

Управление образования администрации МО ГО «Сыктывкар»  
Муниципальное учреждение дополнительного образования  
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»  
Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

# «Консультирование родителей детей с ограниченными возможностями здоровья»

Педагог-психолог: Чегодаева Юлия  
Владимировна

В рамках реализации проекта  
«Поддержка семей, имеющих детей»  
национального проекта «Образование»



# Содержание:

1. Нормативные и правовые основы сопровождения семей детей с ОВЗ.
2. Особенности семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья.
3. Особенности реагирования на проблемы ребенка родителей разных типов.
4. Алгоритм консультирования родителей детей с ОВЗ.
5. Учет внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ОВЗ.
6. Техники работы с родителями.



# Ребенок с ОВЗ, в том числе с инвалидностью

- **Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** — физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий (ст. 2 ФЗ-273). Статус ребенка с ОВЗ присваивается психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК).
- **Инвалид** — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (статья 1 Федерального закона 181). Статус инвалида (ребенка-инвалида) присваивает бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ). В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».



## Нормативные и правовые основы сопровождения семей детей с ОВЗ.

- ФЗ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- Приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
- Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. N 1015 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».
- Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
- Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».
- Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 09.11. 2018г. №196 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».



- Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 г. N 1309 (ред. от 18.08.2016) «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»
- Разъяснением Министерства образования и науки Российской Федерации от 07.06.2013 г. №ИР-535/07 «[О коррекционном и инклюзивном образовании детей](#)»;
- Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. № АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами»;
- Письмо Министерства образования и науки РФ от 29.03.2016 г. N ВК-641/09 «О направлении методических рекомендаций»;
- Распоряжение Министерства просвещения РФ от 9.09.2019 г. N Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации».
- Профессиональные стандарты специалистов. И другие.
- **Таким образом, консультирование родителей (законных представителей) обязательный компонент психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи.**



## Особенности семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ

- Семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, - реабилитационная структура, обладающая потенциальными возможностями к созданию благоприятных условий для развития и воспитания детей.
- Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко, Э.И. Леонгард, Н.В. Мазурова, Г.А. Мишина, Е.М. Мастюкова, Л.И. Солнцева, В.В. Ткачёва и др.). Семья рассматривается как системообразующая детерминанта в социально-культурном статусе ребенка, предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие. ([Ткачёва В.В.](#) Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья. М, 2014г.)



\* Коррекционно-развивающая среда в семье – это внутрисемейные условия, создаваемые родителями и обеспечивающие оптимальное развитие ребенка с ОВЗ.

\* Нарушения личностного развития детей с ОВЗ – результат взаимодействия **биологического и социального факторов:**

- наследуемых от родителей характерологических черт, преломленных через дефект ребенка;
- неблагоприятных условий воспитания, создаваемых психоэмоционально травмированными родителями.



## Принципы психологического изучения и консультирования семьи ребенка с ОВЗ

- принцип комплексного и многоаспектного изучения проблем семьи;
- принцип оказания ранней помощи семье;
- принцип единства диагностики и коррекции;
- принцип системного подхода в реализации психолого-педагогического сопровождения семьи;
- принцип психолого-педагогического сопровождения семьи на разных возрастных этапах жизни ребенка, подростка, молодого человека с ОВЗ, взрослого инвалида;
- принцип выявления реабилитационных возможностей семей;
- принцип учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с нарушениями в развитии, или лиц их замещающих;
- принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку;
- принцип конфиденциальности и профессиональной этики психолога.





## 5 стадий переживания горя (Э. Кюблер-Росс)

- 1. Отрицание.** Когда человек узнаёт о потере, он переживает шок. Непонимание, несогласие, неверие в то, что это произошло именно с ним ( «Это какая-то ошибка», «Не может быть,» «Это сон» ). Отрицание случившегося факта – это отчаянная попытка защититься от реальности, сохранить прежнюю жизнь и свой покой.
- 2. Гнев, агрессия.** Сильное чувство гнева – это реакция на разрушение того, что было важно и дорого; неуёмное желание наказать того, кто к этому разрушению причастен.
- 3. Торг или желание договориться.** Когда гнев, агрессия не даёт желаемых результатов, человек старается найти пути возвращения к прошлому, ищет то, что могло бы изменить случившееся, исправить непоправимое.
- 4. Депрессия.** На данной стадии человек впадает в уныние: ему не хочется никого видеть, ни с кем разговаривать, ничего не хочется делать. Мысли о будущем только в мрачном свете, понимание полной безнадёжности. Депрессивное состояние может перейти в клиническую депрессию, если близкие люди ему не помогут, либо он сам не поймёт, что эту душевную боль и горе нужно прожить и пережить.



# Появление ребенка с ОВЗ в семье – «горе»

**5. Принятие.** Каким бы не было сильным горе, приходит время, когда человек начинает осознавать и принимать новую реальность, понимать, что это неизбежно и с этим надо продолжать жить. Начинает контролировать ситуацию и принимать новые решения.

*Другой жизни не будет... Поэтому не ждите последнего взгляда на океан, на звёзды, на любимого человека. Наслаждайтесь всем этим сейчас! (Элизабет Кюблер-Росс)*

- В семье, воспитывающей особого ребенка, горе — не сиюминутная трагедия, а один из компонентов, составляющих ежедневную жизнь семьи. В. В. Ткачева выделила три типа родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья
- **Сложность наступает, когда на каком-то этапе происходит застревание**, во многом это зависит от индивидуальных особенностей родителя.



# Существует несколько портретов родителей детей с ОВЗ (по В.В.Ткачёвой)

1. Авторитарный тип



2. Невротический тип



3. Психосоматический тип



<b>авторитарный тип</b>	<b>трудности</b>
<p>Активная жизненная позиция, руководствуется своими собственными убеждениями, а не рекомендациями специалистов. Свойственно стремление преодолевать проблемы, направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не видеть преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-либо может произойти чудо и с их ребенком. Создают родительские ассоциации и общества. Упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка.</p>	<p>- неумение сдерживать свой гнев и раздражение, импульсивность собственных поступков, склонность к ссорам и скандалам;</p>
	<p>- противопоставление себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, якобы не принявшим их ребенка);</p>
	<p>- в отношениях с ребенком могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстраненности от его проблем;</p>
	<p>- неприятие индивидуальности ребенка в целом, отказу замечать особенности в развитии ребенка;</p>
	<p>- выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не соответствующие его возможностям, неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка;</p>
	<p>- настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки, что не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.</p>



<b>невротический тип</b>	<b>трудности</b>
<p>Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция. В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребенку. Чрезмерно фиксируются на отсутствии выхода из создавшегося положения. Оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников. Следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Жизнь воспринимается ими как загубленная рождением в семье аномального малыша, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- большие трудности в принятии проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной бездеятельности;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем, и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стремятся скрыть дефект ребенка и выдать желаемые результаты развития за действительные;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- гиперболизируют проблемы своего ребенка, отрицают возможности разрешения хотя бы их части.</li> </ul>	



<b>психосоматический тип</b>	<b>трудности</b>
<p>Эти родители эмоционально более лабильны. Им свойственны частые смены полярных настроений.</p> <p>Отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у первых и вторых.</p> <p>В большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проблема ребенка переживается ими изнутри;</li> <li>- стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка»;</li> <li>- зачастую сами становятся специалистами для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка.</li> </ul>



Стадии	авторитарный тип	невротический тип	психосоматический тип
1. Отрицание	Если застревание на этой стадии, очень трудно перейти на другую стадию. (Совместная диагностика; веские аргументы; перспективы ребенка, если не прилагать усилия; совет очень авторитетного специалиста).	Чаще всего застревание на этой стадии. Не желание признавать трудности, из-за не способности их преодолеть. (Возможно, с согласия родителя, привлечение других членов семьи, близких для активизации родителя).	Обычно адекватно воспринимает аргументированную информацию и переходит на следующую стадию.
2. Гнев	В большинстве случаев легкая переориентация с «кто виноват» на «что делать».	Быстрый переход в следующую стадию.	<b>Застревание на этой стадии из-за склонности винить себя и замкнутости.</b>
3. Торг	<b>Застревание на этой стадии</b> чаще всего, не может перейти на следующую стадию, так как не позволяет себе горевать, плакать, показывать свою слабость.	быстрый переход в следующую стадию.	Чаще переход в следующую стадию не затруднен
4. Горе	Если удастся перейти на эту стадию, то легко переходит на следующую.	<b>Застревание на этой стадии из-за неумения видеть перспективу</b>	Застревание на этой стадии из-за перенаправления проблемы на себя
5.Принятие	<b>Принятие может и не произойти</b>		



# Принимающие родители

Авторы книги «Особые семье, особые дети» М. Селигман и Р.Б. Дарлинг говорят о том, что родители, принимающие ребенка с диагнозом:

- способны относительно спокойно говорить о проблемах ребенка;
- способны сохранять равновесие между проявлением любви к ребенку и поощрением к его самостоятельности;
- родители способны к сотрудничеству со специалистами — составлять краткосрочные и долгосрочные планы;
- у родителей имеются личные интересы, не связанные с ребенком;
- они способны наказывать ребенка при необходимости, не испытывая чувства вины;
- родители не проявляют к ребенку гиперопеки или чрезмерной строгости.

**Конструктивная позиция** – активное участие в решение проблем, приобретение ресурсов, изменение ситуации. Если что-то пока изменить нельзя, то родители принимают это и контролируют. В остальном же **активно** действуют.





# Частые запросы родителей

- 1) **трудности, возникающие в процессе обучения и воспитания ребенка** (ребенок не справляется с образовательной программой; семья обращается к психологу, чтобы определить учреждение, в котором ребенок сможет учиться - в лучшем случае);
- 2) **неадекватные поведенческие реакции ребенка** (негативизм, агрессия, странности, немотивированные страхи, непослушание, неуправляемое поведение);
- 3) **негармоничные отношения со сверстниками** (здоровые дети «тяготятся», стесняются больных брата или сестры, подвергают их насмешкам и унижениям; в школе, детском саду, обижают, не хотят с ним дружить, называют глупым или «дураком» и др.);
- 4) **неадекватные межличностные отношения близких родственников с больным ребенком** (в одних случаях родственники жалеют больного ребенка, гиперопекают и «заласкивают» его, в других не поддерживают с больным ребенком отношения; со стороны больного ребенка может проявляться грубость или агрессия по отношению к близким);
- 5) **заниженная оценка возможностей ребенка специалистами ОО** (родители жалуются, что воспитатель или учитель недооценивает возможности их ребенка, в домашних условиях ребенок показывает лучшие результаты успеваемости);
- 6) **нарушенные супружеские отношения между матерью и отцом ребенка;**
- 7) **эмоциональное отвержение кем-либо из родителей ребенка с отклонениями в развитии**, в крайних случаях отказ даже от его материального обеспечения;
- 8) **сравнительная оценка матерью (отцом) отношения супруга (супруги) к ребенку с отклонениями в развитии и к нормальным детям** (позитивная или негативная, возможно проявление чувств ревности, гнева, агрессии) и др.



## Алгоритм консультирования родителей детей с ОВЗ.

- 1 этап:** знакомство, установление контакта, необходимого уровня доверия и взаимопонимания.
- 2 этап:** определение проблем семьи со слов родителей или лиц, их замещающих.
- 3 этап:** психолого-педагогическое изучение психофизических особенностей ребенка.
- 4 этап:** определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных свойств.
- 5 этап:** формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье.
- 6 этап:** определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены.
- 7 этап:** подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога.



# Консультирование семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, имеет определённую организованную форму.

**1 этап: знакомство, установление контакта и достижение необходимого уровня доверия и взаимопонимания.**

Первая фраза, выразительная мимика, улыбка – невербальные средства, используемые психологом для установления контакта и вхождения в мир проблем семьи и ребёнка с ОВЗ. Необходимо помнить, что для семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, это ещё одно испытание. Поэтому создание атмосферы радости встречи – необходимое условие для установления контакта.

**2 этап: определение проблем семьи со слов родителей или лиц, их замещающих.**

Психолог беседует со всеми членами семьи, выясняя волнующие их проблемы. Затем беседа продолжается без ребёнка отдельно с каждым взрослым. На этом этапе у психолога формируется первичное обобщённое представление о проблемах ребёнка и его семьи.



### **3 этап: диагностика особенностей развития ребёнка.**

На этом этапе консультирования на беседу и обследование приглашается ребёнок. Психолог проводит диагностику интеллектуальных, личностных особенностей ребёнка, прогнозирует его возможности к обучению по определённой программе.

**Цели психолого-педагогического обследования ребенка включают:**

- 1) определение характера и степени нарушений у ребенка;
- 2) выявление индивидуальных особенностей интеллектуальной, коммуникативно-поведенческой, эмоционально-волевой и личностной сфер ребенка;
- 3) оценку контакта ребенка с родителями, адекватность его поведения, характер взаимоотношений с окружающими, определение уровня критичности ребенка к замечаниям психолога или близких.



#### **4 этап: определение модели воспитания, используемой родителями, диагностика их личностных характеристик.**

Важным этапом консультирования является определение характера межличностных взаимоотношений родителей с ребёнком.

Особенности этих взаимоотношений во многом определяются психологическим типом самих родителей.

**Но, кроме опроса, бывает необходимо провести еще и психологическое обследование родителей и их взаимоотношений!**

Предложение психолога о проведении обследования самих родителей вызывает у отдельных родителей негативную реакцию.

Необходимо объяснить, что диагностика родителей - дело добровольное и они вправе от нее отказаться. Но тогда вряд ли удастся определить причины внутрисемейных проблем и затем их разрешить.

Психолог доказывает родителям важность психологического изучения атмосферы, в которой ребенок живет дома. Он мягко, но настойчиво убеждает родителей в необходимости их участия в диагностическом обследовании.

На этом этапе может помочь социальный педагог ОО.



## **5 этап: оценка диагностики результатов и формулирование психологам реальных проблем.**

Этот этап посвящён обсуждению с родителями реальных проблем, которые были выявлены в беседе и в процессе психологического изучения ребёнка и его семьи. Психолог уточняет проблему, а при необходимости и переформулирует её. Задача психолога заключается в том, чтобы обратить внимание родителей на действительно существующие проблемы. Он подсказывает родителям возможный выход, а в случае неверной трактовки проблемы стремится убедить в неправильности их собственной позиции.

## **6 этап: определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены.**

Основные проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ, решаются в результате осуществления следующих мер:

- выбор для ребёнка подходящих программ обучения и вида образовательной организации;
- организация коррекционной работы в домашних условиях;
- выбор адекватной модели воспитания и обучения родителей ребёнка практическим воспитательным приёмам;
- формирование у ребёнка адекватных отношений с членами семьи и другими значимыми взрослыми;
- изменение мнения родителей о «бесперспективности» развития ребёнка.



## 7 этап: подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога.

Необходимо учитывать, что для достижения понимания интерпретации семейных проблем, данной психологом, родителю необходимо время для обдумывания и формирования нового взгляда.

У родителей может возникнуть неудовлетворенность от результатов консультирования, особенно если их позиция подвергалась сомнению. В таком случае семья (или один родитель с ребенком) приглашается на дополнительное консультирование.

При проведении психологического исследования семьи и ее консультирования важную роль играет тактика психолога. Как совокупность средств и приемов для достижения намеченной цели, **тактика психолога** во время общения с родителями определяется тремя взаимосвязанными задачами:

- 1) установлением контакта на уровне «обратной связи»;
- 2) коррекцией понимания родителями проблем ребенка;
- 3) коррекцией межличностных (родитель-ребенок и ребенок-родитель) и внутрисемейных (мать ребенка-отец ребенка) отношений.

При необходимости важнейшим условием конструктивного взаимодействия психолога с семьей становится пролонгированное консультирование. Оно может длиться столько времени, сколько это необходимо семье, т. е. два, три сеанса, а иногда и более. В некоторых особо сложных случаях консультирование постепенно переводится в стадию психологического сопровождения семьи.



# Правила речевого этикета

Педагоги должны употреблять слова и понятия, которые не создают негативных стереотипов.

Например, не рекомендуется говорить «дети-инвалиды», «школьники-инвалиды», правильным будет употребление фраз **«дети с инвалидностью»**, **«дети с особыми образовательными потребностями»**.

Человек в инвалидной коляске. Слово «колясочник» – приемлемо в среде общения людей с инвалидностью.

Не рекомендуется говорить «слабоумный», «ребёнок с задержкой в развитии», лучше говорить **«ребёнок с особенностями развития»**.

Нельзя говорить - ребенок с болезнью Дауна, «даун», «даунята».

Рекомендуется - **Человек с синдромом Дауна, ребенок (дети) с синдромом Дауна.**

Нельзя говорить - эпилептик, припадочный, страдающий эпилептическими припадками. Лучше сказать - **ребенок с эпилепсией.**

Вместо глухой, слепой – **инвалид по слуху, зрению.**

Существует «Десять общих правил этикета, составленных людьми с инвалидностью», с которыми мы рекомендуем познакомиться всем специалистам Службы ППиМС обеспечения ОО.

<https://perspektiva-inva.ru/files/uchastie-ooi-v-razvitii-io%5B1%5D.pdf>





## Особенности внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ОВЗ

**Дети с детским церебральным параличом (НОДА).** Психику родителей детей с ДЦП фрустрируют двигательные и сопутствующие психические расстройства: речевые и интеллектуальные.

**Дети с речевой патологией.** Нарушение речи и ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях.

**Дети с сенсорными нарушениями.** Для родителей детей с сенсорными расстройствами, которые сами не страдают подобными дефектами, нарушения слуха или зрения у ребенка, или обоих анализаторов одновременно, являются фрустрирующим препятствием к установлению с детьми естественного контакта и межличностных связей.



# Особенности внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ОВЗ

**Дети с задержкой психического развития и выраженными психопатоподобными формами поведения.** Особое напряжение и повышенное внимание у родителей детей с ЗПР вызывают проблемы, связанные с усвоением учебного материала, личностная незрелость, патология поведения и соматической сферы, трудности коммуникативного характера, высокая возбудимость и гиперактивность детей.

**Умственно отсталые дети.** Интеллектуальный дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей тяжелым и длительным психотравмирующим фактором.

**Аутичные дети.** Фактором, травмирующим эмоциональный статус родителей аутичного ребенка, является нарушение у него способности к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с ним лично.



# Основная задача

- *Задача и цель специалиста Службы психолого-педагогического и медико-социального обеспечения, в том числе педагога-психолога - научить родителей принимать своего ребенка с тем небольшим запасом возможностей, который он имеет от природы, а также использовать этот ресурс максимально эффективно для жизни. Научить родителей не сравнивать своего ребенка с сидящим рядом одноклассником, радоваться тем малым успехам, которые кажутся обычным людям незначительными и малозаметными, но являются грандиозными достижениями ребенка.*
- Все индивидуальные, групповые и коллективные формы работы с родителями призваны наладить взаимодействие между школой и семьей, повысить эффективность процесса воспитания детей с ОВЗ в семье и школе.



# Техники работы с родителями

## Техника «Идеальный ребенок»

- Направлена на принятие ребенка и на поиск ресурсов. Родителям предлагается составить психологический портрет идеального ребенка. На лист бумаги вписываются качества идеального ребенка.

Идеальный ребенок (качества)	Какие чувства вы испытываете, если ребенок не такой?	Сколько % этого качества у ребенка с нарушением	Ресурс
------------------------------	--	---	--------

Затем анализируется, какие чувства испытываете родитель, если ребёнок не такой? Почему именно эти качества представляют для родителя представляют ценность? Почему ими должен обладать идеальный ребенок?

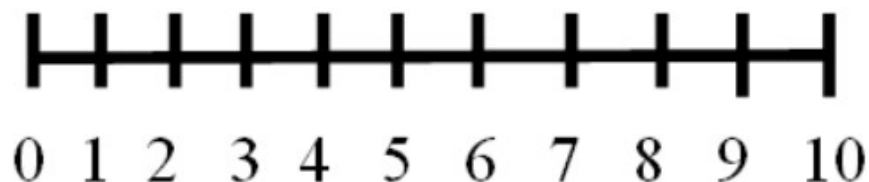
Что должен сделать ребенок для того, чтобы соответствовать идеалу?

По ходу обсуждения уточнениям: Действительно ли у ребенка, отсутствует это качество? Оно отсутствует полностью или просто не развито? Попробуйте ответить на вопрос: на сколько процентов это качество развито в ребенке в данный момент? Выходим на то, что ребенок в потенциале имеет задатки идеала, несмотря на его особенности. Выявив, что ребенок имеет положительную динамику развития, формируем оптимизм по отношению к ребенку.



## *Техника «Шкальных оценок»*

Работа с ожиданиями



Худший вариант развития событий – 0, самый лучший – 10.

Поставьте на шкале метку, где сейчас ваша проблема. Визуализация помогает оценить ситуацию, реальность её разрешения. И решить, что надо делать, чтобы изменить ситуацию. Позволяет сравнить не с кем-то, а с самим собой.

## *Техника «Терапия успехами»*

Делим лист на две половинки и предлагаем в первой половинке вспомнить начало учебного года, что умел (домашние дела, самообслуживание, умения на занятиях, в общении и т.д.)

Вторая часть – как сейчас.

Позволяет сравнить ребенка не с кем-то, а с самим собой. И увидеть прогресс.



## *Техника «Родительское сочинение»* О.А. Карабанова

Методика позволяет собрать анамнестическую информацию и историю развития ребенка, получить описание проблем развития ребенка «глазами родителя».

Базовые темы: «Мой ребенок» и «Я как родитель».

Для уточнения истории развития ребенка тема «История жизни моего ребенка»; для анализа родительской позиции - тема «История моего материнства (отцовства)»; для выявления ценностно-смысловых установок и целей воспитания «Каким я хочу воспитать моего ребенка».

Тема сочинения задается в открытой форме, без конкретизации содержания. Время написания сочинения не ограничивается.

При интерпретации сочинения учитываются 3 группы параметров:

- 1) поведение родителя в процессе выполнения задания;
- 2) формальные показатели;
- 3) содержательные показатели.

1) - особенности принятия задания (отказы, пробы, переписывания, наличие черновиков сочинения; речевой комментарий; время выполнения задания и т.п.)

2) - объем сочинения; форма, язык и стиль повествования

3) - соответствие сочинения заданной теме; соотношение 3 планов сочинения - «ребенок», «родитель», «наши отношения



# Компетентное информирование родителей

## Обучение на дому

**Общеобразовательная организация:  
ФГОС НОО, ФГОС ООО, ФГОС СОО, ФГОС НОО ОВЗ, ФГОС О у/о**

**Основная  
общеобразовательная  
программа: ДО, НОО, ООО,  
СОО**

### **ФГОС НОО ОВЗ**

Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования АООП НОО

Варианты АООП НОО:

1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7.1, 7.2,  
8.1, 8.2

АООП 1.3, 1.4, 2.3, ~~2.4~~, 3.3, 3.4, 4.3, ~~4.4~~, 6.3, 6.4,  
8.3, 8.4

СИПР

Адаптированная основная общеобразовательная программа  
Варианты АООП: 1, 2

**ФГОС образования обучающихся с  
умственной отсталостью**

# Рекомендации к организации занятий с детьми ОВЗ в условиях дистанционного обучения

1. Самое основное – это выстраивание взаимодействия с родителями. Не будет общения – не будет и эффективности занятий, т.к. в условиях дистанционного обучения родитель заменяет педагога, подсказывает и научает выполнению заданий.
2. Подберите наиболее подходящее время для занятий вам, ребенку и его родителю. Не обязательно это может быть первая половина дня.
3. Сами занятия строятся по принципу ПРОСТОТЫ и ДОСТУПНОСТИ. Ваша задача на период ДО - поддержать имеющийся уровень уже освоенных знаний и навыков.
4. Выстраивайте свои задания на повторах пройденного материала, чтобы помочь ребенку адаптироваться к новым методам работы.
5. Уделяйте внимание развитию крупной моторики, а именно физкультминуток, поворотов, разминок, телесно – ориентированных упражнений (простых и понятных для родителя и ребенка!).
6. Уделяйте внимание развитию мелкой моторики, а именно кинезиологическим упражнениям, пальчиковым играм.
7. Развивающие упражнения должны предполагать односложный ответ (на первых порах, пока ребенок адаптируется!!) Далее упражнения усложняются.
8. Развивающие упражнения в виде флеш-игр или презентации! Пусть дети отдохнут от тетрадей и чёрканий на листах, использовать альтернативные способы донесения информации!
9. Обращайте внимание на своё выступление: речь должна быть четкой, мягкой, сопровождаться жестикуляцией при объяснении задания. Повторяйте инструкцию несколько раз мед – лен – но!
10. Лучше выберите поддерживающую модель обучения!





# Рефлексия

1. Нормативные и правовые основы сопровождения семей детей с ОВЗ.
2. Особенности семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья.
3. Особенности реагирования на проблемы ребенка родителей разных типов.
4. Алгоритм консультирования родителей детей с ОВЗ.
5. Учет внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ОВЗ.
6. Техники работы с родителями.



## Список используемых источников

- Карabanова О.А. и др. Психологический подход в консультировании. – М., 2007
- Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие.– М.,2008
- Особенности психологического консультирования родителей, имеющих детей с ОВЗ. Мурафа С.В., Новикова Г.В. PsyJournals. [https://psyjournals.ru/files/91529/ppcdev\\_2017\\_Murafa\\_Novikova.pdf](https://psyjournals.ru/files/91529/ppcdev_2017_Murafa_Novikova.pdf)
- *Ткачёва, В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. – М., 2014*  
[https://www.nbcmmedia.ru/upload/iblock/46f/tkacheva\\_pdf\\_a4.pdf](https://www.nbcmmedia.ru/upload/iblock/46f/tkacheva_pdf_a4.pdf)
- Участие общественных организаций инвалидов в развитии инклюзивного образования. Авторы: Перфильева М.Ю., Симонова Ю.П., Прушинский С.А. Под редакцией Туркиной Т.Г. <https://perspektiva-inva.ru/files/uchastie-ooi-v-razvitii-io%5B1%5D.pdf>



Спасибо за внимание!

