают чувство утраты себя, собственного «Я». Женщины, определяющие свою идентичность через рождение здорового ребенка, «потеряв» объект заботы, переживают чувство утраты себя. Работа с такими родителями охватывает намного больше задач, чем просто выработка новых навыков и умения справляться с новыми ролями. Утрата

часто приводит родителя к сильному регрессу и восприятию себя как беспомощного, неспособного справляться с затруднениями и неумелого, как ребенок. Попытка выполнять роль родителя ребенка с ОВЗ может первоначально оказаться неудачной, и это ведет к еще более глубокому регрессу и снижению самооценки. Сохранение пассивной, беспомощной позиции помогает избегать одиночества – друзья и близкие могут активно помогать и участвовать в жизни. В первое время это нормально, но в дальнейшем использование этой жизненной позиции препятствует возвращению к полноценной жизни. [15, с. 245]

Четвертая задача – это выстроить новое отношение к факту рождения ребенка ОВЗ и продолжать жить. Решение этой четвертой задачи предполагает появление возможности продолжать эффективно и полноценно жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения. Часто эта задача начинает реализовываться только через несколько лет после рождения ребенка. Препятствием этой задаче может быть чувство вины или запрет на рождение нового ребенка (как избегание возможности вновь столкнуться с утратой и фактом рождения ребенка с ОВЗ). Признаком того, что эта задача не решается, часто бывает ощущение, что «жизнь стоит на месте», «после его рождения я не живу», нарастает беспокойство. [29, с. 143]

Момент, который можно считать завершением работы горя, неочевиден. Некоторые авторы называют конкретные временные сроки – чаще всего год. Однако нельзя определить точный конкретный срок, на протяжении которого будет разворачиваться переживание утраты. Ее можно считать завершенной тогда, когда человек, переживший потерю, сделает все четыре шага, решит все четыре задачи горя. Признаком этого является способность адресовать большую часть чувств другим людям, быть восприимчивым к новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить о ребенке «без боли». То есть, работа горя завершена, когда тот, кто пережил утрату, вновь способен вести нормальную жизнь (есть интерес к жизни), адекватно своему социальному статусу и складу характера.

Таким образом, личностные изменения закономерны для терапевтического процесса. Данные особенности стали основой модели изменений и мотивационного сопровождения человека психологом/психотерапевтом на пути реализации терапевтических изменений (Прохаска и Ди Клементе, 1983):

*Предсозерцание.* Не планирует изменений. Нет понимания сути ситуации и проблемы. *Созерцание.* Предполагает изменения. «Нужно что-то менять. Но что?» *Подготовка.* Делает первый шаг. «Это зависит от меня». *Действие.* Изменение поведения «И что же конкретно мне делать?» *Поддержка.* Поддержка изменений. Вопрос «цены» изменений. «А то, что будет потом, стоит ли таких трудов и трудностей?». Изменения могут происходить, если ответ на этот вопрос утвердительный. [14, с. 235]

Мы можем выделить основные критерии психологического сопровождения родителей, такие как:

1. Информационное просвещение о процессе горя как психологическом явлении, его последствиях.
2. Обучение приемам релаксации, снятия стрессового напряжения, эмоциональной саморегуляции, развитие эмоциональной грамотности.
3. Проработка эмоций страха и гнева, работа с мышечными зажимами и выбросами «запретных» эмоций (продуктивная переработка эмоций).
4. Снятие иррациональной вины: анализ ситуаций, работа по осознанию внутренних установок, навязывающих чувство вины, стимуляция самореабилитации и самопрощения.
5. Раскрытие деструктивных установок в отношении себя и своей жизни, саморазрушительных механизмов, их анализ и постепенная замена на конструктивные, ведущие к преодолению и развитию.
6. Восстановление образа «Я», развитие внутренней устойчивости, принятие себя.
7. Восстановление личностных границ, разделение и отделение

ответственности в ситуациях взаимодействия. [30, с. 235]

Параллельно с вышеперечисленной психологической работой проводится проработка чувства утраты (родители навсегда расстается с надеждой на то, что их иллюзии относительно «ребенка мечты» когда-нибудь станут реальностью).

Данные критерии характерны не только при рождении ребенка с ОВЗ, но и в других тяжелых психологических ситуациях, вызванных как физиологическими факторами (серьезная болезнь, смерть значимого человека), так и социальными (выход на пенсию, уход выросших детей из дома). Данные ситуации всегда дают возможность трансформации, более глубинного (экзистенциального) понимания смысла субъективной жизни.

### **Вывод по 1 главе**

Реализация семейных функций осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. При рождении в семье ребенка, имеющего ограниченные возможности, на каждом из уровней реализации семейных функций происходят изменения, что создает специфические психолого-педагогические условия его развития и воспитания.

В семье ребенка с ограниченными возможностями выявлены следующие психолого-педагогические условия реализации воспитательной функции: а) низкий уровень родительской компетентности; б) наличие в семье противоречий при выборе средств и способов воспитания детей с ограниченными возможностями; в) отсутствие непосредственного эмоционального общения между членами семьи; г) отсутствие возможностей для самовыражения, самореализации; д) распределение домашних

обязанностей без учета возможностей и сил каждого члена семьи; е)  
неорганизованный досуг детей и взрослых.

## **Глава 2. Практическая организация исследования**

### **эмоционального переживания родителей связанного с рождением ребенка с ОВЗ**

**Цель исследования** – Разработать программу занятий по критериям психологического сопровождения родителей, находящихся в процессе кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ.

Поставленная цель исследования определяют собой необходимость решения следующих **задач**.

1) Изучение психолого-педагогической литературы по проблеме исследования;

2) Выявление критериев психологического сопровождения и поддержки родителей, находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ

3) Разработка программы занятий по выбранным критериям психологического сопровождения родителей, находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ

4) Проведение программы занятий по психологическому сопровождению родителей, находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка ОВЗ.

5) Разработка психологических рекомендаций для родителей находящихся в кризисе, связанного с рождением ребенка с ОВЗ

**База исследования:** Исследование проводилось на базе Краевого центра семьи и детей г. Красноярска.

#### **Характеристики участников:**

В исследовании принимали участие родители, имеющие ребенка с

ОВЗ в количестве-9 чел. В возрасте от 25 лет до 60 лет.

### **Этапы исследования.**

Исследование включало в себя четыре этапа.

Этап 1. Проведен теоретический анализ литературы по проблеме исследования, определены позиции исследования (цель, объект, предмет, задачи, база исследования).

Этап 2. Подбор психодиагностического инструментария для выявления личностного профиля переживаемого кризиса у родителей; сбор эмпирических данных с помощью психодиагностических методик.

Этап 3. Проведение программы занятий по психологическому сопровождению и родителей с детьми ОВЗ.

Этап 4. Обобщение и анализ полученных результатов психодиагностики, после проведенного программа занятий.

Испытуемые привлекались по собственному желанию, это важно, поскольку исследование предполагает настрой на серьезную работу. Психодиагностика проводилась в групповой форме во время проведения занятий в группе. Для заполнения испытуемым предъявлялись бланки методик и зачитывались инструкции. Участие в исследовании, в соответствии с этическими принципами психолога, анонимное.

**Методы исследования.** В исследовании применялись:

во-первых, теоретические методы (анализ теоретических источников);

во-вторых, эмпирические методы (метод тестирования), а именно:

- 1) беседа с родителями;
- 2) опросник личностный профиль кризиса (А.Е. Тарас -2003г);
- 3) методика «Шкала оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» (Спилбергер Ч. Д., адаптация Ханина Ю. Л.,1987)

**Пакет психодиагностических методик исследования.**

опросник «Личностный профиль кризиса» (А.Е. Тарас -2003г); использовался как базовый для определения личностного профиля переживаемого кризиса родителями;

методика «Шкала оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» (Спилбергер Ч. Д., адаптация Ханина Ю. Л.,1987) позволил уточнить и дополнить данные о личностном профиле кризиса родителей;

**Опросник личностный профиль кризиса (А.Е. Тарас).** Предлагаемый опросник позволяет определить личностный профиль переживаемого кризиса. Теоретической основой данной методики является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего, как правило, следующие сферы:

- функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном);
- нарушения познавательно-аналитической деятельности (внимания, восприятия, мышления, памяти и др.);
- нарушения эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции — гнев, стыд, вина, либо эмоциональная тупость, либо слабодушие, повышенная эмоциональность);
- депрессивное настроение;
- перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.).

Опросник состоит из 60 вопросов. Методика имеет следующую инструкцию:

Прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте номера тех из них, которые соответствуют вашему нынешнему состоянию. Если утверждение лишь частично верно, то подчеркните ту его часть, которая соответствует вашим реакциям. Хотим напомнить, что в приведенном списке

нет плохих либо хороших проявлений и реакций. Все они представляют собой лишь неизбежное следствие переживаемого кризиса.

Тестовый материал и ключи опросника представлен в Приложении А.

Обработка результатов: каждый утвердительный ответ оценивается в один балл. Подсчитайте баллы в соответствии со следующим ключом, затем сумму умножьте на соответствующее данной шкале число (если оно есть).

1. Общее состояние:

Функциональные проблемы:

а) нарушения функционирования вегетативной системы (26, 36, 51 x 4);

б) нарушения сердечной деятельности (6, 31 x 6);

в) нарушения дыхания (11, 41 x 6);

г) нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта (16, 46 x 6);

д) проблемы со сном (21, 56 x 6).

2. Осложнения познавательно-аналитической деятельности:

а) осложнения функционирования внимания (2, 22, 42 x 4);

б) осложнения функционирования восприятия (7, 27, 47 x 4);

в) осложнения функционирования мышление (12, 32, 52 x 4);

г) осложнения функционирования памяти (17, 37, 57 x 4).

3. Нарушения эмоционального реагирования:

а) тревога (3, 23, 43 x 4);

б) генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина) (8, 28, 48 x 4);

в) эмоциональная тупость (13, 33, 53 x 4);

е) слабодушие, повышенная эмоциональность (18, 38, 58 x 4).

4. Депрессивное настроение: (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59)

5. Перемены в поведении и деятельности:

а) попытки уйти от проблемы (5, 20, 35, 50 x 3);

б) поглощенность проблемой (10, 25, 40, 55 x 3);

в) проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей (15, 30, 45, 60 x 3).

Определение индивидуального профиля переживания кризиса производится по ключевой таблице, где отражаются набранные баллы по приведенным 17 позициям.

Шкалы, по которым набрали от 1 до 4 баллов – мало используемые ресурсы.

Шкалы, по которым набрали от 8 до 12 баллов – наиболее перегруженные аспекты. Здесь возможны нарушения, связанные с психосоматическим компонентом.

**Методика «Шкала оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» (Спилбергер Ч. Д., адаптация Ханина Ю. Л.)**

Тестовый материал и ключи опросника представлен в Приложении В.

Методика самооценки уровня тревожности относится к группе личностных опросников, разработанных Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг. для диагностики тревоги и тревожности. Согласно концепции Ч.Д. Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности. Тревога – реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы, в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определенную опасность.

Шкала самооценки состоит из двух частей, отдельно оценивающих ситуативную тревожность (СТ, высказывания № 1-20) и личностную тревожность (ЛТ, высказывания № 21-40). Исследование может проводиться

как индивидуально, так и в группе. Психолог предлагает испытуемым ответить

на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике, и напоминает, что они работают самостоятельно. На каждый вопрос возможны

четыре варианта ответа по степени интенсивности.

Методика имеет следующую инструкцию:

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над заданиями долго не задумывайтесь, так как правильных или неправильных ответов нет.

Результаты диагностики обрабатываются по ключу. В ключе напротив каждого номера суждения представлено количество баллов, присуждаемое

ответам испытуемого в зависимости от выбранной цифры. Например, если в

шкале ситуативной тревожности в ответ на первое суждение испытуемый

выбрал цифру 1 («нет, это не так»), то ему присуждается 4 балла, если цифру 2

(«пожалуй, так») – 3 балла и т. д. Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (отдельно по шкале ситуативной и личностной тревожности). Полученная сумма позволяет судить об уровне тревожности:

до 30 баллов – низкий уровень тревожности;

31-44 баллов – умеренный уровень тревожности;

45 и более баллов – высокий уровень тревожности.

**Программа занятий по психологической поддержке родителей имеющих ребенка с ОВЗ.** Программа занятий представлена в Приложение С.

**Основная цель работы** – оказание психологической помощи родителям, в преодолении личностного кризиса имеющим ребенка с ОВЗ

### **Основные задачи программы занятий по психологическому сопровождению:**

- помощь в формировании у родителей мотивации (установок) на зрелое родительство, включение в процесс психологической помощи и участие в нем;
- развитие активных стратегий проблемно-преодолевающего поведения, аффилиации;
- помощь в коррекции взаимоотношений со значимыми лицами (и с ребенком);
- помощь в формировании реальной жизненной перспективы на основе развития личностного потенциала;
- информирование по особенностям психологического развития личности детей, собственным индивидуально-психологическим особенностям, особенностям прохождения и преодоления процесса кризиса, стилям поведения и общения, способам эмоционального реагирования и т. д.;
- помощь по снижению тревожности и страхов у родителей, а также снижению уровня повышенной эмоциональности.

**Основные формы работы:** психологическое информирование, групповая дискуссия, элементы арт-терапии и терапии творческим самовыражением, элементы релаксационных методик.

### **2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования эмпирического исследования**

Для того, чтобы иметь общее представление об участниках эмпирического исследования (родителях), им было предложено пройти беседу. Беседа проходила с каждым испытуемым отдельно и в спокойной обстановке.

До проведения беседы были обговорены мотивы и цели данного разговора, чтобы успокоить и избежать излишних вопросов и агрессивных реакций со стороны родителей.

Во время беседы было замечено, что многие вели себя спокойно, однако очень скованно, были вопросы, которые вводили их в растерянность, кто-то из них был резок и отказывался отвечать на все поставленные вопросы, а некоторые и вовсе были очень обеспокоены данной беседой.

Средний возраст родителей был в диапазоне от 25 лет до 60 лет.

Собрав общие данные об участниках эксперимента, была проведена диагностическая часть исследования с применением стандартизированных методик.

Опросник «Личностный профиль кризиса» (А.Е. Тарас -2003г) использовался, как базовый для определения личностного профиля переживаемого кризиса родителями. Предлагаемый опросник позволяет определить личностный профиль переживаемого кризиса. Теоретической основой данной методики является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего, как правило, следующие сферы:

- функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном);
- нарушения познавательно-аналитической деятельности (внимания, восприятия, мышления, памяти и др.);
- нарушения эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции — гнев, стыд, вина, либо эмоциональная тупость, либо слабодушие, повышенная эмоциональность);
- депрессивное настроение;
- перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.).

По результатам исследования были выявлены следующие показатели

индивидуального профиля кризиса, наглядно представленные в виде таблицы 1.

Таблица 1. Определение индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам.

н/н	Общие сферы	шкалы	Оценка состояния	Кол-во человек	%
1.	Общее состояние: Функциональные проблемы	нарушения функционирования вегетативной системы	высокий	5 чел.	<b>56%</b>
			низкий	2 чел.	23%
		нарушения сердечной деятельности	Высокий	3 чел.	34%
			Низкий	1 чел.	11%
		нарушения дыхания	Высокий	2 чел.	23%
			Низкий	1 чел.	11%
		нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта	Высокий	6 чел.	<b>67%</b>
			Низкий	3 чел.	34%
		проблемы со сном	Высокий	8 чел.	<b>89%</b>
			Низкий	1 чел.	11%
2.	Осложнения познавательной-аналитической деятельности	осложнения функционирования внимания	Высокий	8 чел.	<b>89%</b>
			Низкий	1 чел.	11%
		осложнения функционирования восприятия	Высокий	7 чел.	<b>76%</b>
			Низкий	2 чел.	23%
		осложнения функционирования мышление	Высокий	8 чел.	<b>89%</b>
			Низкий	2 чел.	23%
		осложнения	Высокий	5 чел.	<b>56%</b>

		функционировани я памяти	Низкий	3 чел.	34%
3.	Нарушения эмоционального реагирования	тревога	Высокая	6 чел.	<b>67%</b>
			Низкая	3 чел.	34%
		генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина)	Высокая	8 чел.	<b>89%</b>
			Низкая	2 чел.	23%
		эмоциональная тупость слабодушие,	Высокая	4 чел.	45%
			Низкая	3 чел.	34%
		повышенная эмоциональность	Высокая	7 чел.	<b>76%</b>
			Низкая	4 чел.	45%
4.	Депрессивное настроение		Высокая	4 чел.	45%
			Низкая	1 чел.	11%
5.	Перемены в поведении и деятельности:	попытки уйти от проблемы	Высокая	5 чел.	<b>56%</b>
			Низкая	4 чел.	45%
		поглощенность проблемой	Высокая	6 чел.	<b>67%</b>
			Низкая	3 чел.	34%
		проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей	Высокая	7 чел.	<b>76%</b>
			Низкая	2 чел.	23%

Жирным шрифтом выделены особенно высокие показатели.

Результаты определения индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам показал, что наиболее высокие проценты родители набрали по сферам функциональные проблемы, это нарушения функционирования

вегетативной систем 56%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта-67%,нарушения сна-89%.

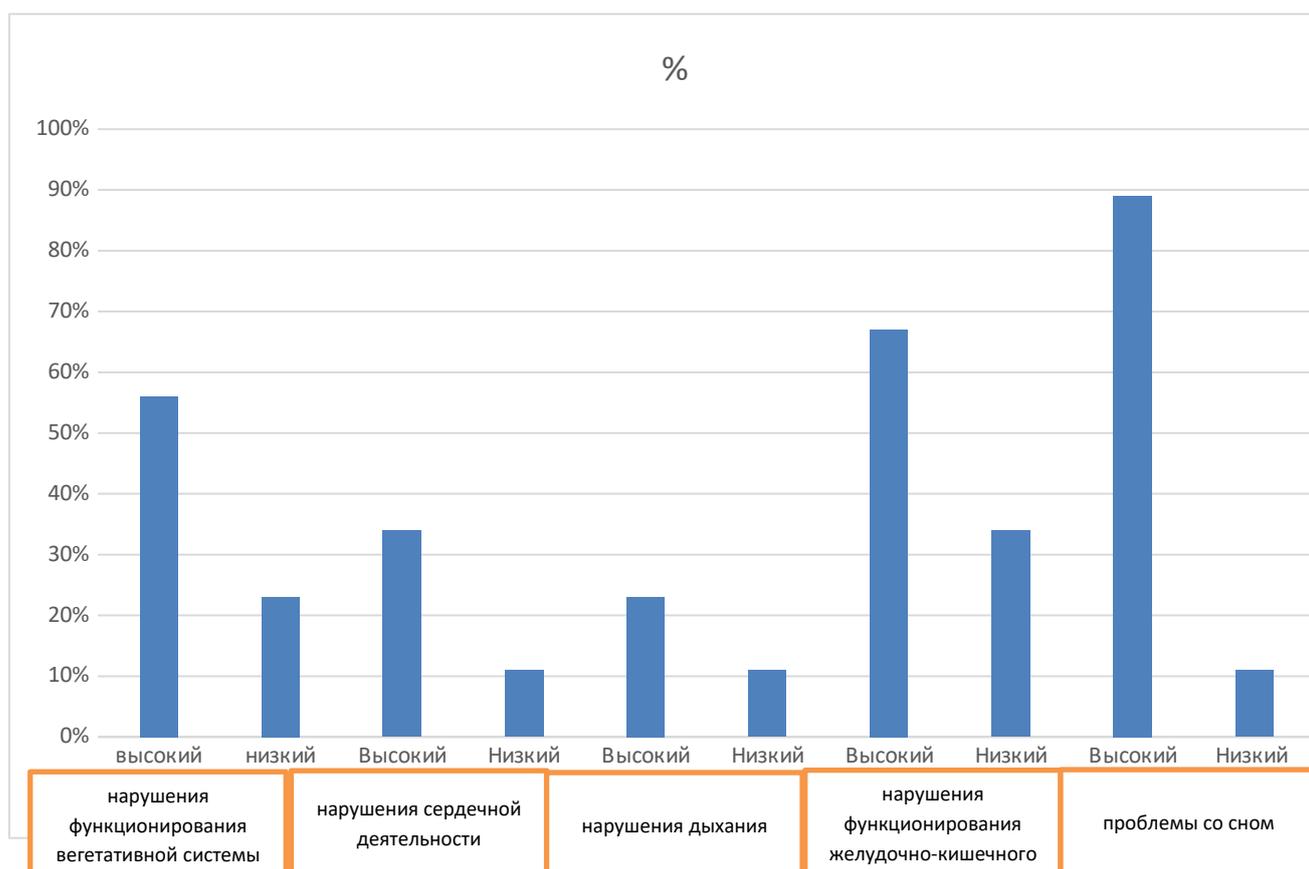


Рисунок 1.Определение индивидуального профиля кризиса в сфере  
Общее состояние:

### Функциональные проблемы

Мы не можем с полной уверенностью сказать, что данные проблемы были вызваны именно процессом кризиса, но можем предположить что, какой-то процент нарушений все-таки есть.

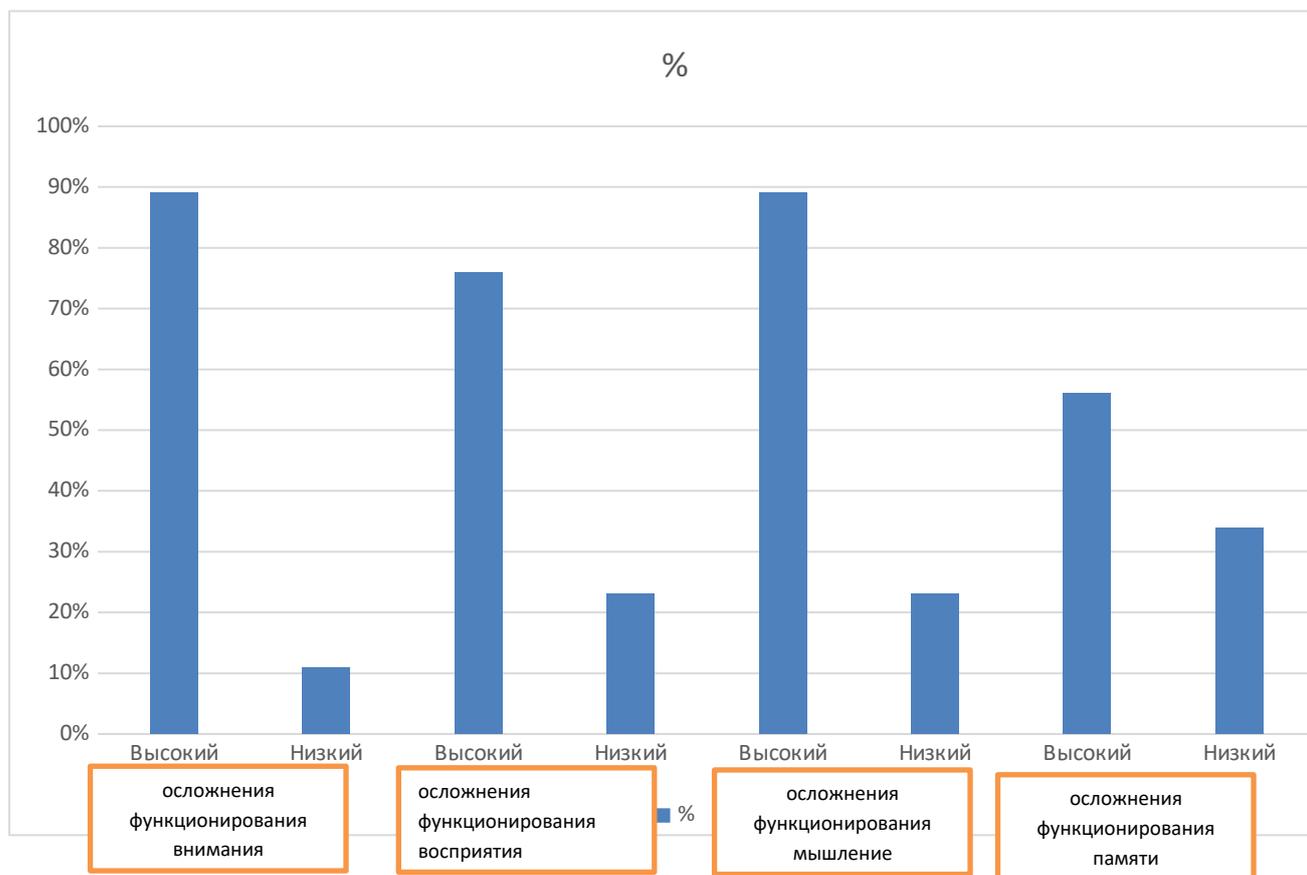


Рисунок 2. Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Осложнения познавательно-аналитической деятельности

В сфере нарушений познавательно-аналитической сферы мы выделили такие как: шкала функционирования внимания-89%, восприятия-76%, мышления-89%, памяти-56%. Мы видим снижение в познавательно-аналитической деятельности.

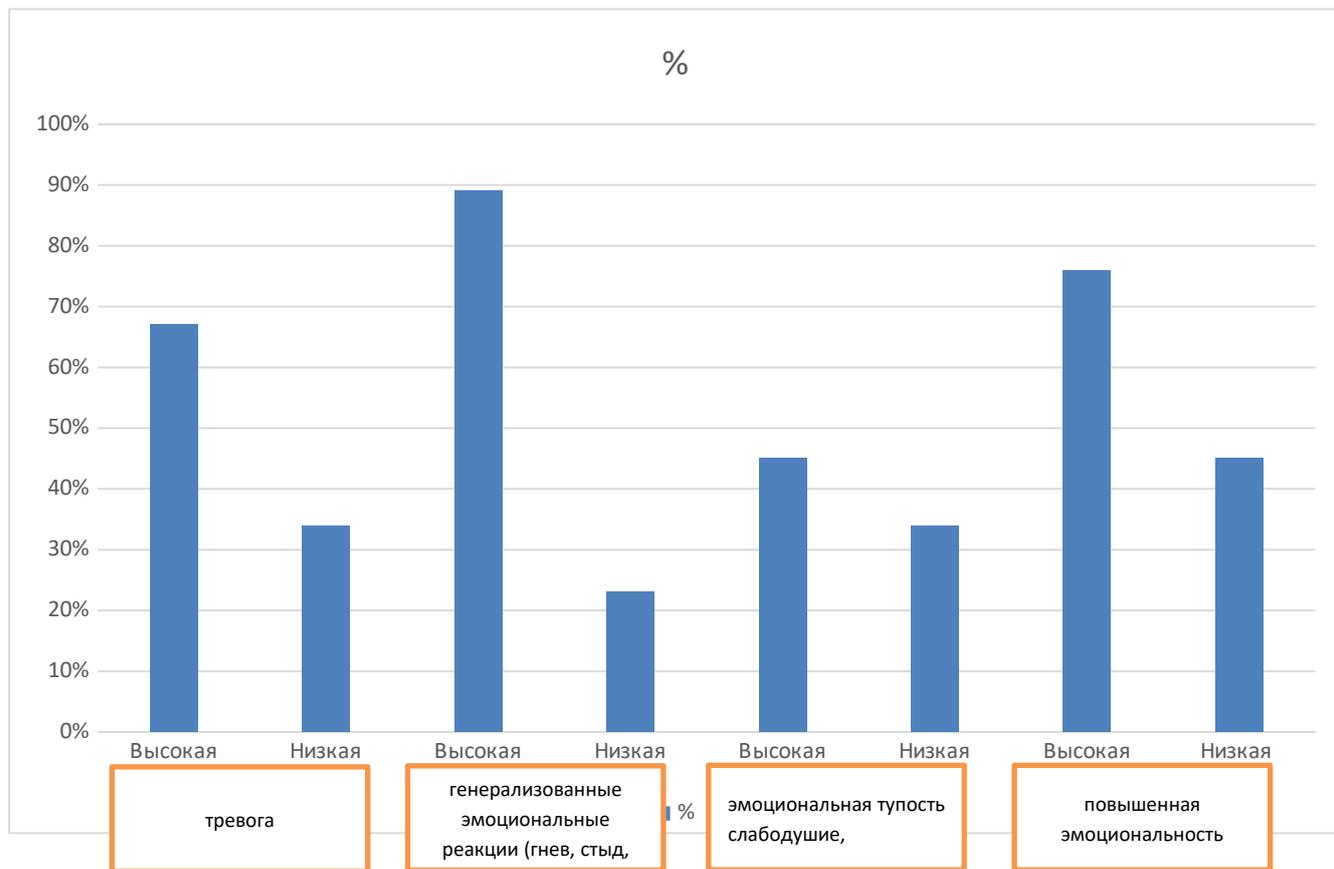


Рисунок 3. Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Нарушения эмоционального реагирования

В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы: тревоги- 67%, эмоциональные реакции-89%, повышенная эмоциональность- 76% родителей.

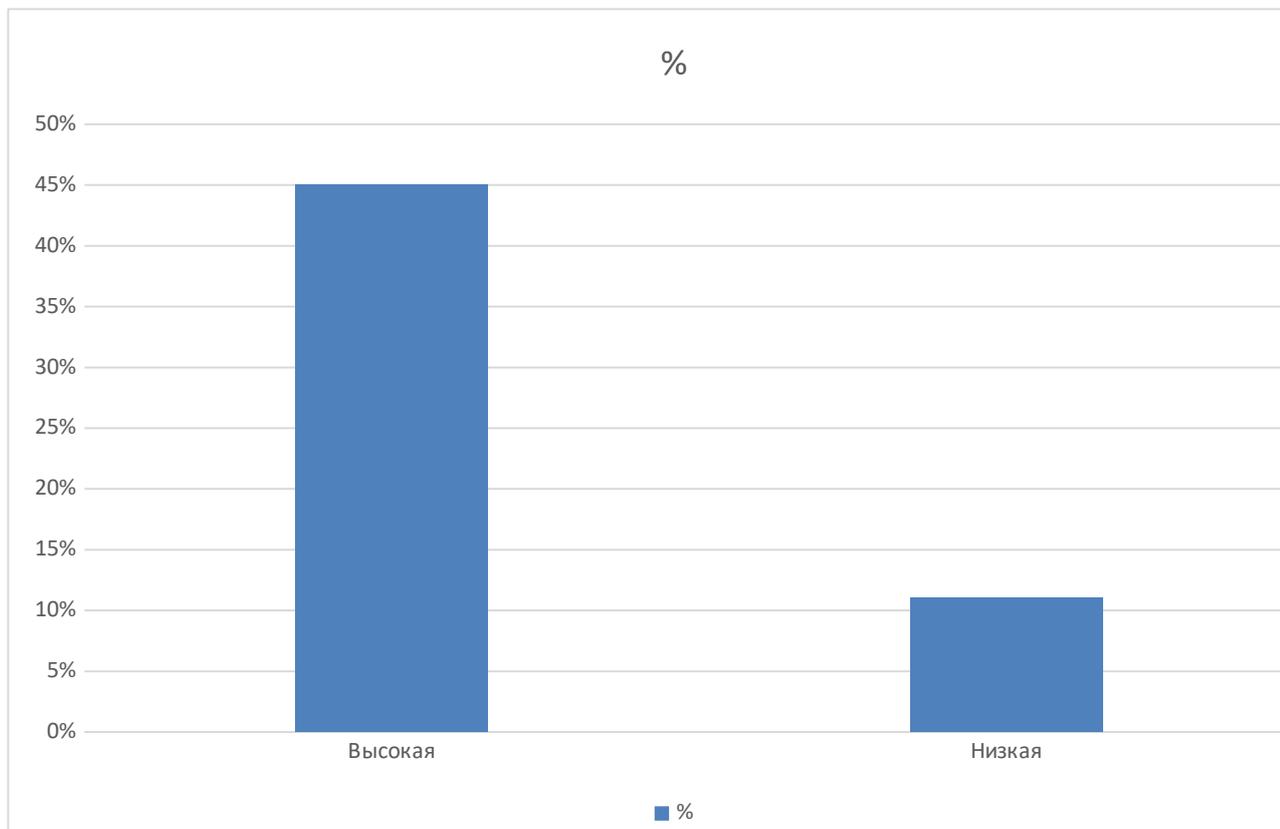


Рисунок 4. Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Депрессивное настроение

Мы видим, что процент депрессивного настроения-45%, конечно этот показатель не критичен, но следует не упускать его из виду. Мы можем предположить, что данные родители с таким показателем, либо на 4 этапе прохождения кризиса, либо уже в процессе «патологического горевания» и нужна помощь психотерапевта, либо имеются факторы «отягчающие» процесс переживания. В любом случае, требуется дополнительная диагностическая и индивидуальная работа.

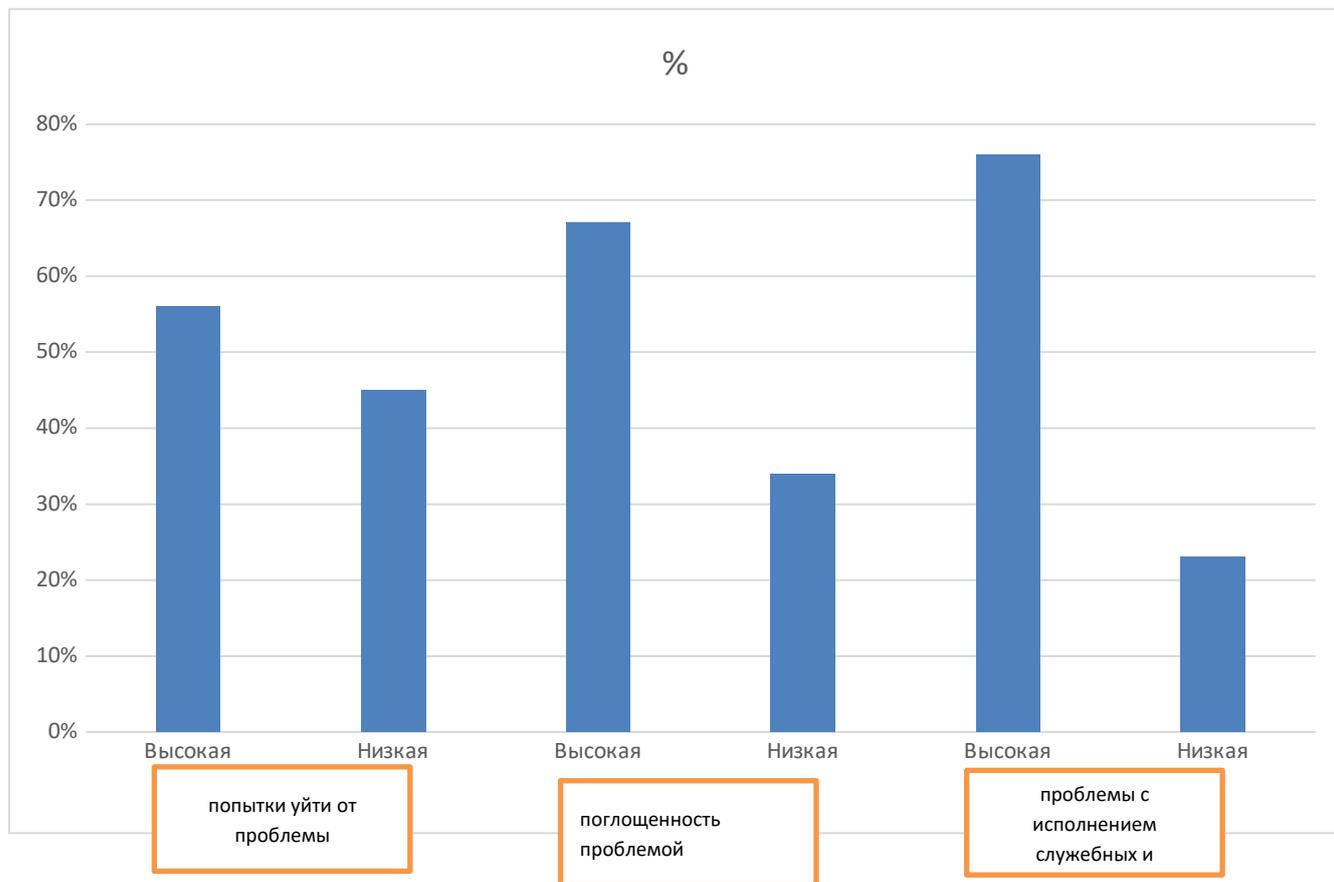


Рисунок 5. Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Перемены в поведении и деятельности

И последняя шкала показателей, таких как перемена, в поведении и деятельности показала проблемы в таких сферах как: попытки уйти от проблемы-56%, что доказывает, что копинг - стратегия «избегание», в таких ситуациях используются для обдумывания и принятия взвешенных решений, с другой стороны как попытка действительно «оставить все как есть». Следующий показатель поглощённость проблемой- 67% и этот показатель был предсказуем, так как такие родители действительно часто «уходят» в решение проблем своего ребенка с «головой» часто в ущерб и семье и своему здоровью. И последний показатель это проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей -76%.

Нами было выявлено, что главной особенностью большинства родителей является высокая тревожность и эмоциональная неустойчивость. Для оценки тревожности родителей, в целях более точного анализа мы

использовали методику «Шкала оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» (Спилбергер Ч. Д., адаптация Ханина Ю. Л., 1987).. Шкала самооценки состоит из двух частей, отдельно оценивающих ситуативную тревожность (С Т, высказывания № 1-20) и личностную тревожность (ЛТ, высказывания № 21-40). На каждый вопрос возможны четыре варианта ответа по степени интенсивности. Полученная сумма нам позволяет судить об уровне тревожности:

до 30 баллов – низкий уровень тревожности;

31-44 баллов – умеренный уровень тревожности;

45 и более баллов – высокий уровень тревожности.

Данные полученные по результату диагностики мы занесли в таблицу

2.

Таблица 2. Показатели ситуативной и личностной тревожности родителей в %

Ситуативная тревожность			Личностная тревожность		
Низкая до 30	умеренная 31-44	высокая 45 и более	низкая до 30	умеренная 31-44	высокая 45 и более
23%	45%	67%	34%	56%	76%

Анализ полученных данных (таблица 2) показал высокую личностную (76%) и ситуативную (67%) тревожность родителей.

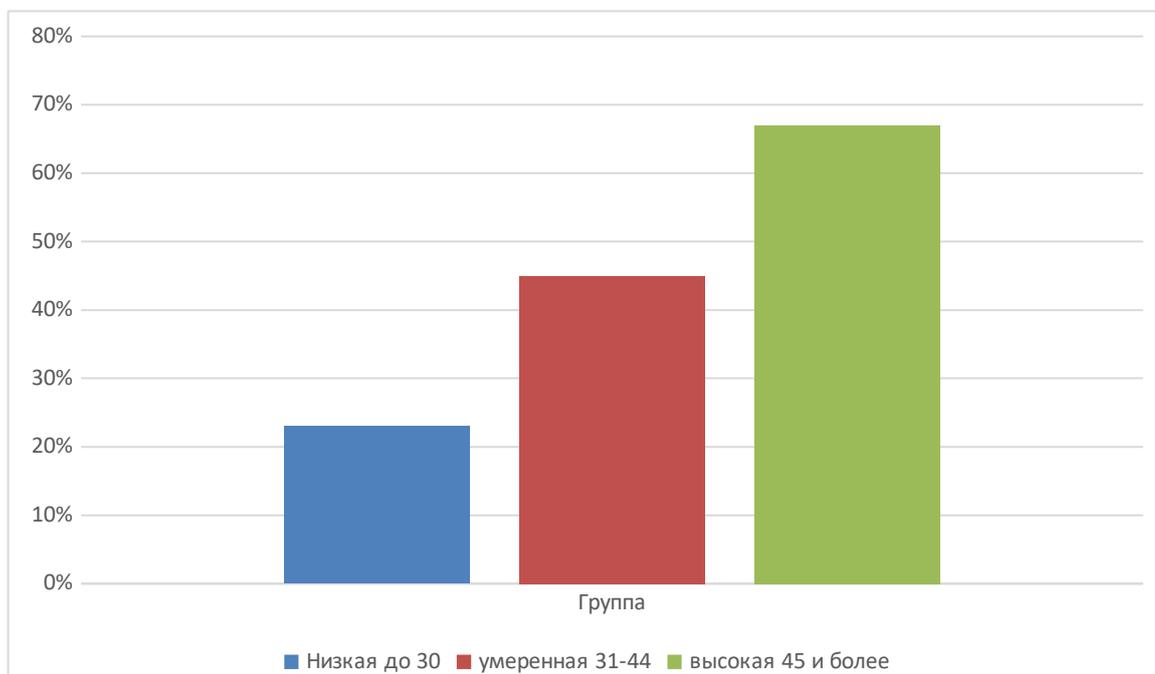
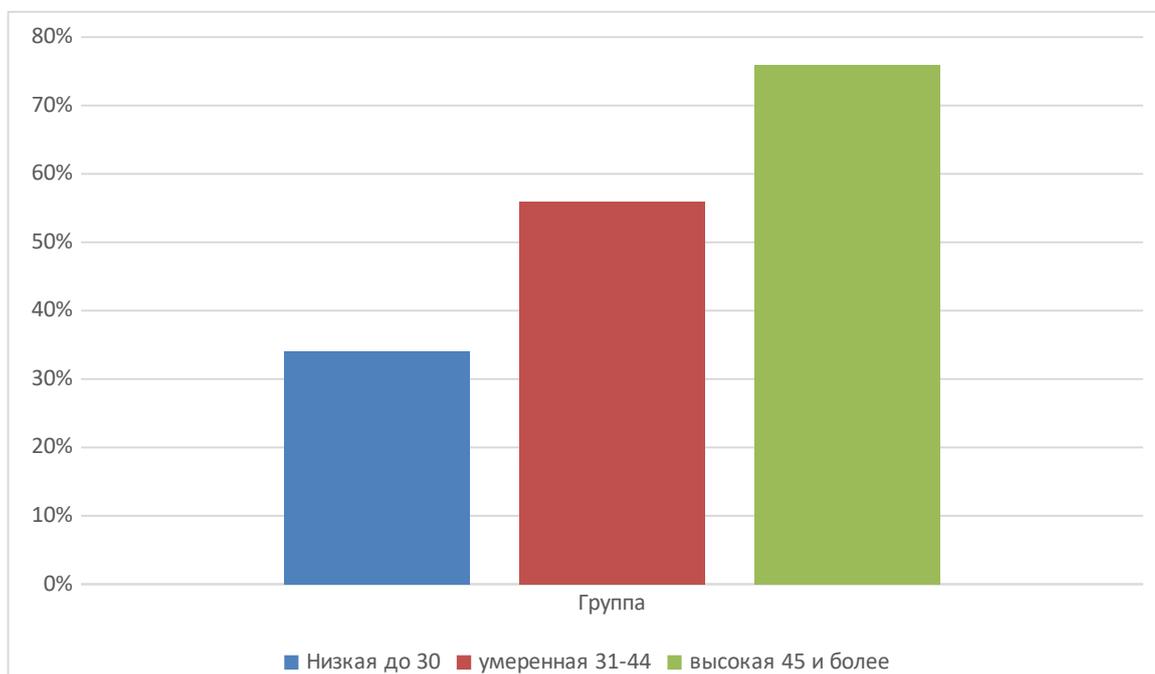


Рисунок 7. Показатели ситуативной тревожности родителей в %

Что говорит нам о том, что 67% родителей в начале эксперимента чувствовали себя в значительной степени тревожно, 45% обладали средними показателями тревожности и всего 23 % родителей обладали спокойствием.



## Рисунок 8. Показатели личностной тревожности родителей в %

По результатам диагностики мы можем выделить критерии работы по психологическому сопровождению и на их основе разработать программу занятий. Мы выделили такие критерии как:

- Информационное просвещение о процессе кризиса как психологического явления, его последствия, знания о взаимодействиях со своим ребенком;
- обучение приемам релаксации, снятия напряжения, эмоциональной саморегуляции, развитие эмоциональной грамотности;
- Проработка эмоций гнева, страха, работа с мышечными зажимами, продуктивная проработка эмоций;
- Проработка и видение своего будущего и будущего своего ребенка.

### **2.3. Программа занятий по психологическому сопровождению родителей**

Основная цель работы – оказание психологической помощи родителям, в преодолении личностного кризиса имеющим ребенка с ОВЗ

Основные задачи программы занятий по психологическому сопровождению:

- помощь в формировании у родителей мотивации (установок) на зрелое родительство, включение в процесс психологической помощи и участие в нем;
- развитие активных стратегий проблемно-преодолевающего поведения, аффилиации;
- помощь в коррекции взаимоотношений со значимыми лицами (и с ребенком);
- помощь в формировании реальной жизненной перспективы на основе развития личностного потенциала;
- информирование по особенностям психологического развития личности детей, собственным индивидуально-психологическим особенностям, особенностям прохождения и преодоления процесса кризиса, стилям поведения и общения, способам эмоционального реагирования и т. д.;
- помощь по снижению тревожности и страхов у родителей, а также снижению уровня повышенной эмоциональности.

Основные формы работы: психологическое информирование, групповая дискуссия, элементы арт-терапии и терапии творческим самовыражением, элементы релаксационных методик.

Условия проведения программы: Для проведения занятий необходимо просторное помещение со столами и стульями по количеству участников. Практические занятия с родителями проводятся один раз в неделю в группе, состоящей из 7-10 человек. Занятия в среднем рассчитаны на 1-1,5 часа. Всего

занятий 10.

При разработке программы были определены следующие характеристики:

- программа занятий является гибким, то есть предполагает возможность ориентации ее содержания на потребности и запросы данной группы родителей (или данного родителя);

– данная программа занятий предполагает деятельное, практическое участие родителей, которые не только получают новую информацию, но и «проживают» ее в конкретных ситуациях взаимодействия, приобретая определенные навыки и установки в отношении ребенка и себя как родителя;

– характер конкретного участия каждого родителя в тех или иных видах деятельности, предусмотренных программой занятий, выбирается добровольно;

– при комплектовании группы родителей уделяется особое внимание мотивированности всех участников данной группы к работе планируемого содержания, поскольку наличие в группе «случайных» людей мешает проявлять активность другим ее участникам, а также определяется индивидуальный профиль личностного кризиса;

– в начале работы с группой проводится «психологическая настройка» ее участников для создания благожелательной атмосферы взаимного расположения и принятия друг друга;

Структура и содержание занятий по психологической помощи родителей представлена в таблице 3.

Таблица 3. Структура и содержание занятий по психологической помощи родителям

Тема занятий	Основное содержание
Занятие 1. «Знакомство»	Упражнение «Приветствие», Игра-разминка «Австралийский дождь», упражнение «Ожидания и опасения», выработка правил, упражнение «Рассказ о себе», коллажирование на свободную тему.

Занятие 2. «Первый этап»	Упражнение «Презентация имени», упражнение «Зеркало», Упражнение «Письмо моему ребенку», элементы Релаксационной техники «Сканер расслабления»
Занятие 3 «Второй этап»	Упражнение «Приветствие», Упражнение «Оптимист-пессимист», Мини-лекция «второй этап горевания» Стадия озлобленности. Упражнение «Письмо: мое горе», Упражнение «Негативные чувства», Упражнения на релаксацию.
Занятие 4 «Третий этап»	Упражнение «Я рад тебя видеть...», Психо-рисунок «Нарисуй за минуту», Основная часть: Мини - лекция Третий этап - Стадия переговоров. Притча «Юноша, девушка, капитан парома и отшельники», Упражнение «Я – герой», Упражнение: «Фантом», Упражнение «Письмо из будущего»,
Занятия 5. «Четвертый Этап»	Сказка о лесной нимфе (приложение 2) Упражнение «Ладони», Упражнение «Возьми салфеток», Основная часть: мини-лекция четвертый этап – стадия депрессии. Релаксационное упражнение «Убежище», Кейс метод: «Проигрывание реальной ситуации» элементы Арт-техники Коллаж «Мои мечты».
Занятие 6. «Пятый этап»	Упражнение «Презентация», Упражнение «Дипломатический прием», мини-лекция «Заключительный этап работы горя - пятый и называется он стадия адаптации» Упражнение: «Письмо своему «Я». Притча «Царь - Эдип» Элементы Арт - терапии : «Мой герб и девиз».
Занятие 7. «Я - родитель: мои чувства»	Упражнение «Погода», Упражнение «Слепой и поводырь», Упражнение «Всегда, иногда, никогда», Упражнение «Проблемы родителей», Упражнение «Я-высказывания».

Занятие 8. «Конфликты и трудные ситуации»	Упражнение: «Растение», Упражнение « Узкий мостик», Основная часть: Мини-лекция: конфликт и меры выхода из него, Упражнение «Выигрывают оба», Упражнение «Конфликты» Релаксационная техника «Территория Безопасности».
Занятие 9.«Я и мой ребенок: эффективное взаимодействие» (развитие самостоятельности)	Упражнение: « Животное», Упражнение «Тандем», Дискуссия «Сделаем вместе - сделай сам», Упражнение «Поощрения – наказания», элементы релаксационной методики «Цели», элементы арт-упражнения «Нарисуй ближнему картину»
Занятие 10. «Подведение итогов»	Упражнение «Движение», Упражнение «Снежный ком», Проведение диагностических мероприятий по окончанию цикла занятий, Упражнение «3 животных», Упражнение «Чемодан», Упражнение « Телеграммы», обсуждение итогов всех мероприятий, Упражнение «Тепло наших сердец».

#### **2.4.Результативность психологического сопровождения родителей, имеющих ребенка с ОВЗ.**

С целью проверки эффективности работы, по оказанию психологического сопровождения родителям, в преодолении личностного кризиса имеющим ребенка с ОВЗ, была проведена повторная диагностика, которая позволила проследить динамику происходящих изменений.

Задачи контрольного этапа исследования:

- 1) Провести повторное психодиагностическое исследование по выявлению уровня тревожности и личностного профиля кризиса.
- 2) Сравнить полученные результаты с результатами констатирующего эксперимента.
- 3) Установить результативность программы занятий направленных

на оказание помощи в психологическом сопровождении родителям.

При проведении первичной диагностики личностного профиля кризиса мы смогли выделить наиболее высокие показатели по определенным сферам шкалами. Рассмотрим в сравнении те же самые шкалы и сферы после проведенной программы занятий. Результаты сравнения индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам мы занесли в таблицу 4.

Таблица 4. Результаты сравнения индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам в %.

н/н	Общие сферы	шкалы	До констатирующего эксперимента	После констатирующего эксперимента
1.	Общее состояние: Функциональные проблемы	нарушения функционирования вегетативной системы	<b>56%(5чел)</b>	<b>34%(3чел)</b>
		нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта	<b>67%(6чел)</b>	<b>56%(5чел)</b>
		проблемы со сном	<b>89%(8чел)</b>	<b>56%(5чел)</b>
2.	Осложнения познавательно-аналитической деятельности	осложнения функционирования внимания	<b>89%(8чел)</b>	<b>45%(4чел)</b>
		осложнения функционирования восприятия	<b>76%(7чел)</b>	<b>45%(4чел)</b>
		осложнения функционирования мышление	<b>89%(8чел)</b>	<b>67%(6чел)</b>

		осложнения функционирования памяти	<b>56%(5чел)</b>	<b>34%(3чел)</b>
3.	Нарушения эмоционального реагирования	тревога	<b>67%(6чел)</b>	<b>23%(2чел)</b>
		генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина)	<b>89%(8чел)</b>	<b>45%(4чел)</b>
		повышенная эмоциональность	<b>76%(7чел)</b>	<b>23%(2чел)</b>
4.	Депрессивное настроение		<b>45%(4чел)</b>	<b>23%(2чел)</b>
5.	Перемены поведении и деятельности:	попытки уйти от проблемы	<b>56%(5чел)</b>	<b>23%(2чел)</b>
		поглощенность проблемой	<b>67%(6чел)</b>	<b>23%(2чел)</b>
		проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей	<b>76%(7чел)</b>	<b>45%(4чел)</b>

Анализ индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам родителей до и после проведенной программы занятий позволил выявить улучшения в таких сферах как:

Нарушения функционирования вегетативной систем - улучшение на

22%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта - на 11%, нарушения сна- 44 %. У родителей ушли часть проблем со сном, с функционированием вегетативной системы. Многие родители говорили о стабилизации давления.

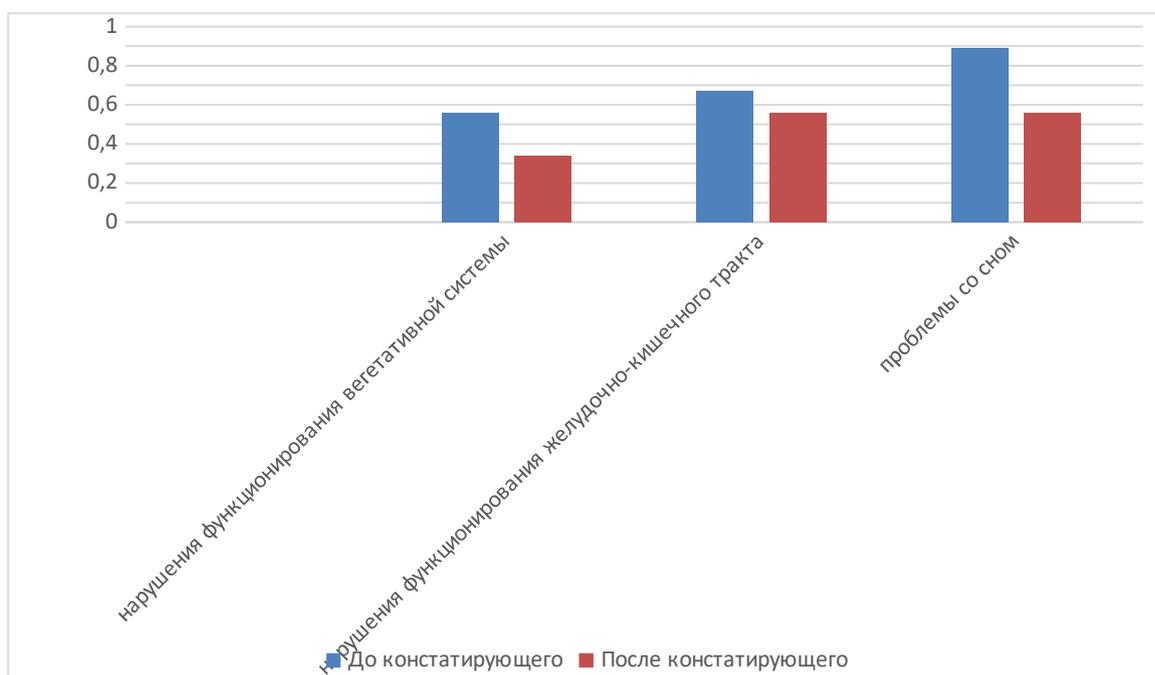


Рисунок 9. Определение индивидуального профиля кризиса в сфере  
Общее состояние: Функциональные проблемы до и после эксперимента

В сфере нарушений познавательно-аналитической: шкала функционирования внимания - улучшение на 44%, восприятия-на 31%, мышления-на 22%, памяти- 22%. Мы можем сказать о терапевтическом эффекте таких методов как арт-терапия, сказкотерапии, логотерапии.

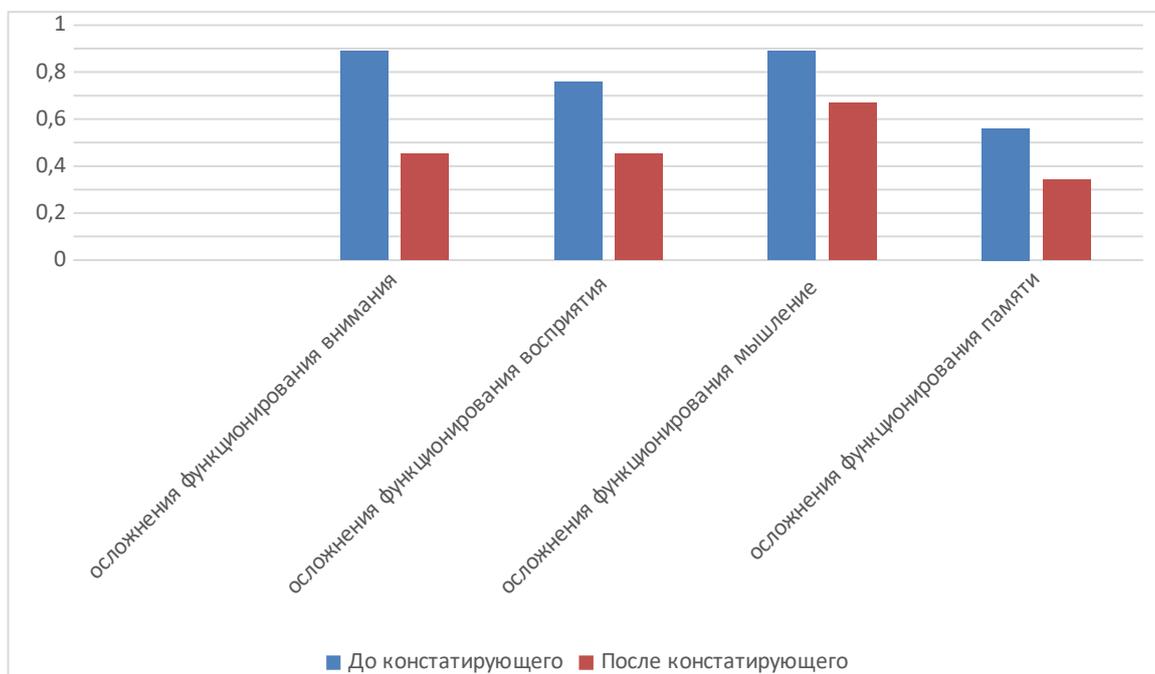


Рисунок 10.Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Осложнения познавательно-аналитической деятельности до и после эксперимента

В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы: тревоги - улучшения на 44 %,эмоциональные реакции-на 44%,повышенная эмоциональность-53 % родителей. Мы уже говорили о показателях депрессивного настроения - улучшение на 22%.

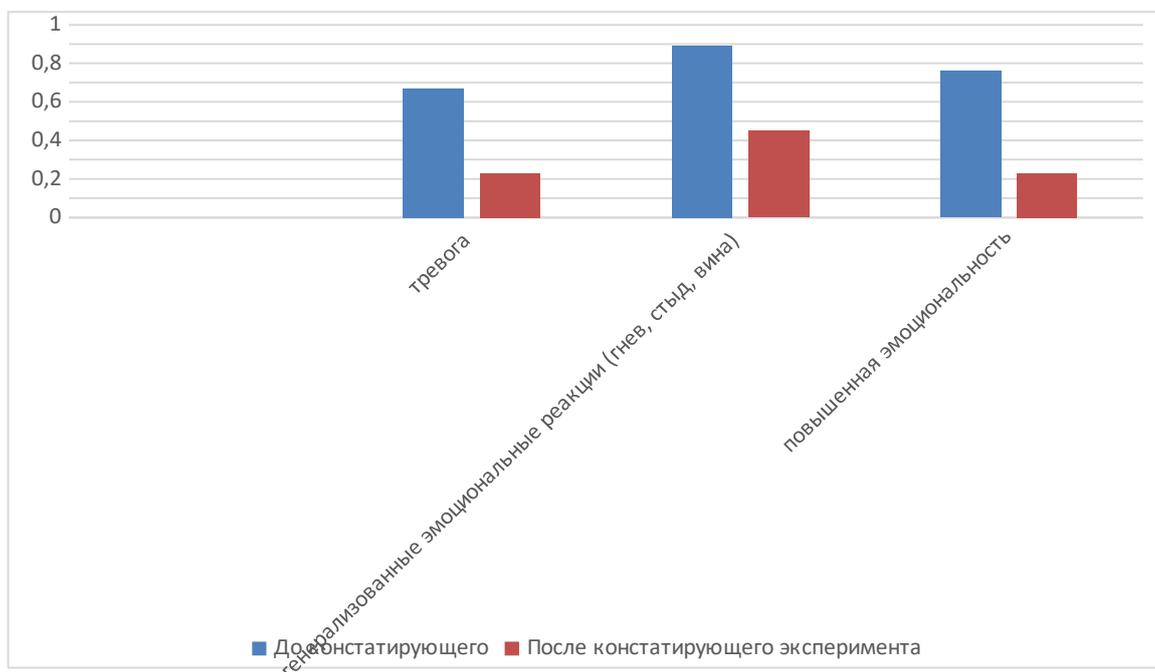


Рисунок 11.Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Нарушения эмоционального реагирования до и после эксперимента

И последняя шкала показателей, таких как перемена, в поведении и деятельности показала улучшение в таких сферах как: попытки уйти от проблемы-на 30% .

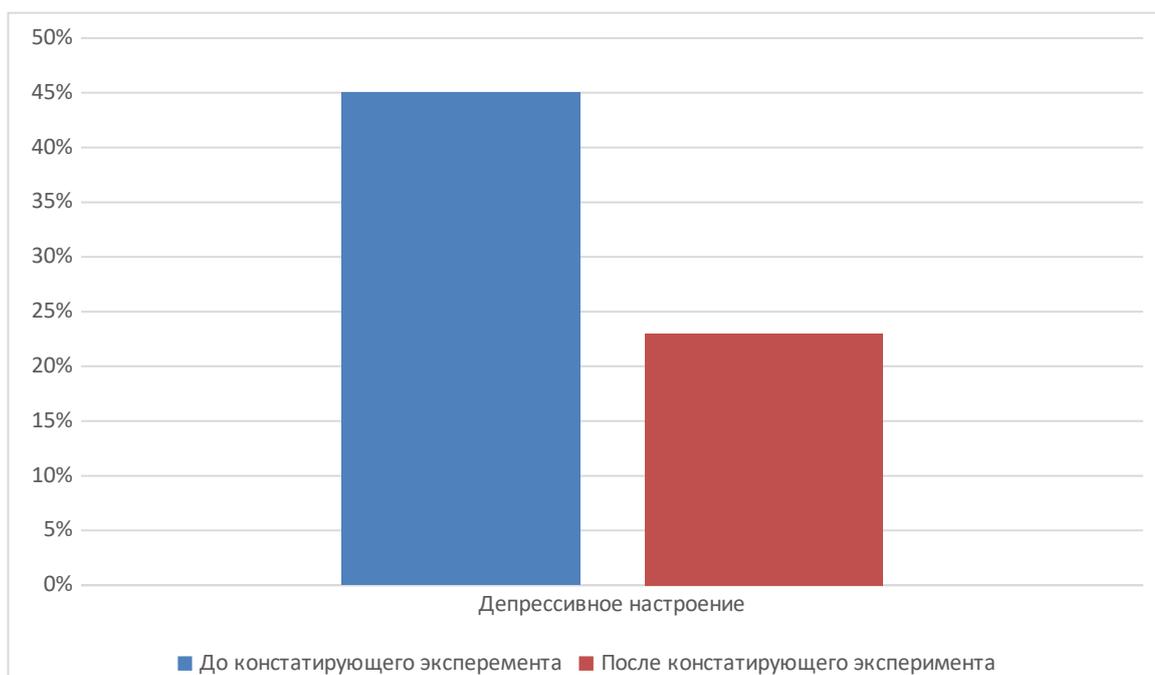


Рисунок 12.Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Депрессивное настроение до и после эксперимента

Следующий показатель поглощённость проблемой-на 44% . И последний показатель это проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей – улучшение на 31%.

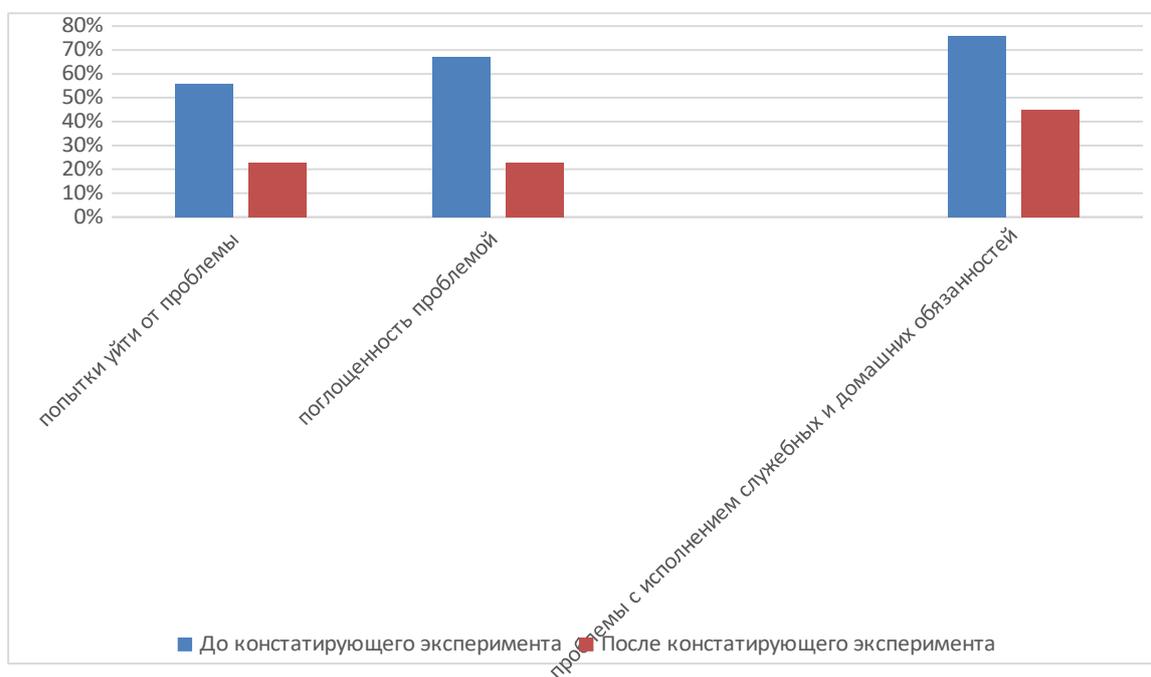


Рисунок 13.Определение индивидуального профиля кризиса в сфере Перемены в поведении и деятельности до и после эксперимента

Перейдем к анализу личностной и ситуативной тревожности, как определено в теоретической части определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги (повышением реактивной тревожности). Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими

заболеваниями. Сравнительный анализ личностной и ситуативной тревожности мы показали в таблице 5.

Таблица 5. Сравнительный анализ ситуативной и личностной тревожности родителей в %

Период	Ситуативная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая до 30	умеренная 31-44	высокая 45 и более	низкая до 30	умеренная 31-44	высокая 45 и более
До проведения программы занятий	23% (2чел)	45% (4чел)	<b>67%</b> <b>(6чел)</b>	34% (3чел)	56% (5чел)	<b>76%</b> <b>(7чел)</b>
После проведения программы занятий	11% (1чел)	23% (2чел)	<b>45%</b> <b>(4чел)</b>	23% (2чел)	45% (4чел)	<b>56%</b> <b>(5чел)</b>

Сравнительный анализ полученных данных показал высокую личностную тревожность до проведения программы занятий -76% и мы констатируем снижение данного показателя на- 20 % после проведения занятий.

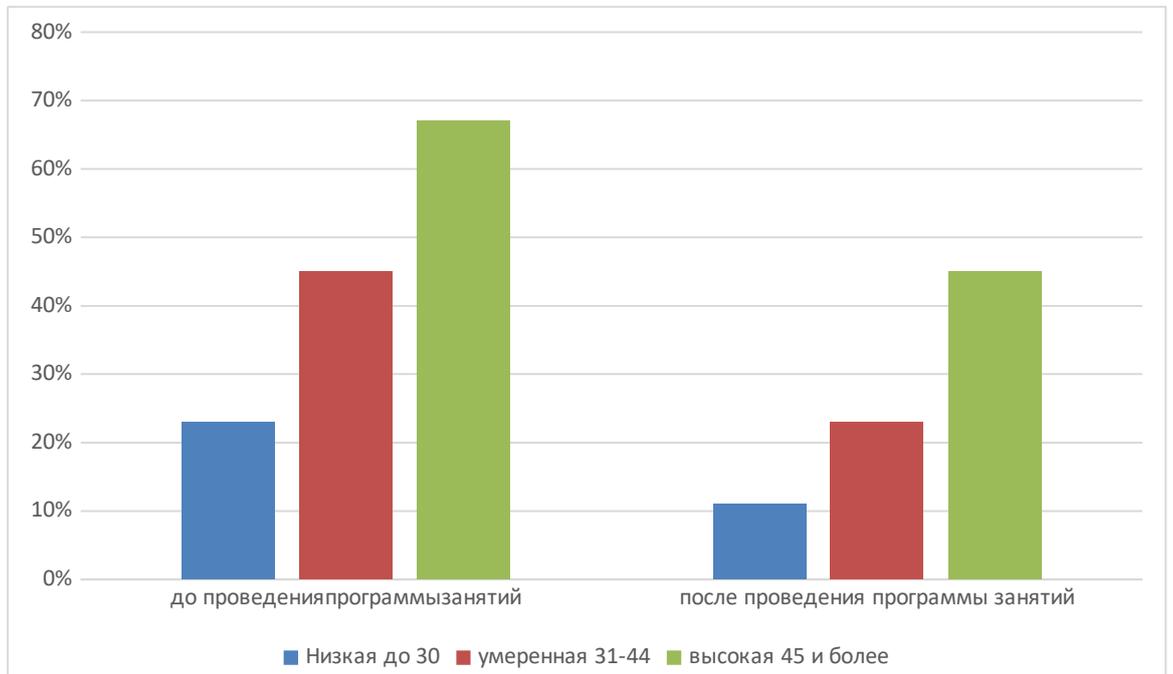


Рисунок 14. Сравнительный анализ ситуативной тревожности родителей в %

Ситуативная тревожность до проведения программы занятий была - 67%, после проведения мы можем отметить снижение на 22%. Это говорит о том, что после прохождения родителями занятий многие внутренние ситуации, переживания, эмоции нашли свой выход и своё решение.

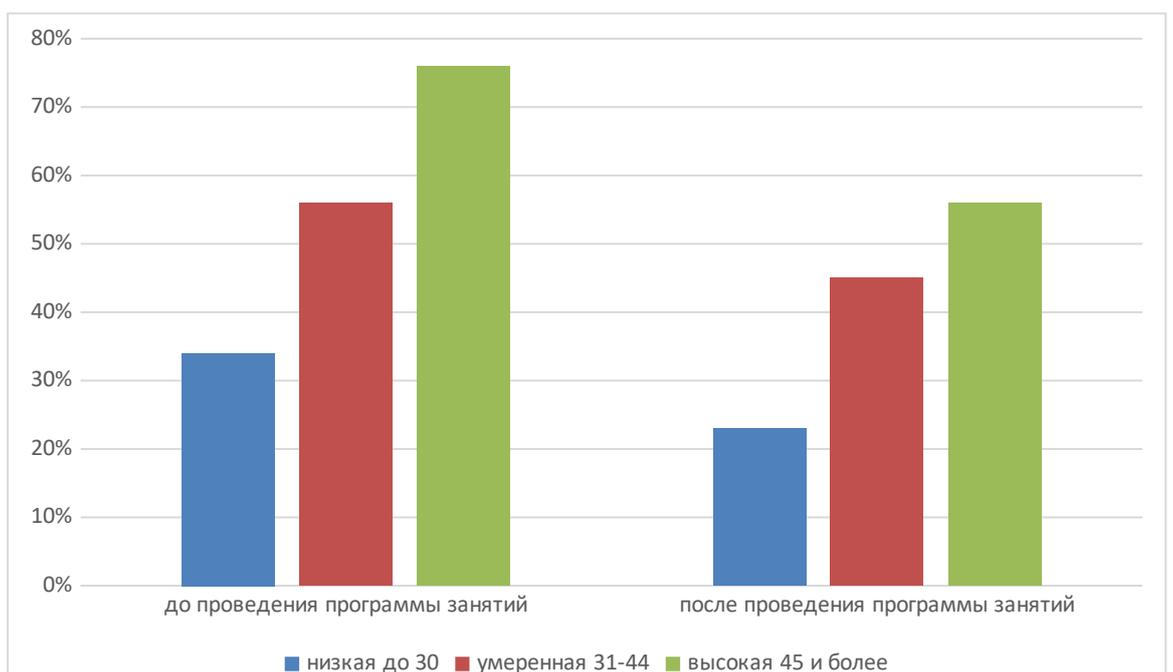


Рисунок 15. Сравнительный анализ личностной тревожности родителей в %

По результатам программы были разработаны практические рекомендации для родителей (Приложение D).

### **Выводы ко второй главе**

Результаты определения индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам показал, что наиболее высокие проценты родители набрали по сферам функциональные проблемы, это нарушения функционирования вегетативной систем 56%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта-67%, нарушения сна-89%.

В сфере нарушений познавательно-аналитической сферы мы выделили такие как: шкала функционирования внимания-89%, восприятия-76%, мышления-89%, памяти-56%. Мы видим снижение в познавательно-аналитической деятельности

В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы : тревоги-67%, эмоциональные реакции-89%, повышенная эмоциональность- 76% родителей.

Вызвало удивление, что высокий достаточно процент депрессивного настроения-45%, конечно этот показатель не критичен, но следует не упускать его из виду.

перемена, в поведении и деятельности показала проблемы в таких сферах как: попытки уйти от проблемы-56%, что доказывает, что копинг - стратегия «избегание», в таких ситуациях используются для обдумывания и принятия взвешенных решений, с другой стороны как попытка действительно «оставить все как есть».

Анализ полученных данных (таблица 2) показал высокую личностную (76%) и ситуативную (67%) тревожность родителей.

67% родителей в начале эксперимента чувствовали себя в значительной степени тревожно, 45% обладали средними показателями тревожности и всего 23 % родителей обладали спокойствием.

Основная цель работы – оказание психологической помощи родителям, в преодолении личностного кризиса имеющим ребенка с ОВЗ

Основные формы работы: психологическое информирование, групповая дискуссия, элементы арт-терапии и терапии творческим самовыражением, элементы релаксационных методик.

Условия проведения программы занятий: Для проведения занятий необходимо просторное помещение со столами и стульями по количеству участников. Практические занятия с родителями проводятся один раз в неделю в группе, состоящей из 7-10 человек. Занятия в среднем рассчитаны на 1-1,5 часа.

При проведении первичной диагностики личностного профиля кризиса мы смогли выделить наиболее высокие показатели по определенным сферами шкалами. Рассмотрим в сравнении те же самые шкалы и сферы после проведенной программы.

Нарушения функционирования вегетативной систем - улучшение на 22%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта - на 11%, нарушения сна- 44 %. У родителей ушли часть проблем со сном, с функционированием вегетативной системы. Многие родители говорили о стабилизации давления.

В сфере нарушений познавательно-аналитической: шкала функционирования внимания - улучшение на 44%, восприятия-на 31%, мышления-на 22%, памяти- 22%. Мы можем сказать о терапевтическом эффекте таких методов как арт-терапия, сказкотерапии, логотерапии.

В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы : тревоги-улучшения на 44 %, эмоциональные реакции-на 44%, повышенная

эмоциональность-53 % родителей. Мы уже говорили о показателях депрессивного настроения - улучшение на 22%.

И последняя шкала показателей, таких как перемена, в поведении и деятельности показала улучшение в таких сферах как: попытки уйти от проблемы-на 30% .

Следующий показатель поглощённость проблемой-на 44% . И последний показатель это проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей – улучшение на 31%.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги (повышением реактивной тревожности). Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Сравнительный анализ полученных данных показал высокую личностную тревожность до проведения программы -76% и мы констатируем снижение данного показателя на- 20 % после проведения занятий.

Ситуативная тревожность до проведения программы была -67%,после проведения мы можем отметить снижение на 22%.

## **Заключение**

В процессе работы над исследованием, мы реализовали следующую цель: разработали программу занятий по критериям психологического сопровождения родителей, находящихся в процессе кризиса связанного с рождением ребенка с ОВЗ

В соответствии с объектом, предметом и целью исследования мы реализовали следующие задачи:

1) Изучили психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования; Реализация семейных функций осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. При рождении в семье ребенка, имеющего ограниченные возможности, на каждом из уровней реализации семейных функций происходят изменения, что создает специфические психолого-педагогические условия его развития и воспитания. В семье ребенка с ограниченными возможностями выявлены следующие психолого-педагогические условия реализации воспитательной функции: а) низкий уровень родительской компетентности; б) наличие в семье противоречий при выборе средств и способов воспитания детей с ограниченными возможностями; в) отсутствие непосредственного эмоционального общения между членами семьи; г) отсутствие возможностей для самовыражения, самореализации; д) распределение домашних обязанностей без учета возможностей и сил каждого члена семьи; е) неорганизованный досуг детей и взрослых.

2) Выявили критерии психологического сопровождения родителей, находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ. Результаты определения индивидуального профиля кризиса по шкалам и сферам показал, что наиболее высокие проценты родители набрали по сферам функциональные проблемы, это нарушения функционирования вегетативной систем 56%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта-

67%, нарушения сна-89%. В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы: тревоги-67%, эмоциональные реакции-89%, повышенная эмоциональность- 76% родителей. Анализ полученных данных показал высокую личностную (76%) и ситуативную (67%) тревожность родителей. 67% родителей в начале эксперимента чувствовали себя в значительной степени тревожно, 45% обладали средними показателями тревожности и всего 23 % родителей обладали спокойствием.

3) Разработали и провели программу занятий по психологическому сопровождению родителей находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ. Основная цель работы заключалась в оказании психологической помощи родителям, в преодолении личностного кризиса имеющим ребенка с ОВЗ. Основные формы работы: психологическое информирование, групповая дискуссия, элементы арт-терапии и терапии творческим самовыражением, элементы релаксационных методик.

При проведении первичной диагностики личностного профиля кризиса мы смогли выделить наиболее высокие показатели по определенным сферами шкалами. Рассмотрим в сравнении те же самые шкалы и сферы после проведенной программы занятий. Нарушения функционирования вегетативной систем - улучшение на 22%, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта - на 11%, нарушения сна- 44 %. У родителей ушли часть проблем со сном, с функционированием вегетативной системы. Многие родители говорили о стабилизации давления. В сфере эмоционального реагирования мы выделили шкалы : тревоги- улучшения на 44 %, эмоциональные реакции-на 44%, повышенная эмоциональность-53 % родителей. Мы уже говорили о показателях депрессивного настроения - улучшение на 22%.

Сравнительный анализ полученных данных показал высокую личностную тревожность до проведения программы занятий -76% и мы констатируем снижение данного показателя на- 20 % после проведения

занятий. Ситуативная тревожность до проведения программы занятий была - 67%, после проведения мы можем отметить снижение на 22%.

4) Разработали психологические рекомендации для родителей находящихся в кризисе связанного с рождением ребенка с ОВЗ.

Обратимся к разработанным нами рекомендациям:

**1. Не предъявляйте к ребенку повышенных требований.** В своей жизни он должен реализовать не ваши мечты, а свои способности. Ни в коем случае не стоит стыдиться своего ребенка.

**2. Чаще хвалите ребенка.** Чаще хвалите ребенка. Ласково обнимайте, давайте ему какую-нибудь маленькую награду, когда у него что-нибудь получается или когда он очень старается. Если ребенок старается сделать, но у него не получается, лучше обойдите это молчанием или просто скажите: “Жаль, что не вышло, в другой раз получится”.

**3. Признайте за ребенком право быть таким, какой он есть.** Примите его таким – с невнятной речью, странными жестами. Ведь вы любите его, пусть ваша любовь и переживает трудные времена.

**4. Пытаясь чему-то научить ребенка, не ждите быстрого результата.** Начните с того, что ребенок умеет делать хорошо, а затем побуждайте его сделать немножко больше. Правильная помощь и в нужное время принесет успех и радость и ребенку, и тем, кто ему помогает. Научитесь радоваться даже небольшим его достижениям. Запаситесь терпением на годы.

**5. Глядя на своего ребенка, не думайте о своей вине.** Лучше подумайте о том, что уж он-то точно, ни в чем не виноват. И что он нуждается в вас и вашей любви к нему. Не замыкайтесь в своем мире. Не бойтесь говорить о своем ребенке. Заставьте друзей принять вашего ребенка таким, какой он есть. Не умея самостоятельно строить отношения с людьми, общаться, он возьмет вас и ваших друзей за образец.

**6. Ребенок не требует от вас жертв.** Жертв - требуете вы сами, следуя принятым обывательским стереотипам.

**7. Рассказывайте о них – пусть все знают, что такие дети есть, и что им нужен особый подход!** Кроме того, семьям полезно общаться между собой. При таком общении не редко родители перестают чувствовать свое одиночество, свою обособленность и особенность. Родители, общаясь между собой не стесняются своих детей, не переживают из-за их странного поведения, доброжелательно относятся к странностям других. В результате такого общения налаживаются новые дружеские связи, жизнь приобретает новые оттенки.

**8. Тесно сотрудничайте со специалистами.** Активно участвуйте в совместном со специалистом предстоящем коррекционном процессе. Нельзя перекладывать ответственность за ребенка на специалиста, не будьте отстраненными от возникшей проблемы. Включайтесь в коррекционно-развивающий процесс. Вы несёте ответственность за дальнейшее развитие ребенка. Обращайте внимание на малейшие успехи развития, положительные качества и возможности ребенка.

**9. Обращайте внимание на стиль воспитания и его последствия.** Фиксируйте внимание на негативных чертах ребенка и избегайте возможности превращения их в стойкие личностные черты.

## Список использованных источников

- 1 Агулина С.В., Бурцева И.В. Технология разработки программ по подготовке родителей детей ОВЗ к тьюторскому сопровождению ребёнка // Мир науки, культуры, образования. - 2017. - № 1 (62). - С. 101-102.
- 2 Вроно Е.М. Несчастливые дети — трудные родители: наблюдения детского психиатра. — М., 1997.
- 3 Выгодская И., Берковская Н. Релаксация как система расслабляющих упражнений: Комплекс социальной помощи семье и подросткам// Народное образование. — 1999. - №10. — с. 208-211.
- 4 Галустова О.В. Психологическое консультирование: Конспект лекций. — М: Приор-шдат, 2005. - 240 с.
- 5 Голиков Н.А. Испытание школой: мед и горечь образования. Книга для учителя. / Под ред. проф. В.М.Чимарова. — М.: «Экшен», 2004. — 216с.
- 6 Голиков Н.А. Комплексная реабилитация учащихся в условиях полифункционального образовательного учреждения. — Тюмень: «Вектор к», 2003. — 224с.
- 7 Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. — М.: «Центр общественных ценностей», 1998. — 138с.
- 8 Гузева М.В. Работа с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья // Актуальные вопросы современной науки: материалы XXIII Международной научно-практической конференции (29 апреля, 2014 г.) / науч. ред. И.А. Рудакова. - М.: Спутник+, 2014. - С. 83-85.
- 9 Даринская В.М. Психологический тренинг детско-родительских отношений// Семейная психология и семейная терапия. — 2000. - №1. — с. 28-44.

10 Дрожжина Е.С. Сопровождение профессиональной карьеры лиц с ограниченными возможностями здоровья. — М., 2008.

11 Екжанова Е.А. Социально-педагогическая работа в проблемных семьях с разными типами внутрисемейного взаимодействия// Школа здоровья. – Т.5. - № 3-4. – 1898. – с. 199-203.

12 Если ваш ребенок не такой, как другие. Под редакцией А.М. Панова и др. М. 1997.

13 Зикратов В.В., Гордеева Л.Н. Педагогическая поддержка родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, в развитии родительских установок // Наука и образование: новое время. -2016. - № 2 (13). - С. 702-707.

14 Калинина Р.Р. «Психолого - педагогическая диагностика в детском саду» - С-Петербург, «Речь»,2004,146 с.

15 Кисляков П.А., Шмелева Е.А. Психологическое благополучие семьи, воспитывающей ребенка с интеллектуальной недостаточностью // Образование и наука. -2017. - Т. 19, № 1. - С. 146-164.

16 Кича Д.И. Медико - социальные потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов// Медицинская помощь. – 1994. - №3. – с.8-14.

17 Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом: Метод. рекомендации. - М., 1998. - 534 с

18 Конституция Российской Федерации. Дети-инвалиды. Сборник нормативных актов. – М.:1996. – 238с.

19 Куликова Е.А., Блинов Л.В. Внедрение технологии в практику родителей к взаимодействию с детьми с ОВЗ // Балтийский гуманитарный журнал. - 2017. - Т. 6, № 2 (19). - С. 156-158.

20 Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. — М., 2008.

21 Максимова Е.И. К вопросу о психологии отношения родителей детей с ОВЗ к причинам рождения такого ребёнка в семье // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук: материалы XXIII

международной научно-практической конференции. - М., 2015. - С. 303-305.

22 Мамайчук И.И «Помощь психолога детям с аутизмом» - С-Петербург, «Речь», 2008, 286 с.

23 Мамайчук И.И «Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития» - С-Петербург, «Речь», 2008, 236 с.

24 Мамайчук И.И «Психологическая помощь детям с проблемами в развитии»- С-Петербург, «Речь», 2008, 220 с.

25 Марковская И.М. Опыт проведения тренинга взаимодействия родителей с детьми// Журнал практического психолога. – 1998. - №2. – с.67-78.

26 Марковская И.М. Практика групповой работы с родителями (методическое пособие). – СПб. : Питер, 1997. – 36с.

27 Нестерова Г.Ф, Безух С.М., Волкова А.Н. «Психолого-социальная работа с инвалидами: абилитация при синдроме Дауна»- С-Петербург, «Речь», 2007, 123 с.

28 Практикум по игровой психотерапии. - С-Петербург, «Питер», 2003, 415 с.

29 Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов/под ред. Г.Ф, Безух .С-Петербург, «Речь», 2007, 112с.

30 Рыженко И.В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятные пути психологической помощи// Мир психологии. – 2003. - №3. – с.242-245.

31 Саратова Л. М. Программа психолого-педагогического сопровождения родителей, воспитывающих детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья [Текст] // Психологические науки: теория и практика: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2015 г.). — М.: Буки-Веди, 2015. — С. 77-78.

32 Семенова И.С. «Психолого- педагогическая помощь семье, воспитывающей «особого» ребенка»// Справочник старшего воспитателя дошкольного учреждения , 2008, №7.

- 33 Семенова Н.Б. Дети Якутии: реалии и будущее / Н.Б. Семенова – Красноярск, 2013. – 230 с.
- 34 Словарь практического психолога. Составитель С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1997. – 800с.
- 35 Стишенок И.В. «Сказка в тренинге» - С-Петербург, «Речь», 2006, 142 с.
- 36 Ткачева В.В. «Семья ребенка с отклонениями в развитии»- Москва, Книголюб, 2007, 140 с.
- 37 Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология. - 2005. - № 1. - С. 25-34.
- 38 Ткачева В.В. Современные технологии психологической помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 4. - С. 155.
- 39 Ткачева. В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология М. 1998.
- 40 Тютюник Т.Н., Блохина Ю.А. Повышения уровня психологической компетенции родителей детей с ОВЗ в условиях общеобразовательного учреждения // Научно- методологические и социальные аспекты психологии и педагогики: сборник статей международной научно-практической конференции: в 2 ч. - М., 2017. - С. 154-156.
- 41 Устинова Е.В. «Детский церебральный паралич: психологическая помощь дошкольникам» - Москва, Книголюб, 2007, 167 с.
- 42 Фопель К. «Привет, ручки!» - Москва, «Генезис», 2005, 146 с.
- 43 Чистякова М.И. «Психогимнастика» - Москва, «Просвещение», 2002, 158 с.
- 44 Шведчикова Ю.С. Технологии поиска ресурсов для актуализации возможностей в работе с родителями, имеющими детей с ОВЗ // Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми

образовательными потребностями: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием для студентов, магистрантов, аспирантов, преподавателей, специалистов, семей (родителей и детей с ОВЗ). - Пермь: ПГГПУ, 2017. - С. 262-264.