



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГТТУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

Тема выпускной квалификационной работы

**Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей
ребёнка младенческого возраста группы риска**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование**

Направленность программы магистратуры

«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»

Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:

79,78 % авторского текста
Работа *рецензия* к защите
рекомендована/не рекомендована

и 3 ссы «*12*» *10* 20*23*

зав. кафедрой СПиПМ
(название кафедры)
к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-306/173-2-1
Миниханова Алина Маратовна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СПиПМ
Васильева Виктория Сергеевна

Челябинск
2023

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ.....	11
1.1 Сущность понятия «психолого-педагогическое сопровождение семьи» .	11
1.2 Онтогенез основных линий развития ребёнка младенческого возраста ...	15
1.3. Понятие «группа риска». Проявление факторов риска в младенческом возрасте.....	21
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.....	28
2.1 Изучение основных линий развития ребёнка младенческого возраста группы риска	30
2.2 Изучение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.....	36
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	44
ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА.....	46
3.1 Содержание коррекционной работы по психолого-педагогическому сопровождению семьи, воспитывающей ребёнка группы риска	46
3.2 Результаты экспериментального исследования по психолого- педагогическому сопровождению семьи, воспитывающей ребёнка группы риска.....	54
ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ.....	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	63
ПРИЛОЖЕНИЕ	72

ВВЕДЕНИЕ

Рождение ребёнка – важное событие для семьи. И, конечно же, родители особо заинтересованы в развитии собственного малыша. Изначально всех волнует состояние здоровья ребёнка и значительно позже возникает интерес к развитию его познавательной деятельности. А какой долгий и тернистый путь между рождением здорового ребёнка и его академическими успехами и социальными достижениями, и какие препятствия могут встречаться на этом пути родители не знают.

В последние десятилетия стремительно обновляются экономические и информационные отношения в обществе, что влечёт за собой изменение взаимоотношений в семье. Отмечается разрыв поколений: старшее поколение дедушек и бабушек продолжает активно работать и после выхода на пенсию, тем самым ограничивая возможности общения с внуками. Поколение мам и пап интенсивно зарабатывает материальные средства, что также сужает благотворное для развития детей коммуникативное поле семьи. Таким образом, в социальном аспекте ребёнок остаётся вне поля эмоционального и коммуникативного взаимодействия с родными и близкими людьми.

В Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования (далее – ФГОС ДО), обозначены требования к структуре, условиям, качеству реализации программы, где указывается: сотрудничество организации с семьёй; обеспечение психолого-педагогической поддержки семьи и повышения компетентности родителей (законных представителей) в вопросах развития и образования, охраны и укрепления здоровья детей; оказания помощи родителям (законным представителям) в воспитании детей, охране и укреплении их физического и психического здоровья, развитие индивидуальных способностей и необходимой коррекции нарушений их развития.

В связи с этими требованиями появляется необходимость взаимодействия специалистов и родителей, направленное на создание благоприятных условий развития детей в соответствии с их индивидуальными потребностями. Это говорит о необходимости глубокого отношения к проблеме обучения и воспитания детей младенческого возраста группы риска.

Поэтому, воспитание ребёнка младенческого возраста группы риска будет проходить наиболее эффективно в условиях психолого-педагогического сопровождения, как целостной системы, в процессе деятельности которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного развития и воспитания каждого ребёнка младенческого возраста.

С позиции биологического развития в настоящее время ухудшается соматическое и неврологическое здоровье новорождённых и младенцев. Изначально мамы ожидают рождения здорового ребёнка и зачастую не готовы к уходу и воспитанию соматически ослабленных детей, с неготовой к полноценному спонтанному развитию центральной нервной системой. Такой ребёнок уже с момента рождения нуждается в особом уходе и адекватном его возможностям благотворном общении. Как молодые родители, так и старшее поколение сталкиваются с проблемой воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) в условиях нехватки времени. Эти причины и обуславливают возрастание количества детей с отклонениями в психо-речевом развитии. Наиболее ярко всякие девиации, а позже и отклонения, проявляются или в позднем возникновении речи или в раннем, но своеобразном её становлении. Появление первого слова, первой фразы объединяет в себе весь ход психофизиологического и когнитивного развития ребёнка. Если слово или фраза появляются не вовремя, позже двух - двух с половиной лет, то это может быть признаком неблагополучия в социально-коммуникативном, соматическом, психофизиологическом или когнитивном развитии малыша, которое складывается из биологических предпосылок и первоначально реализуется в микро социальном окружении семьи. Своевременное выявление, коррекция и предупреждение отклонений

процесса развития являются важным условием нормального психоречевого становления ребёнка. Всякое развитие, и речевое в том числе, это процесс непрерывного возникновения новых форм на основе предшествующих, протекающий в реальном взаимодействии со средой.

Особого внимания заслуживают дети группы риска. В настоящее время понятие «дети группы риска» употребляется довольно часто в педагогике и психологии.

Как указано в социальной, психологической, и другой специализированной литературе, принадлежность детей к группе риска обусловлено различной неблагоприятной этнологией, т. е. имеет разные социальные корни.

Основная отличительная особенность детей группы риска заключается в том, что формально, юридически они могут считаться детьми, не требующие особых подходов (у них есть семья, родители, они посещают обычное общеобразовательное учреждение), но фактически в силу причин различного характера, от них не зависящих, эти дети оказываются в ситуации, когда не реализуются в полной мере или вообще попираются их базовые права, закреплённые Конвенцией ООН о правах ребёнка и другими законодательными актами,- право на уровень жизни, необходимый для их полноценного развития, и право на образование. Сами дети своими силами не могут разрешить эти проблемы, в том числе и проблемы языкового общения.

Термин «дети группы риска» входит в педагогическую науку наряду с такими как «педагогическая запущенность», «трудновоспитуемость», «дезадаптированность». Но по своей сути он предполагает более широкое видение проблем детей, так как наряду с педагогическим аспектом затрагивает и социальный. Это позволяет интегрировать педагогическую теорию и практику со знаниями в области философии и социологии как базовых наук, изучающих вопросы общественного развития и развития личности, позволяющих выявить особенности социализации и социальной адаптации ребёнка в ситуации риска.

Значимость исследования состоит в том, нами были адаптированы методы логопедической диагностики, позволяющие определять отклонения психоречевого развития у детей группы риска. Результаты экспериментального исследования могут быть использованы при работе с детьми младенческого возраста группы риска.

Отдельные аспекты исследуемой проблемы изложены в современной социальной, логопедической и педагогической литературе.

Речевая система формируется и функционирует в неразрывной связи развитием сенсорной, сенсомоторной, интеллектуальной, аффективно – волевой сфер ребёнка (П.К. Анохин, Л.С. Выготский, Н.И Жинкин, В.П. Зинченко и др.). Отклонения в овладении речью затрудняют общение с близкими взрослыми, препятствуют развитию познавательных процессов, отрицательно влияют на формирование самосознания (Р.Е. Левина).

Значительное место в изучении феномена «риск» и его социального аспекта занимают исследования отечественных учёных Л.П. Альгина, В.И. Зубкова, С.М. Никитина, В.В. Павловой и других. Зарубежные исследования в данной области представлены работами Д. ван дер Верфа, М Валлаха, Д. Кристенсона, Н. Лумана, А. Стоунера и других. Проблемы отклоняющегося поведения детей и подростков отражены в трудах Н.Н. Верцинской, Ю.В. Гербеева, Э.Г. Костяшкина, Г.П. Медведева, А.И. Невского, Г.М. Потанина, И.П. Прокопьева и других.

Проблемы диагностики отклоняющегося поведения детей решаются в работах С.А. Беличевой, А.С. Белкина, В.М. Обухова, М.И. Шония и других.

Несмотря на многочисленные исследования, границы понятия «дети группы риска» остаются достаточно размытыми, что затрудняет поиск педагогических мер по предупреждению речевых нарушений.

Это порождает противоречие между имеющимися теоретическими разработками и меняющимися объективными потребностями социально – педагогической практики.

Многие авторы, работающие в данной области, считают, что психолого-педагогическое сопровождение семьи является важным условием успешности коррекционного воздействия на ребёнка, а также обеспечивает непрерывную связь специалистов с родителями.

Актуальность выбранной темы обусловлена, с одной стороны, большим интересом к теме психолого-педагогического сопровождения детей младенческого возраста «группы риска» в современной науке, с другой стороны, её недостаточной разработанностью. Рассмотрение вопросов, связанных с данной тематикой, носит как теоретическую, так и практическую значимость. Актуальность и значимость данной проблемы обусловили выбор темы исследования: **«Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска».**

Цель исследования – теоретически обосновать, разработать и экспериментальным путём проверить модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

Объект исследования – процесс воспитания и развития ребёнка младенческого возраста группы риска.

Предмет исследования – психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

Гипотеза исследования – сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска, будет эффективным, если:

- определено содержание методов диагностического исследования и изучены основные линии развития ребёнка младенческого возраста группы риска по ОВЗ;
- организована индивидуальная работа с родителями, направленная на обучение способам эффективного общения с ребёнком;
- разработана и реализована модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены следующие задачи:

1. Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования;
2. Изучить уровень основных линий развития детей младенческого возраста группы риска;
3. Изучить уровень психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска;
4. Разработать модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

Методы исследования были выбраны с учётом объекта исследования и соответствуют задачам работы. В процессе исследования применялись следующие методы исследования:

Теоретические – анализ литературы, сравнение данных констатирующего и контрольного эксперимента, обобщение результатов исследования и фиксирование полученных данных по проблеме исследования;

Эмпирические – психолого-педагогический эксперимент; анкетирование; методы логопедического обследования; методы математической обработки полученных данных.

В эксперименте приняли участие 3 семьи группы риска по различным факторам.

Организация исследования осуществлялась в течении 2020-2022 гг.

Первый этап теоретический (январь-август 2021 г.) – осуществление анализа литературы по логопедии, психологии, педагогике, специальной педагогике; определение теоретических основ, цели, предмета, гипотезы, методов исследования; разработка модели психолого-педагогического сопровождения.

Второй этап экспериментальный (сентябрь 2021 г.-апрель 2022 г.) – проведение констатирующего этапа эксперимента, реализация разработанной

модели психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска. Отслеживание хода и результата экспериментальной работы.

Третий этап обобщающий (май 2022 г.-сентябрь 2022 г.) – обобщение и описание результатов экспериментальной работы, формулирование выводов, оформление материалов исследования магистерской диссертации.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что:

1. Разработана и реализована модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска, ориентированная на повышение коррекционно-педагогической компетентности родителей.

2. Психолого-педагогическая модель сопровождения семьи рассмотрена с позиции организации поддержки родителей в повышении коррекционно-педагогической компетентностью, в процессе воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что:

– уточнено содержание психолого-педагогической компетентности родителей в процессе воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска, включающее мотивационный, когнитивный, деятельностный и рефлексивный компоненты.

– разработано методическое обеспечение работы учителя-логопеда по повышению психолого-педагогической компетентности родителей в процессе воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска, которое определяет формы, методы и содержание работы.

Практическая значимость исследования определяется:

– выявлением критериев и уровней психолого-педагогической компетентности родителей, младенческого возраста группы риска.

– внедрением в коррекционно-образовательный процесс модели психолого-педагогического сопровождения семьи, в процессе воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска;

– разработкой методических рекомендаций для родителей в процессе воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска.

Структура магистерской диссертации состоит из введения, трех глав, выводов по главам, заключения, списка литературы, приложения.

Результаты работы апробированы:

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ

1.1 Сущность понятия «психолого-педагогическое сопровождение семьи»

«Семья – ячейка общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сёстрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Н.Я. Соловьёв) [54].

Традиционно, семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребёнка.

В отечественной психологии установлено, что развитие ребёнка, его социализация, превращение в «общественного человека» начинается с общения с близкими ему людьми. Непосредственно-эмоциональное общение ребёнка с матерью - первый вид его деятельности, в которой он выступает в качестве субъекта общения. Все дальнейшее развитие ребёнка зависит от того, какое место он занимает в системе человеческих отношений, в системе общения. Развитие ребёнка непосредственно зависит от того, с кем он общается, каков круг и характер его общения. Наблюдения психологов свидетельствуют о том, что потребность детей в общении не появляется у них автоматически. Она формируется постепенно, в зависимости от условий существования. Решающая роль в становлении и последующем развитии такой потребности принадлежит воздействиям окружающих людей, прежде всего - близких взрослых.

А.С. Спиваковская показала, что родительская позиция в семьях, где есть дети с нарушениями в развитии, в частности с тяжёлыми речевыми нарушениями, отличается неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, адресуется к сегодняшним проблемам жизни ребёнка, в противовес родительской позиции в семьях с нормальными детьми, где она

характеризуется адекватностью, прогностичностью, адресуется к завтрашнему дню, к будущему ребёнка [55].

Таким семьям необходима комплексная психолого-педагогическая помощь. К работе с семьёй, имеющей ребёнка с нарушениями, следует подходить с гуманистических позиций, ориентировать родителей на опережающую подготовку ребёнка к жизни, вырабатывать у него умение мыслить категориями будущего, формировать позитивные перспективы его развития.

Современные гуманистические подходы к воспитанию и адаптации в социум детей с проблемами в развитии предполагают активное участие семьи в процессе развития ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим обеспечение и реализация права детей с ОВЗ на образование рассматривается как одна из важных задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития РФ (Письмо Минобрнауки России от 18.04.2008г). В настоящее время становится актуальным поиск новых путей и форм помощи таким родителям. Своевременное оказание необходимой психолого-медико-социальной помощи позволяет обеспечить коррекцию недостатков ребёнка, улучшить его развитие, обеспечить его социальную адаптацию. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии является одним из важных звеньев в системе их реабилитации.

Главной задачей логопеда при взаимодействии с семьёй ребёнка с нарушениями, является не только выдача рекомендаций по лечению и воспитанию ребёнка, но и создание таких условий, которые максимально стимулировали бы членов семьи к активному решению возникающих проблем. В таких случаях, выработанные в процессе сотрудничества решения, родители считают своими и более охотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребёнка.

Основной целью в психокоррекционной работы с родителями является формирование у родителей позитивного взгляда на ребёнка, имеющего

нарушения развития. Адекватность позиции родителя позволяет ему обрести новый жизненный смысл, гармонизировать самосознание и взаимоотношения с ребёнком, повысить собственную самооценку. Это, в свою очередь, обеспечивает использование родителями гармоничных моделей воспитания и в перспективе оптимальный вариант социальной адаптации ребёнка.

Жизнь большинства родителей, воспитывающих ребёнка ОВЗ, сопровождается целым рядом деструктивных переживаний. Зачастую, члены семьи, не имея ресурсов для создания условий, содействующих реабилитации, адаптации и развитию такого ребёнка, сами нуждаются в психологической помощи. Взрослым важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие, терпимость и жизнелюбие. От того, как по отношению к ребёнку ведут себя родители, будет зависеть судьба самого ребёнка и семьи в целом. Именно поэтому, наилучшим способом помощи детям с ОВЗ может быть помощь их родителям и другим членам семьи.

В отечественной традиции несмотря на то, что существует большое количество работ психологического и педагогического характера, посвящённых теории и практике обучения и воспитания детей с ОВЗ (В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, И.М. Гилевич, Н.Ю. Донская А.Г., Зикеев, К.В. Комаров, К.Г. Коровин, Л.И. Тигранова, , Ф.Ф. Рау, , К.И. Туджанова и др.), проблема психологического сопровождения семей, воспитывающих таких детей, по существу, не изучена. Лишь в некоторых работах приводятся отдельные факты из истории становления психологии детей с сенсорными нарушениями (А.Г. Басова, Р.М. Боскис, Т.А. Власова, А.И. Метт, К.А. Микаэльян).

Изучением вопросов, возникающих перед родителями, воспитывающими детей с проблемами в развитии, занимались многие специалисты (Н.Л. Белопольская, Г.А. Выготская, М.В. Ипполитова, Б.Д. Корсунская, А.Р. Маллер, И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынов, Е.М. Мастюкова, Г.В. Пятакова, Ю.А. Разенкова Л.И. Солнцева и др.). В их исследованиях чаще всего затрагивается аспект участия семьи в воспитании и развитии ребёнка с

ОВЗ. К настоящему времени имеются лишь единичные исследования, отражающие состояние родителей, воспитывающих детей с проблемами в развитии (В.А. Вишневский, Б.А. Воскресенский, И. Ю. Левченко, Р.Ф. Майрамян, М.М. Семаго, В.В. Ткачева). Эти работы посвящены изучению особенностей постреактивных расстройств и их динамике при появлении в семье умственно отсталого ребёнка или ребёнка с различными формами детского церебрального паралича [15].

Е.И. Казакова «сопровождение» трактует как метод, который обеспечивает формирование условий для принятия субъектом развития наиболее адекватных решений в жизненных ситуациях выбора. В данном контексте субъектом развития понимается как человек, так и система, меняющиеся качественно. Ситуация жизненного выбора – это затруднительные обстоятельства, при разрешении которых человек определяет для себя путь регрессивного или прогрессивного развития [30].

Инна Панченко-Миль же в своих исследованиях пишет о приоритете душевно-духовного настроения родителей и специалистов в методологии обучающего логопедического воздействия. Если родители сумеют создать душевные отношения со своим ребёнком, основываясь на хороших образцах речи и любви к нему, то его речевое развитие спонтанно включится в общую систему развития психической деятельности [44].

Вместе с тем, центральной позицией в теории сопровождения является положение о том, что носителями проблемы развития субъекта могут выступать не только педагоги и сам ребёнок, но и лица из ближайшего окружения, в том числе и родители.

Эффективность психолого-педагогического сопровождения ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, т.е. процесса его абилитации, реабилитации, социальной адаптации и интеграции, во многом зависит от личностных взаимоотношений между родителями и детьми, от решения комплексных проблем, имеющих у членов семьи, участвующих в воспитательном процессе.

Обобщая всё вышесказанное, психолого-педагогическое сопровождение семьи в рамках ряда отечественных психологических исследований употребляется как особый вид оказания психологической помощи. Авторы утверждают, что психолого-педагогическое сопровождение семьи направлено на поддержку естественно развивающихся процессов и реакций человека. Психолого-педагогическое сопровождение семьи рассматривается и как форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи (патронаж). Однако следует отметить, что в отличие от коррекции, сопровождение предполагает не «исправление недостатков», а поиск внутренних потенциальных ресурсов развития всех членов семьи, опору на их возможности и создание специфических условий для гармонизации взаимоотношений.

1.2 Онтогенез основных линий развития ребёнка младенческого возраста

Младенческий возраст, или период грудного возраста, — это период быстрого развития двигательных (моторных), первых психоэмоциональных и социальных функций и реакций, а также предречевого развития. Название этого периода жизни ребёнка подчёркивает тесную связь младенца с матерью.

Основные характеристики младенческого возраста:

- завершение основных процессов адаптации к внеутробной жизни;
- интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное и интеллектуальное развитие;
- недостаточная морфологическая и функциональная незрелость всех органов и систем;
- исчезновение пассивного иммунитета, полученного от матери;
- высокая интенсивность обмена веществ.

Этот период отличается яркой выраженностью взаимного влияния физического развития, моторных функций, нервно-психической деятельности, эмоционального и ситуативно-личностного общения. Задержка формирования одного компонента способствует задержке развития других функций.

Этот период характеризуется формированием стойкой эмоциональной привязанности к родителям.

Уже через несколько минут после рождения ребёнок, мать и отец (если он присутствует при родах) включаются в процесс бондинга – установления первичной эмоциональной связи между родителями и ребёнком. Новорождённый способен бодрствовать в первые 30–40 минут после рождения. В это время он может попытаться сфокусировать взгляд на материнском лице, причём создаётся впечатление, что он прислушивается к её голосу. Это вызывает прилив нежности у родителей, которые начинают разговаривать с ним. Они внимательно изучают все части тела малыша, разглядывают крошечные пальчики на руках и ногах, маленькие ушки, стараются определить, на кого из них он больше похож. Держа ребёнка на руках, поглаживая, покачивая его, мать устанавливает с ним тесный физический контакт.

Первые социальные улыбки появляются начиная с конца первого месяца жизни, сопровождаются взглядом в глаза взрослого и выражают положительное отношение к нему как партнёру по общению.

У спящих новорождённых часто можно наблюдать рефлекторную улыбку, в которой участвуют только мышцы рта, её можно вызвать также лёгким прикосновением к щеке ребёнка. Социальная улыбка, адресованная другому человеку, появляется у младенцев в конце первого – начале второго месяца после пристального взгляда в глаза взрослого и достигает своего расцвета в три месяца, когда малыш охотно улыбается каждому взрослому. Появление социальной улыбки – важное событие в жизни ребёнка, так как оно знаменует становление общения [4].

Исследование материнской речи на шести различных языках на разных континентах показало сходные черты, которые выражались в том, что мать при общении с младенцем использует простые, короткие предложения, делает длинные паузы, включает в речь бессмысленные звуки и часто изменяет слова (например, «холосенький» вместо «хорошенький»). Кроме того, повышается

высота голоса, речь замедляется, становится протяжной, изменяются ритм и ударение — все это приводит к песенности материнской речи. Возникает своеобразный вокальный диалог между матерью и младенцем: общаясь с ребёнком, она задаёт вопрос и от его имени сама на него отвечает. Это скорее монолог матери в форме воображаемого диалога. Такая экзотическая форма поведения имеет большой смысл для психического развития ребёнка. Во время паузы между обращениями младенец, способный к подражанию, в какой-то момент ответит на инициативу матери вокальной имитацией или любым другим изменением поведения. Это, в свою очередь, побудит её продолжать начавшееся взаимодействие и изменять своё поведение, подстраиваясь под ребёнка. А младенец, получив новый позитивный опыт общения, будет и в дальнейшем отвечать на эти инициативы, так что со временем монолог перейдёт в гармоничный диалог матери и ребёнка.

Начиная с третьего месяца жизни младенец способен посылать «двойственные» сигналы, с помощью которых он иницирует взрослого к взаимодействию или хочет его прервать. Если ребёнок поворачивается лицом к матери, смотрит ей в глаза, улыбается, произносит тихие протяжные звуки (гукает, гулит), – это приглашение к общению. С другой стороны, отвод взгляда, отворачивание, наклон головы, хныканье сигнализируют о нежелательности и избегании контактов.

Период приблизительно от 2 до 6 месяцев считается «медовым месяцем» взаимодействия матери и младенца. Именно тогда отчётливо проявляются слаженность, гармоничность, взаимное дополнение в их поведении. Они научаются читать сигналы начала и окончания активности друг друга, соблюдать очерёдность и выстраивать длинные цепочки взаимодействия. Так, во время кормления младенец сосёт грудь, совершая серии движений длительностью от 8 до 10 секунд, прерывая сосание паузами от 2 до 5 секунд, в которых нет никакой физиологической необходимости. Большинство матерей (независимо от того, кормят они грудью или из бутылочки) во время таких пауз поглаживают ребёнка, разговаривают с ним для того, чтобы

стимулировать продолжение сосания. Интересно, что младенец начинает вновь сосать молоко и без стимуляции. Скорее всего, он использует паузы, чтобы вызвать ответную реакцию. Так возникает первый диалог между матерью и ребёнком.

Во втором полугодии жизни ребёнок переходит на стадию делового общения. Этот переход сопровождается следующими признаками. Младенец уклоняется от ласки взрослого, не хочет сидеть у него на руках без какого-либо занятия, не проявляет прежнего интереса только к эмоциональному общению.

В 6-7 месяцев младенец старается привлечь маму к совместным действиям, обратить её внимание на какой-либо предмет. Он охотно играет с игрушками, осваивая все новые действия. Основной задачей воспитания в этот период является создание условий, благоприятствующих выдвиганию на первый план предметной деятельности.

Одним из наиболее ярких примеров ритмической согласованности действий матери и младенца является синхронизация. В одном из экспериментов Е.С. Шафера мать и ребёнок помещались в светлую комнату с множеством ярких игрушек. В результате выяснилось, что они смотрят преимущественно на один и тот же объект, причём ведущую роль играет ребёнок, выбирая предпочитаемую игрушку, а мать лишь подстраивается к его действиям.

Изучение простой, стереотипной игры взрослого с младенцем первых месяцев жизни показало, что ребёнок участвует в ней как активный партнёр: он то смотрит на взрослого, то отводит взгляд в сторону, то снова смотрит на взрослого, помогая тем самым определять ритм и темп взаимодействия, побуждая партнёра к новым действиям. В опытах Д. Стерна [56] производилась кинозапись движений головы у трёхмесячного ребёнка и взрослого, глядящих друг на друга. Движения матери и младенца составили гармонически сочетающееся взаимное приближение и отступление, названное автором своеобразным «вальсом». Уже в другом исследовании были

выявлены подстройка и синхронизация движений младенца в ответ на человеческую речь, причём именно на звуки осмысленной речи. Эти произвольные движения можно сравнить с «неуловимым балетом».

Начиная с 9 месяцев у младенца наблюдается феномен «социальной ссылки» – ориентация на эмоциональную реакцию матери. Ребёнок, сталкиваясь с ситуациями неопределённости (например, при встрече с незнакомцем, яркой движущейся игрушкой), ищет информацию для понимания и оценки ситуации у близкого человека. С этой целью он смотрит на выражение лица взрослого, стараясь уловить его реакцию на происходящее. Десятимесячный малыш приблизится и будет с интересом рассматривать управляемого робота или игрушечную лающую собачку, если мать спокойна или улыбается, глядя на игрушку. Аналогично ребёнок ориентируется на поведение матери, её эмоциональную реакцию при встрече с незнакомым человеком.

Привязанность к определенным людям начинает явно проявляться у младенцев старше 6 месяцев. Обычно, хотя и не всегда, первый объект привязанности – мать. В течение месяца или двух большинство детей начинают проявлять привязанность к отцу, братьям, сёстрам, бабушкам и дедушкам. Объект привязанности может лучше других успокоить и утешить малыша; младенец чаще, чем к другим, обращается за утешением к нему; в его присутствии ребёнок реже испытывает страх (например, в незнакомой обстановке). Такая привязанность имеет определенную ценность с точки зрения самосохранения. Прежде всего она даёт ребёнку чувство безопасности при освоении окружающего мира, столкновении с новым, неизвестным и ярче проявляется, когда он испытывает страх. Ребёнок может не обращать внимание на родителей и охотно играть с незнакомым человеком (при условии, что рядом находится кто-то из близких), но, стоит только его чем-либо напугать или взволновать, он тут же обернётся за поддержкой к матери или отцу.

С помощью объекта привязанности ребёнок оценивает также степень опасности новой ситуации. Например, малыш, приближающийся к незнакомой яркой игрушке, останавливается и смотрит на мать. Если вдруг на её лице отразится тревога или она произнесёт что-то испуганным голосом, ребёнок также проявит насторожённость и, отвернувшись от игрушки, поползёт к матери. Но, если мать улыбнётся и обратится к малышу подбадривающим тоном, он снова направится к игрушке.

Неблагоприятные факторы этого периода легко вызывают отклонения в развитии ребёнка:

- заболевания, обусловленные морфофункциональной незрелостью плода;
- задержка нарастания массы тела ребёнка;
- выявляются многие заболевания и состояния, обусловленные нарушениями в антенатальном, перинатальном и неонатальном периодах;
- острая пневмония;
- судорожный синдром;
- - инфекционные заболевания;
- травмы, в том числе и черепно-мозговые;
- хирургические операции, проводимые под наркозом;
- снижение тесного тактильного контакта матери и ребёнка;
- нарушение эмоционального контакта матери и ребенка;
- депрессивное состояние матери;
- наличие у матери психического заболевания.

В целом младенческий период – это время, когда у ребенка формируются моторные функции, присущие человеку, появляется и развивается ситуативно-личностное (реагирование на ласковое обращение к ребенку и разговор с ним), ситуативно-деловое (реакция на демонстрацию новых игрушек и манипуляции с ним).

Более подробное описание основных линий развития ребёнка в младенческой периоде описано в таблице 1 (Приложение 1).

1.3. Понятие «группа риска». Проявление факторов риска в младенческом возрасте

Факторы риска (в психологии развития) – понятие, обозначающее широкий круг условий, способных оказывать неблагоприятное влияние на психическое развитие ребёнка. В отличие от однозначно вредоносных воздействий, факторы риска – это такие условия, опасное действие которых носит вероятностный характер, т. е. означает не неизбежность, а лишь более или менее вероятную угрозу возникновения отрицательных последствий. В зависимости от степени её вероятности выделяют факторы высокого, умеренного и низкого риска [55].

Контингент детей, подверженных действию того или иного фактора риска, называется группой риска по данному фактору. Как понятие «фактор риска», так и понятие «группа риска» первоначально использовались в медицине. В конце 60-х годов прошлого века они были перенесены в психологию, дефектологию, переосмыслены и постепенно распространены с анализа патологии на проблемы психического развития ребёнка.

На основании результатов анатомо-патологических исследований авторы [2, 36, 54, 71, 79] указывали на поражения головного мозга у детей, которые возникали преимущественно во время беременности, родов и первые месяцы жизни, серьезно воздействуя на психофизическое развитие. При этом было выявлено, что нарушения и отклонения созревания функций и систем детского организма зависят от времени воздействия патологических факторов – от того, на каком этапе онтогенеза они воздействовали и сколько по времени. Это означает, что их обратимость зависит от возраста влияния данных факторов на детей и длительности их воздействия [53]. На последнее также влияет, как сочетаются факторы риска. Например, учеными установлено, что в случаях минимальной мозговой дисфункции биологические факторы влияют на выраженность адаптивных расстройств [41] и играют роль «почвы», способствующей формированию отклонений в формировании личности и

девиантных форм поведения под влиянием неблагоприятных условий среды. П.Г.Л. Серхио также указывает на то, что наличие патогенных факторов, действующих в период внутриутробного развития и раннем постнатальном периоде, – расстройства в виде минимальной мозговой дисфункции или психоорганического синдрома – является пусковым фактором при асоциальном поведении. Другой пример: при длительных заболеваниях в период раннего возраста и при социальном пренебрежении ребенком в семье, которое в последние годы встречается все чаще, возникают выраженные нарушения психического развития детей и патологическое формирование личности, которые приводят к ограничению их жизненных и социальных функций, развитию расстройств эмоционально-поведенческой сферы, в наиболее тяжелых случаях приводящие к социальной недостаточности [4, 14, 67]. Так или иначе, но исследования в данной области свидетельствуют о том, что биологические и социальные факторы по-разному сочетаются и в различной мере воздействуют на нарушения в развитии у детей. Это требует рассмотрения данных факторов в комплексе. В связи с этим В.В. Ковалев считает, что в основе факторов риска могут лежать «...разные физиологические, микроморфологические механизмы, однако их общим результатом является особая готовность организма к возникновению того или иного заболевания. По мере изменения состояния организма от полного здоровья к болезни повышается риск возникновения последней под влиянием различных внешних и внутренних факторов» [32].

Нарушения развития у детей манифестируют в период интенсивного формирования всех высших психических функций ребенка, и отставание в развитии влияет на дальнейшую социальную адаптацию и качество жизни. Вредности раннего периода онтогенеза, выраженные эмоционально-поведенческие расстройства, наличие парциального недоразвития ряда психических функций, неадекватная оценка состояния ребенка некоторыми специалистами и родителями у большинства детей приводят к снижению адаптационных возможностей, что в дальнейшем может привести к

социальной и медико-психолого-педагогической дезадаптации и увеличению количества детей с расстройствами развития нервно-психической сферы.

В литературе отмечена высокая распространённость нарушений развития у детей – от 15 до 43%, у пациентов с минимальной мозговой дисфункцией – 83%, а по всей протяжённости раннего и дошкольного возраста – в среднем по всем параметрам – 65% [12, 13, 19, 50, 51, 64, 77, 81 и др.]. Академиком Т.Б. Дмитриевой были озвучены следующие данные: за последние десятилетия уровень заболеваний, связанных с нарушением нервно-психической сферы, в Российской Федерации вырос в 11,5 раз, причём наибольший рост – среди детей и подростков.

Неслучайно различным аспектам этих проблем посвящены многочисленные исследования разных специалистов – психологов, педагогов, коррекционных педагогов, психиатров, неврологов. Изыскания носят психолого-педагогическую или клинико-психологическую ориентацию. При относительном сходстве позиций в понимании общих закономерностей этих проблем, отмечаются некоторые расхождения в оценке отдельных факторов. Они чаще не носят принципиального характера, а являются результатом автономности исследовательских подходов в рамках конкретной научной области [39]. Например: Г.В. Козловская, М.С. Проселкова [48], говоря о программе ранней профилактики нарушений развития, в том числе и психического, считают ведущими направлениями стимуляцию развития эмоциональных функций, профилактику психофизических расстройств, охрану прав личности ребенка в семье и обществе с первых лет жизни. Ведущими факторами развития, на которые опирается данная программа, с одной стороны, становятся эмоциональные и социальные факторы. С другой – есть исследования и разработки в данной области, которые опираются на противопоставление и интеграцию других факторов развития: связанных с биологическими и психологическими аспектами развития, семейными и социальными отношениями, особенностями адаптации, развития эмоционального и социального интеллекта.

Нарушения и отклонения созревания функций и систем детского организма, развитие врождённых заболеваний нередко являются последствиями патологических факторов, воздействующих на определённых этапах онтогенеза. Одни и те же факторы, воздействующие на различных этапах развития ребёнка, могут привести к неодинаковым расстройствам как по тяжести, так и по проявлениям. Чем раньше происходит патогенное влияние на развивающийся организм, особенно на нервную систему, тем более тяжёлые расстройства возникают у ребёнка впоследствии. Предикторами нарушений развития у детей являются факторы, оказывающие патологическое воздействие на развитие ребёнка, могут быть: биологические, семейные, психологические, социальные, эмоциональные, состояние адаптационных механизмов ребёнка.

Социальная ситуация развития на первом году жизни складывается из 2 моментов.

Во-первых, младенец даже биологически – беспомощное существо. Самостоятельно он оказывается не в состоянии удовлетворить даже базовые жизненные потребности.

Во-вторых, будучи вплетённым в социальные моменты, ребёнок лишён основного средства общения – речи. Всей организацией жизни ребёнок принуждён к максимальному общению со взрослым, но это общение своеобразное – бессловесное. Прогноз здоровья ребёнка должен проводиться в период его внутриутробного развития и после рождения. На каждом из этапов необходим учёт всех факторов риска, способствующих развитию нарушений в состоянии здоровья. Разработано множество прогностических алгоритмов в отношении той или иной патологии у детей.

I группа- новорождённые с риском развития патологии ЦНС.

Наиболее значимые факторы риска:

- возраст матери (старше 30 лет);
- вредные привычки матери (курение, злоупотребление алкоголем);

- экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет);

- патология беременности и родов (угрожающий аборт иммунологический конфликт, многоводие, переносимость, дородовое излитие вод, оперативные роды, родовая травма). Тяжёлые токсикозы второй половины беременности;

- токсоплазмоз.

Направленность риска в периоде новорожденности:

- риск тяжёлого течения вирусно- бактериальных инфекций, тяжёлых метаболических нарушений, фебрильных судорог;

- летального исхода при вирусно- респираторных заболеваниях;

- риск синдрома внезапной смерти (СВСД)

- нарушение течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела);

- риск внутриутробного инфицирования.

II группа- новорождённые с риском внутриутробного инфицирования.

Наиболее значимые факторы риска:

- хроническая экстрагенитальная патология матери (бронхит, пиелонефрит, холецистит, гастрит, колит и др.);

- хроническая генитальная патология;

- патология родов (длительный безводный промежуток);

- перенесённая краснуха, контакт с больным краснухой, токсоплазмоз, цитомегалия;

- острые респираторно-вирусные и бактериальные заболевания, перенесённые матерью в конце беременности и в родах.

Направленность риска в периоде новорожденности:

- малые и большие формы гнойно- септической инфекции;

- тяжёлые формы кишечного дисбактериоза;

- врождённая краснуха, токсоплазмоз.

III группа- новорождённые с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость и эндокринопатии).

Наиболее значимые факторы риска:

- экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, ожирение матери);
- патология беременности (тяжёлые токсикозы второй половины беременности);
- вредные привычки матери (курение свыше 10 сигарет в день), нарушение режима питания матери во время беременности.

Направленность риска в периоде новорожденности:

- риск судорожного синдрома и летального исхода при острых заболеваниях (ОРВИ, пневмонии и др.);
- проявление незрелости новорождённого, недостаточность кардиального отдела пищевода, запоры новорождённых и пр.;
- нарушение течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела и др.);
- диабетическая эмбрио-фетопатия;
- диабет новорождённого, гипотиреоз;
- риск тяжёлого течения вирусно- бактериальных инфекций, метаболических нарушений, фебрильных судорог.

IV группа- новорождённых с риском развития врождённых пороков органов и систем (пороки развития ЦНС, бронхолёгочной. мочеполовой и др. систем); синдром врождённой краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца и др. органов); наследственно обусловленные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз); болезнь Дауна

Наиболее значимые факторы риска:

- патология беременности (токсикозы первой половины беременности);
- сахарный диабет у беременной;

- применение лекарственных средств в период беременности (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, гормонов и др.);
- возраст матери старше 30 лет и отца старше 40 лет;
- вредные привычки родителей (злоупотребление алкогольными напитками);
- перенесённая краснуха или контакт с больным краснухой в первом триместре беременности;
- острые респираторно-вирусные инфекции, перенесённые в первом триместре беременности;

Направленность риска в периоде новорожденности:

- нарушение течения периода адаптации;
- алкогольная энцефалопатия;
- клинические симптомы и синдромы наследственных заболеваний.

В заключение хотелось бы отметить, что все поражения головного мозга у детей могут возникнуть во время беременности, родов и первые месяцы жизни, которые воздействуют на психофизическое развитие.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что знание о наиболее существенных причинах, по которым возникают проблемы в развитии ребёнка, позволяет в полной мере оказывать психолого-педагогическую помощь детям «группы риска», даёт возможность определить основное направление и содержание коррекционной работы с такими категориями детей и с их семьями [5].

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Жизнь большинства родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ, сопровождается целым рядом деструктивных переживаний. Зачастую, члены семьи, не имея ресурсов для создания условий, содействующих реабилитации, адаптации и развитию такого ребёнка, сами нуждаются в психологической помощи. Взрослым важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие, терпимость и жизнелюбие. От того, как по отношению к ребёнку ведут себя родители, будет зависеть судьба самого ребёнка и семьи в целом. Именно поэтому, наилучшим способом помощи детям с ОВЗ может быть помощь их родителям и другим членам семьи.

Вместе с тем, центральной позицией в теории сопровождения является положение о том, что носителями проблемы развития субъекта могут выступать не только педагоги и сам ребёнок, но и лица из ближайшего окружения, в том числе и родители. А младенческий возраст является сенситивным для развития у него безусловных рефлексов.

В целом младенческий период – это время, когда у ребёнка формируются моторные функции, присущие человеку, появляется и развивается ситуативно-личностное (реагирование на ласковое обращение к ребёнку и разговор с ним), ситуативно-деловое (реакция на демонстрацию новых игрушек и манипуляции с ним).

Факторы риска (в психологии развития) – понятие, обозначающее широкий круг условий, способных оказывать неблагоприятное влияние на психическое развитие ребенка. В отличие от однозначно вредоносных воздействий, факторы риска – это такие условия, опасное действие которых носит вероятностный характер, т. е. означает не неизбежность, а лишь более или менее вероятную угрозу возникновения отрицательных последствий. В зависимости от степени её вероятности выделяют факторы высокого, умеренного и низкого риска.

Контингент детей, подверженных действию того или иного фактора риска, называется группой риска по данному фактору. Как понятие «фактор риска», так и понятие «группа риска» первоначально использовались в медицине. В конце 60-х годов прошлого века они были перенесены в психологию, дефектологию, переосмыслены и постепенно распространены с анализа патологии на проблемы психического развития ребенка.

Предикторами нарушений развития у детей являются факторы, оказывающие патологическое воздействие на развитие ребёнка, могут быть: биологические, семейные, психологические, социальные, эмоциональные, состояние адаптационных механизмов ребёнка.

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА

2.1 Изучение основных линий развития ребёнка младенческого возраста группы риска

После анализа психолого-педагогической и методической литературы по проблеме психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, заинтересовались тем, как данный вопрос решается на практике. С этой целью был организован констатирующий этап опытно - экспериментальной работы. Он включал в себя наблюдение за деятельностью и процессом развития детей младенческого возраста.

Задачей данного этапа исследовательской работы было выявить уровень умений, определяющих развитие ребёнка младенческого возраста.

Изучая уровень умений, определяющих развитие ребёнка младенческого возраста группы риска в системе комплексного психолого-педагогического сопровождения семьи, мы рассматриваем сопровождение как составную часть полноценного развития ребёнка.

Таким образом, мы не можем сопровождение рассматривать изолированно, как один вид деятельности и мы рассматриваем в полном контексте, т.е. для полноценного обследования необходимо изучить уровень умений, определяющих развитие ребёнка младенческого возраста в целом.

При отборе методик для диагностического обследования детей младенческого возраста необходимо учитывать анамнестические данные детей, течение беременности матери и возраст ребёнка.

При этом важно помнить, что существующая система медико-психолого-педагогической помощи имеет серьёзные недостатки, выражающиеся в отсутствии единой государственной системы ранней педагогической и медико-социально-педагогической поддержки, в которой на практике будут созданы условия для реализации социальной функции семьи и

развития психологического потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья.

В этих условиях совершенно очевидна необходимость перестройки всей системы медико-психолого-педагогической помощи не только в отношении ранней диагностики и предупреждения рождения неблагополучных детей, но и отношении динамического сопровождения детей группы риска (Растягайлова Л.И., Дунаева З. М.). [48]

Однако дети младенческого возраста (до одного года жизни) находятся вне поля зрения психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК), так как преимущественно наблюдаются в детских поликлиниках, где в настоящее время не предусмотрена психолого-педагогическая диагностика, и, следовательно, упускается самый важный сенситивный период в формировании психомоторных функций.

Вместе с тем доказано, что нарушение нейрофизиологических функций искажает, но не останавливает процессы развития. Формирование психики ребёнка протекает при этом в аномальных условиях, однако благодаря высокой пластичности детской психики, её широким компенсаторным возможностям оказывается возможной как успешная коррекция отклонений, так и относительная компенсация даже самых тяжёлых поражений нервной системы, опорно-двигательного аппарата (Урядницкая Н.А.).

Ребёнок с отклонениями в развитии, начавший обучаться в первые месяцы жизни, имеет самые большие шансы на максимально быстрое достижение оптимально возможного для него уровня общего развития и, соответственно, более раннего срока выбора интегрированного обучения (Урядницкая Н.А.).

Оценка уровня развития малыша – это самый первый шаг, который необходим для того, чтобы правильно выбрать стратегию обучения и определить, чему именно его следует учить.

Несмотря на все свои опасения, многие родители, дети которых имеют отклонения в развитии, действительно хотят выяснить, что их малыш умеет и

чего не умеет. Они стремятся получить как можно больше информации и услышать как можно больше разных мнений о состоянии своего ребёнка.

На практике при тестировании всегда имеется в виду определенный набор показателей, которые считаются характерными для тех умений или способностей, которые проверяются. Многие тесты чётко определяют время и способ оценки каждого из этих показателей. Другие допускают более свободный подход. Но все они разработаны для того, чтобы дать оценивающему информацию, и все основаны на так или иначе спланированном наблюдении.

В нашем исследовании мы будем использовать методы из программы ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» (авторы Питерси М. и Трилор Р.).

Это программа даёт малышу возможность добиться успеха. Успешная программа должна основываться на точном определении того, что может и чего не может делать ребёнок.

Перечень умений, определяющих развитие ребёнка (далее – ПУОРР) был разработан в помощь педагогам и родителям, чтобы они всегда могли выстроить точную картину и принять правильное решение о том, чему следует учиться дальше.

В ПУОРР входят 4 таблицы, которые содержат адекватные области развития.

1. Общая моторика, то есть двигательная деятельность, обусловленная работой крупных мышц тела.

2. Тонкая моторика - двигательная деятельность, обусловленная работой мелких мышц руки, и требующая хорошей зрительно-моторной координации.

3. Восприятие речи, или понимание ребёнком того, что ему говорят.

4. Самообслуживание и социальные навыки, то есть, способность самостоятельно выполнять свои личные потребности и умение взаимодействовать с окружающими [47].

В ходе проведения эксперимента принимали участие семьи, воспитывающие детей младенческого возраста группы риска.

Таким образом, в констатирующем эксперименте приняло участие 5 детей младенческого возраста, которые могут быть отнесены к группе риска.

Выбранные 5 детей младенческого возраста группы риска проанализированы на предмет особенностей у них протекания основных линий развития и возможностей дальнейшего развития речи. Характеристика обследуемых детей представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика обследуемых детей

№ п/п	Имя ребёнка, возраст	Факторы риска	Характеристика развития ребёнка
1	2	3	4
1	Милана, 4 мес.	Угроза прерывания (анемия у мамы); Многоплодная беременность	Моторная функция развита слабо, голову держит, но самостоятельно не поднимает. Лёжа на животе, голову не поднимает. Отрицательный психоэмоциональный фон – активное бодрствование сопровождается криком, плачем и хныканьем. На непродолжительное время может остановить внимание на игрушке, или каком-то предмете. Речевая функция – ребёнок не вступает в голосовой контакт, даже если слышит обращённый к нему ласковый голос мамы. Однако самостоятельное гуление присутствует. Зрительная и слуховая функция находится на высоком уровне. Присутствует зрительная фиксация на определённом предмете, часто является длительной. Ребёнок поворачивает голову в сторону звукового раздражителя.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
2	Каролина, 4 мес.	Угроза прерывания (анемия у мамы); Многоплодная беременность	<p>Моторная функция развита слабо, голову не держит и самостоятельно не поднимает. Лёжа на животе, голову не поднимает.</p> <p>Отрицательный психоэмоциональный фон – активное бодрствование сопровождается частым плачем. На непродолжительное время может остановить внимание на игрушке или каком-либо предмете.</p> <p>Речевая функция – ребёнок вступает в голосовой контакт, когда слышит обращённый к нему голос мамы.</p> <p>Самостоятельное гуление присутствует.</p> <p>Зрительная и слуховая функция находится на среднем уровне. Присутствует зрительная фиксация на определённом предмете, но не длительна. Ребёнок не всегда поворачивает голову в сторону звукового раздражителя.</p>
3	Жасмин, 5 мес.	Асфиксия (белая) у ребёнка; Возраст матери 35 лет. Большой вес ребёнка – 9 кг (на момент начала исследования).	<p>Моторная функция развита слабо, не может самостоятельно перевернуться со спины на бок. Пробует разгибать руки, но не может на них опереться.</p> <p>Нормальный психоэмоциональный фон – активное бодрствование сопровождается плачем, но при появлении игрушки, успокаивается. Может остановить внимание на игрушке, но не может взять её в руки и обхватить.</p>

Продолжение таблицы 1

			<p>Речевая функция – ребёнок вступает в голосовой контакт, когда слышит обращённый к нему голос кого-то из родных (мамы или папы). Самостоятельное гуление присутствует. Зрительная и слуховая функция находится на среднем уровне. Присутствует зрительная фиксация на определённом предмете, но не длительна. Трудно переключится на другой предмет, затяжная реакция. Ребёнок не всегда поворачивает голову в сторону звукового раздражителя, когда он занят рассматриванием предмета.</p>
4	Аделина, 2 мес.	Роды после замершей беременности	<p>Моторная функция развита нормально, держит голову в вертикальном положении. Отрицательный психоэмоциональный фон – активное бодрствование сопровождается частым плачем, но в ответ на ласковый голос или улыбку ребёнок останавливается, замолкает. Речевая функция – ребёнок не вступает в голосовой контакт, не реагирует на обращённый к нему голос мамы. Самостоятельное гуление присутствует, достаточно певучие. Зрительная и слуховая функция находится на среднем уровне. Присутствует зрительная фиксация на определённом предмете, но не длительна. Ребёнок не поворачивает голову в сторону звукового раздражителя.</p>

В результате проведения диагностического исследования основных линий развития ребёнка младенческого возраста группы риска, были получены данные об уровне развития детей младенческого возраста.

Данные были оформлены и на Рисунке 1, и в Таблицах 2, 3, 4, 5 (Приложение 2).

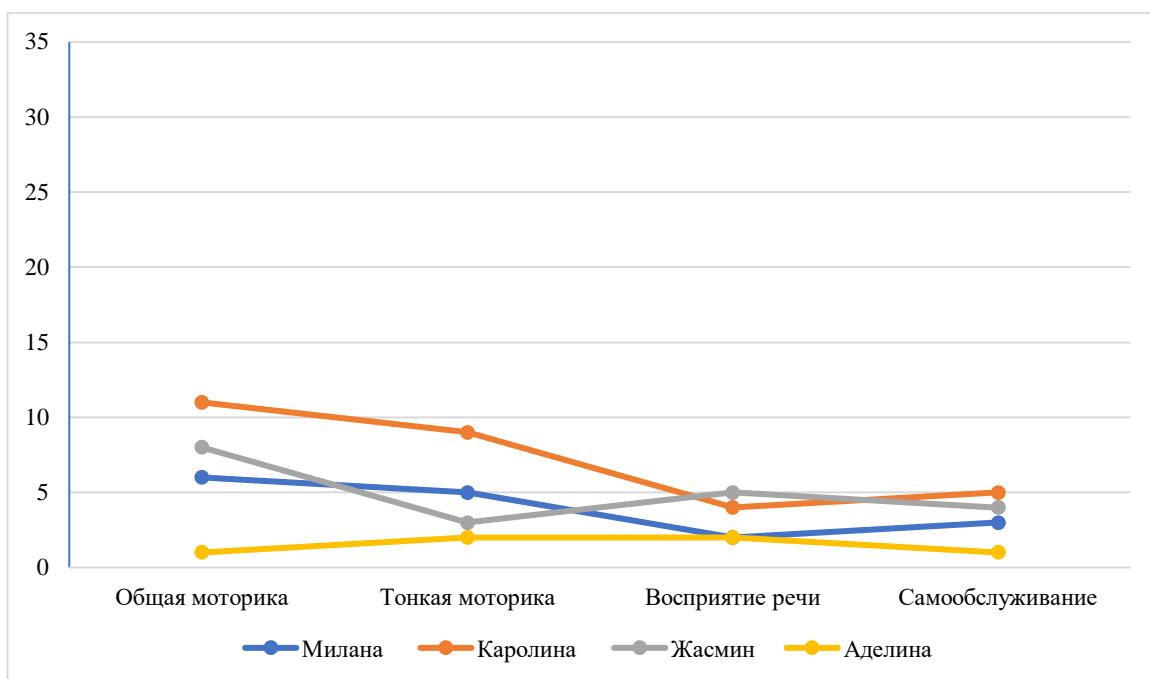


Рисунок 1 – Результаты констатирующего этапа эксперимента диагностики основных линий развития детей младенческого возраста группы риска

2.2 Изучение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска

Согласно современным тенденциям, воспитание ребёнка от рождения до года многие считают чем-то несерьёзным, неким периодом «домашнего воспитания», подготовкой к поступлению в детский сад. Мало кто из родителей знает, что именно в раннем детстве закладываются основы отношения ребёнка к себе, другим людям, окружающему миру. Будет ли он доверять людям, проявлять инициативу и активность по отношению к миру, испытывать уверенность в себе, во многом определяется опытом взаимодействия с матерью и отцом начиная с первых дней жизни ребёнка.

В настоящее время не существует единства мнений относительно сугубо биологической основы поведения матери по отношению к младенцу. Некоторые склонны подчёркивать биологические аспекты материнства, в то время как другие – социальные.

С эволюционной точки зрения, функция матери состоит в обеспечении адекватной заботы о потомстве. У животных содержание материнской функции имеет видотипические особенности, а у человека, помимо специфически человеческих, к ней добавляются социокультурные, обеспечивающие воспитание ребёнка как члена определенной общественной группы, носителя культурного наследия.

Плач является столь же уникальной характеристикой младенца, как и отпечатки пальцев, и даёт матери возможность уже на второй день после родов отличать своего ребёнка от других детей. Кроме того, плач может передавать различные сообщения о состоянии младенца, которые мать очень быстро обучается расшифровывать. Плач и призыв о помощи во всем животном мире, как правило, звучат в высоком тембре, а угроза – в низком. Писк птенца, скуление щенка любой интерпретирует быстро и безошибочно – это сигналы, побуждающие прийти на помощь. Недаром маленькие дети начинают говорить искусственно высоким голосом, когда хотят, чтобы их пожалели; те же изменения голоса можно наблюдать у просящих милостыню, и, наоборот, подростки, чтобы казаться сильнее, часто используют искусственный бас. Плач вызывает не только реакцию сопереживания, но и ощущение эмоционального дискомфорта, что побуждает находящихся поблизости взрослых устранить вызвавшие его причины. Плач младенца действует на мать и на уровне физиологических реакций. Многие кормящие матери испытывают ощущения в груди (например, увеличение температуры), когда его слышат (даже в записи). В отличие от плача, который побуждает мать прийти на помощь, когда ребёнок голоден, одинок или болен, улыбка и лепет довольного младенца побуждают её к действиям (самого разного рода), демонстрирующим их одобрение.

Большое значение для формирования общения имеет установление контакта взглядов взрослого и ребёнка. Сначала новорождённый скользит взглядом, не фиксируя его на глазах взрослого, чаще смотрит на границу лба и волос. Постарайтесь встретить взгляд новорождённого и, перемещая лицо в направлении взгляда, удерживайте его на себе.

Ещё одним важным типом поведения младенцев является взгляд в глаза взрослого. Многие матери говорят о возрастании любви к ребёнку после установления с ним зрительного контакта. Социальная улыбка и контакт глаз являются своеобразным поощрением, наградой за материнскую заботу.

Помимо способности привлекать и удерживать материнское внимание младенец наделён и механизмом избегания. Так, например, он отворачивает головку от матери в тех случаях, когда не хочет продолжать общение. Сигналами прерывания взаимодействия являются также плач, крик, икание, зевота, энергичные движения ручками и ножками.

Таким образом, младенец не является пассивным объектом материнских воздействий, он инициирует, поддерживает, подкрепляет и регулирует материнское поведение. По мере развития ребёнка «репертуар» стимуляции изменяется, появляются новые типы, соответственно меняется и поведение матери. Все это позволяет сделать вывод: не только мать социализирует младенца, но и младенец обучает и воспитывает мать.

Важным аспектом взаимодействия является процесс подстраивания эмоционального состояния, аффекта между родителями и ребёнком. Можно привести такой пример: годовалый малыш встаёт на носочки, стараясь достать со стола привлекательную игрушку. Наблюдающая за этими попытками мама, изменяя и подстраивая голос под его эмоциональное состояние, обычно сопровождает поддерживает его и ободряет. Когда мам спрашивали, почему они так реагировали, наиболее частыми ответами были следующие: «Чтобы быть вместе», «Чтобы помочь ребёнку», хотя большинство из них не осознавали своих действий. Была обнаружена главная закономерность: если эмоциональная реакция матери выше или ниже, чем у ребёнка, то

исследовательское поведение малыша прекращается; при успешном «подстраивании» продолжается.

Взаимное приспособление, наличие собственной социальной активности младенца во взаимодействиях с матерью привели к выводу: «Ребёнок и мать изменяют друг друга. Они развиваются оба. Социализация – не одностороннее, а двустороннее предприятие: как и воспитание, оно, по существу, дело совместное» [55].

Семья – это организация группы людей, которые любят и понимают друг друга во всем, восхищены друг другом и идут по жизни вместе, желая сохранить атмосферу удовлетворения, развития, благополучия, счастья [25].

Цель психолого-педагогической помощи родителям новорождённого группы риска – обучение методам и приёмам формирования биологического ритма, ухода за ослабленным малышом, умению наблюдать за его поведением и учитывать особенности здоровья и деятельности нервной системы во время проведения гигиенических процедур, общения и кормления. Наряду с этим педагог помогает родителям с помощью эмоционально-развивающего взаимодействия активизировать первые психологические ответы и ориентировочную активность ребёнка, формировать привычку к воздействию разнообразных сенсорных раздражителей. Родителей, воспитывающих малышей с отклоняющимся от нормы вариантом психического развития, учат применять специальные методы педагогического воздействия для своевременного формирования у младенцев социальных способов взаимодействия с окружающей средой, подбирать режим и объем сенсорной нагрузки с учётом их индивидуальных психологических особенностей и возможностей, создавать развивающие условия в период бодрствования.

Диагностический инструментарий нашей работы составили следующие методы и методики: анкетирование родителей (Приложение 3.1); беседа с родителями (Приложение 3.2); методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкие (Приложение 3.3)

Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» существует в двух вариантах – для родителей детей и подростков. Тест «Анализ семейных взаимоотношений» предназначен для изучения влияния родителей в воспитании ребёнка или подростка и поиска ошибок в родительском воспитании. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» позволяет диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для её целостности.

Опросник АСВ включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал отражают основные стили семейного воспитания; 12,13, 17 и 18-я шкалы позволяют получить представление о структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, 14-я и 15-я шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний, 16, 19-я и 20-я шкалы — работу механизмов семейной интеграции.

Данный тест был рассчитан на родителей детей с 3 лет, но мы его адаптировали для родителей детей младенческого возраста.

Первичная диагностика родителей, вошедших в выбор исследования, показала следующие результаты.

Результаты, полученные с помощью применения адаптированной нами методики «Анализ семейных взаимоотношений», позволили констатировать тот факт, что во многих семьях проявляются деструктивные типы семейного воспитания, что не может не сказаться на психике ребёнка и приводит к негативным взаимоотношениям членов семьи, возникновению конфликтных отношений между ними.

Полученные данные стали фундаментом опытно-экспериментальной работы, в основе которой лежала реализация программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста.

В результате проведения диагностического исследования родителей, были получены следующие данные.

Семья 1. Анализируя результаты тестирования данной семьи, можно сделать вывод о том, что родители уделяют ребенку крайне много сил, времени, внимания: воспитание является центральным делом в жизни родителей. Типичные высказывания таких родителей отражают то важное место, которое подросток занимает в их жизни, и содержат полные опасений представления о том, что произойдет, если не отдать ему все свои силы и время.

А также, в данной семье супружеские отношения между родителями оказались нарушены: жену не полностью удовлетворяет поведение своего мужа, там самым возрастает основная роль в воспитании – эмоциональная холодность, несоответствие характеров. Родители хотят (в данном случае жена), чтобы он удовлетворял хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в процессе супружеских отношений (взаимная исключительная привязанность, частично эротические потребности).

Далее результаты показали, что в семье высокая фобия утраты ребенка. Отношение родителя (в данном случае мамы) к ребенку формируется под воздействием накопленного страха утраты ребенка. По нашим наблюдениям это происходит из-за того, что первая беременность семья была замершая. У родителей свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных по времени переживаниях по поводу здоровья ребенка.

Семья 2. Анализируя результаты данной семьи, делаем вывод, что в семье ситуация, при которой ребенок оказался на периферии внимания родителей, до него «руки не доходят», родителю «не до него».

Также, в семье очень сильно заметно, что у родителей высокое стремление игнорировать взросление ребенка. Родители (в данном случае мама) открыто признают, что маленькие дети вообще нравятся больше, чем старшими уже не так интересно. Страх или нежелание взросления ребенка могут быть связаны с особенностями биографии самого родителя. Рассматривая ребенка как «еще маленького», родители снижают уровень

требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию и стимулируя развитие психического инфантилизма.

Семья 3. В семье преобладает ситуация, при которой ребёнок оказывается на периферии внимания родителей, до него «руки не доходят», родителю «не до него».

Также, заметна неразвитость родительских чувств, что препятствует интеграции семьи и лежит в основе таких типов нарушения воспитания, как эмоциональное отвержение, «повышенная моральная ответственность», жестокое обращение. Воспитание воспринимается лишь тогда, когда родителями (в данном случае мамы) движут достаточно сильные мотивы: чувство долга, симпатия, любовь к ребенку, потребность «реализовать себя» в детях, «продолжить себя». Для женщин с неразвитым родительским чувством довольно часто характерны эмансипационные устремления и желание любым путём устроить свою жизнь.

Результаты проведения диагностики на констатирующем этапе эксперимента представлены в Таблице 2 и в Бланках (Приложение 4).

Таблица 2 – Общие результаты констатирующем этапа эксперимента диагностики внутрисемейных взаимоотношений.

Показатель	Семья 1	Семья 2	Семья 3
Гиперпротекция (Г+)	10	0	2
Гипопротекция (Г-)	2	4	4
Потворствование (У+).	2	1	2
Игнорирование потребностей подростка (У-)	2	2	1
Чрезмерность требований-запретов (доминирование) (З+)	3	1	1
Недостаточность требований-запретов к ребенку (З-)	1	1	1
Чрезмерность санкций (жестокый стиль воспитания) (С+)	3	2	2
Минимальность санкций (С-)	0	1	0
Неустойчивость стиля воспитания (Н)	1	0	0
Расширение сферы родительских чувств (РРЧ)	6	0	1

Продолжение таблицы 2

Предпочтение в подростке детских качеств (ПДК)	2	3	0
Воспитательная неуверенность родителей (ВН)	0	1	0
Фобия утраты ребенка (ФУ)	9	2	0
Неразвитость родительских чувств (НРЧ)	4	2	6
Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)	1	0	0
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК)	1	1	0
Предпочтение мужских качеств (ПМК)	5	0	4
Предпочтение женских качеств (ПЖК)	0	0	0

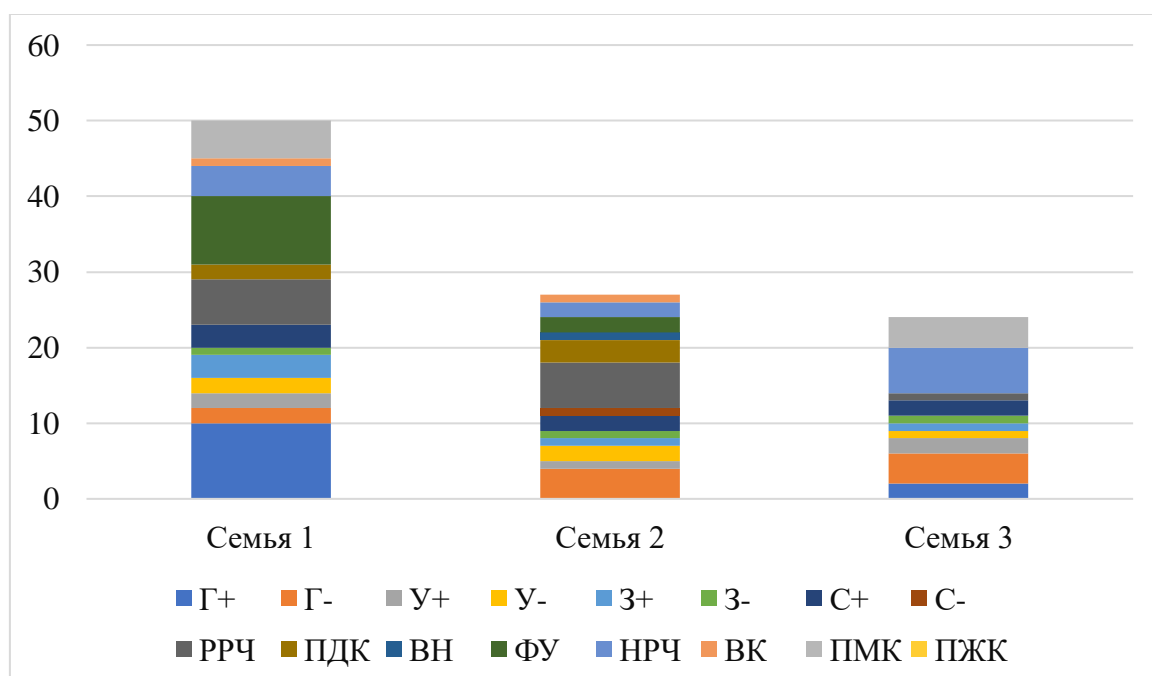


Рисунок 2 – Результаты констатирующего этапа эксперимента диагностики семейных взаимоотношений.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

После анализа психолого-педагогической и методической литературы по проблеме психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, заинтересовались тем, как данный вопрос решается на практике. С этой целью был организован констатирующий этап опытно - экспериментальной работы. Он включал в себя наблюдение за деятельностью и процессом развития детей младенческого возраста.

Однако дети младенческого возраста (до одного года жизни) находятся вне поля зрения психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК), так как преимущественно наблюдаются в детских поликлиниках, где в настоящее время не предусмотрена психолого-педагогическая диагностика, и, следовательно, упускается самый важный сенситивный период в формировании психомоторных функций.

В нашем исследовании мы будем использовать методы для проведения диагностики из программы ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» (авторы Питерси М. и Трилор Р.).

В ПУОРР входят 4 таблицы, которые содержат адекватные области развития.

1. Общая моторика, то есть двигательная деятельность, обусловленная работой крупных мышц тела.
2. Тонкая моторика - двигательная деятельность, обусловленная работой мелких мышц руки, и требующая хорошей зрительно-моторной координации.
3. Восприятие речи, или понимание ребёнком того, что ему говорят.
4. Самообслуживание и социальные навыки, то есть, способность самостоятельно выполнять свои личные потребности и умение взаимодействовать с окружающими [38].

Также нами была изучена семья ребёнка младенческого возраста, т. к. цель психолого-педагогической помощи родителям новорождённого группы

риска – обучение методам и приёмам формирования биологического ритма, ухода за ослабленным малышом, умению наблюдать за его поведением и учитывать особенности здоровья и деятельности нервной системы во время проведения гигиенических процедур, общения и кормления.

Для изучения семьи, анамнеза и родительской позиции семьи были использованы различные методики – анкетирование (Приложение 2) и тест «Родительская позиция в семье с особым ребёнком» (авторы И.Н. Галасюк, О.В. Митина).

Проанализировав полученные результаты, можно сделать вывод о том, что большинство родителей находятся в доминантной позиции, тем самым происходит непринятие действительности и борьба с окружающей социальной средой.

Также, есть родители, по результатам тестирования, занимавшие наставническую позицию в общении с ребёнком. Что характеризуется тем, что родитель активно взаимодействует с ребёнком, уделяет большое количество усилий его развитию. Такой родитель находится в постоянном контакте со специалистами, выполняет большинство рекомендаций.

По результатам анализа основных линий развития детей младенческого возраста и изучения особенностей семьи, была запланирована организация опытно-экспериментальной работы.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА

3.1 Содержание коррекционной работы по психолого-педагогическому сопровождению семьи, воспитывающей ребёнка группы риска

Для обеспечения эффективной коррекционной работы с детьми, должна быть выстроена система комплексного психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

Профилактика нарушений развития является медико-психолого-педагогической, основанной на единстве и динамическом взаимодействии специалистов разного профиля с учётом сложного комбинированного влияния факторов биологического, эмоционального, психологического, семейного и социального ряда, а также адаптационных механизмов организма, на этапах онтогенетического развития ребёнка, начиная с внутриутробного периода развития.

Цель формирующего этапа эксперимента: предотвратить на ранних этапах развития ребёнка нарушения формирования психо-речевого развития, познавательной и интеллектуальной деятельности, трудностей обучения с дальнейшей интеграцией его в микро- и макросоциум.

Младенческий период

Задачами работы учителя-логопеда в младенческий период онтогенеза являлись [24, 61]:

– создание предпосылок развития речи, так как это является условием для речевого развития детей и обеспечивает полноценную речевую среду:

1. Употребление речи, соответствующей нормам русского языка: говорят голосом нормальной громкости, нормальном темпе, используют естественную артикуляцию, соблюдают нормы орфоэпии;

2. Стимулирование речевого развития, вызывая поисковый, познавательный интерес;
3. Стимулирование развития эмоционального общения, используя оттенки крика, плача, кряхтения ребёнка для установления общения и успокаивание ребёнка, опираясь на слуховое внимание к звучащей речи, интонации, голосу, на зрительное восприятие ребёнком говорящего;
4. Дополнение речи естественными жестами, мимикой лица, указаниями на предметы;
5. Обучение детей различать интонацию: побуждающую, одобрительную, запрещающую, подкрепляя интонацию соответствующей мимикой лица и естественными жестами;

– Наблюдение за развитием понимания высказывания взрослого, опираясь на смысловую завершенность интонации и ритма:

1. Вызывать у ребёнка слуховое восприятие речи – отражённо повторять или называть новые звуки, слоги, слова, связанные с предметом, игрушкой, которая привлекает ребёнка, на которую он направляет свой взгляд,
2. Называть различные предметы и предлагать ребёнку показать их, выполнить простые действия с ними (Где зайка? Возьми зайку.)
3. Комментировать поведение ребёнка, стимулируя вокализацию, мимику лица (на основе подражательной деятельности),
4. Формировать взаимосвязь между движением и его словесным обозначением, комментируя действия ребёнка и собственный образец речью, включая движения и задания «покажи», «дай»,
5. Поощрять интерес ребёнка к ритмическим движениям, ритмические движения сопровождать песенками, потешками, стихами двусложных размеров, стимулируя ребёнка к подражанию движениям, речи взрослого;

– Поощрение голосовых реакций детей:

1. Рассматривая предметы, игрушки, картинки, имитировать действия, голос, способ общения, «речь» персонажей, животных;
2. Следить за выполнением простейших инструкций, дополненных жестами;

3. Комментировать речью все действия ребёнка и свои собственные;
4. Организовывать игровые упражнения с движущимися предметами, игрушками, машинами, мячом, сопровождая действия односложными ритмическими словами, типа бах, би-би, ба-ба, тук и т.д.;

– Поддержание и развитие имитационных отражённых слоговых цепей в период развития лепета, внимательно наблюдая за формированием лепета как этапа речевого развития.

Пропущенные или недооценённые отклонения в развитии ребёнка в этом возрасте, в дальнейшем нередко приводят к разным степеням нарушенного психофизического, интеллектуального и речевого развития. Поэтому проведение наблюдения за детьми в этот период развития необходимо с целью выявления отклонений в развитии.

Наша работа была проведена в следующих направлениях:

1. Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
2. Стимулирование голосовых реакций, звуковой и речевой активности;
3. Развитие сенсорных процессов;
4. Формирование подготовительных этапов понимания речи;
5. Развитие речевого дыхания и голоса;
6. Развитие эмоционального общения со взрослыми;
7. Формирование движений руки и действий с предметами.

Для всестороннего психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, необходимо принимать во внимание специфические черты и индивидуальные особенности ребёнка, ставить конкретную цель деятельности, подбирать эффективные техники и методы обучения, отслеживать эффективность и динамику [51].

Психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска строится на тесном взаимодействии. Для её построения необходимо определить начальный уровень навыков ребёнка и цели, которые необходимо достичь.

Психолого-педагогическое сопровождение подразумевает:

1. Просвещение родителей по вопросам воспитания и обучения ребёнка младенческого возраста группы риска;

2. Работа с ребёнком младенческого возраста группы риска над несколькими навыками одновременно.

Психолого-педагогическое сопровождение реализуется выполняется родителями, специалистом и ребёнком.

Рассмотрим модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребёнка младенческого возраста группы.

Данная модель психолого-педагогического сопровождения семей содержит четыре блока: целевой, содержательный, технологический, результативный.

В целевом блоке отражены цель и задачи модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребёнка младенческого возраста группы.

В содержательном блоке отражено содержание процесса психолого-педагогического сопровождения. Она включает в себя как работу с детьми младенческого возраста группы риска, так и взаимодействие с родителями.

Критерии сформированности основных линий развития ребёнка выделены нами в следующем порядке:

1. Общая моторика
2. Тонкая моторика
3. Восприятие речи
4. Самообслуживание и социальные навыки.

В технологическом блоке отражена разработка и реализация процесса психолого-педагогического сопровождения семей.

Цель: реализация программы психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

Для реализации данной цели в программе выделяются следующие задачи:

1. Теоретически изучить основные линии развития ребёнка младенческого возраста группы риска;
2. Разработать модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска;
3. Организовать опытно-экспериментальную работу по психолого-педагогическому сопровождению семей;
4. Разработать программу психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска;
5. Проанализировать полученные результаты опытно-экспериментальной работы.

Далее рассматриваются формы взаимодействия с семьями. Групповая форма работы с семьями даёт возможность активного взаимодействия друг с другом и со специалистом, представляет основу для формирования здоровой мотивации к общению. А также, индивидуальные встречи, которые также является эффективной формой работы.

В рамках психолого-педагогического сопровождения необходимо обозначить деятельность участников образовательных отношений.

Первичным участником отношений является ребёнок младенческого возраста группы риска, который нуждается в организации специальных условий.

Следующими участниками процесса формирования являются родители, воспитывающего ребёнка младенческого возраста группы риска включаемого. В их деятельность входит организация условий всестороннего развития ребёнка группы риска в повседневной жизни, с учётом выполнения рекомендаций специалиста, занимающегося с ребёнком. Только совместные, коллективные усилия могут дать положительный результат.

Третьим участником является педагог-учитель-логопед, включённый в психолого-педагогическое сопровождение детей младенческого возраста группы риска.

Подведя итог, делаем вывод, что в процессе психолого-педагогического сопровождения участвуют родители, педагог и дети. В результате комплексного влияния и сотрудничества достигается максимальная динамика.

Определим основные этапы психолого-педагогического сопровождения:

1. Диагностический (представляет собой сбор данных о готовности всех компонентов: беседа с родителями, анкетирование, наблюдение и проведение первичного обследования детей);

2. Поисково-вариативный (определение целей психолого-педагогического сопровождения семей);

3. Практико-действенный (реализация программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска);

4. Аналитический (анализ эффективности психолого-педагогического сопровождения, составление дальнейших рекомендаций для родителей).

Направления деятельности и задачи психолого-педагогического сопровождения семьи:

Консультативно-диагностическое направление деятельности

Задачи, решаемые в рамках направления:

– определение уровня развития ребёнка младенческого возраста группы риска;

– анализ особенностей социальной ситуации развития ребёнка;

– мониторинг развития ребёнка в процессе целенаправленной психолого-педагогической помощи;

– консультирование родителей по вопросам воспитания и развития детей младенческого возраста группы риска;

Коррекционно-развивающее направление деятельности

Задачи, решаемые в рамках направления:

– разработка индивидуальной программы психолого-педагогической помощи ребёнку младенческого возраста группы риска;

- обучение родителей способам коррекционно-развивающего взаимодействия с ребёнком;
- проведение индивидуальных (в присутствии родителей) и групповых развивающих и коррекционных занятий с детьми раннего возраста;
- проведение тренинговых занятий с родителями с целью нормализации внутрисемейных отношений, снижению эмоционального стресса, вызванного рождением ребёнка.

Организационное направление деятельности

Задачи, решаемые в рамках направления:

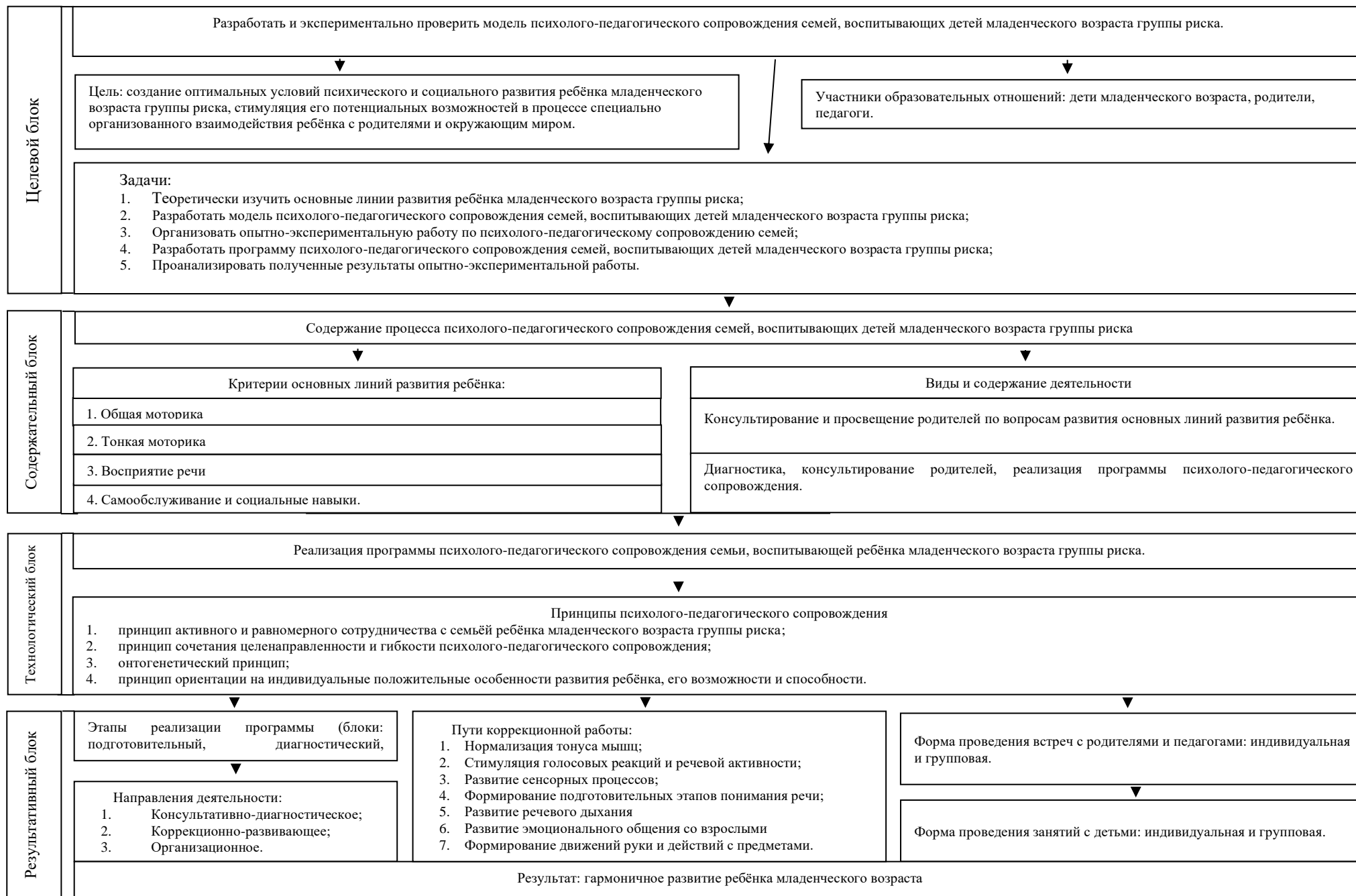
- координация деятельности специалиста и родителей по реализации индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения;
- организация обобщения и распространения опыта психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

В результативном блоке, было проведено повторное исследование основных линий развития ребёнка младенческого возраста по тем же методикам.

Проведя анализ теоретических исследований, мы разработали модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста, которая содержит четыре блока: целевой, содержательный, технологический и результативный.

В результате проведённой работы нами была разработана психолого-педагогическая модель сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА



3.2 Результаты экспериментального исследования по психолого-педагогическому сопровождению семьи, воспитывающей ребёнка группы риска

После констатирующего эксперимента, нами была разработана и апробирована психолого-педагогическая модель сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

Для подведения итогов формирующего эксперимента необходима повторная диагностика по той же методике.

Целью повторного исследования на контрольно-обобщающем этапе является обработка и обобщение результатов опытно-экспериментальной работы, оформление эксперимента, выделение динамики. Далее представлены результаты исследования.

Результаты контрольного этапа эксперимента представлены на Рисунке 3 и в Таблицах 6,7,8,9 (Приложение 5)

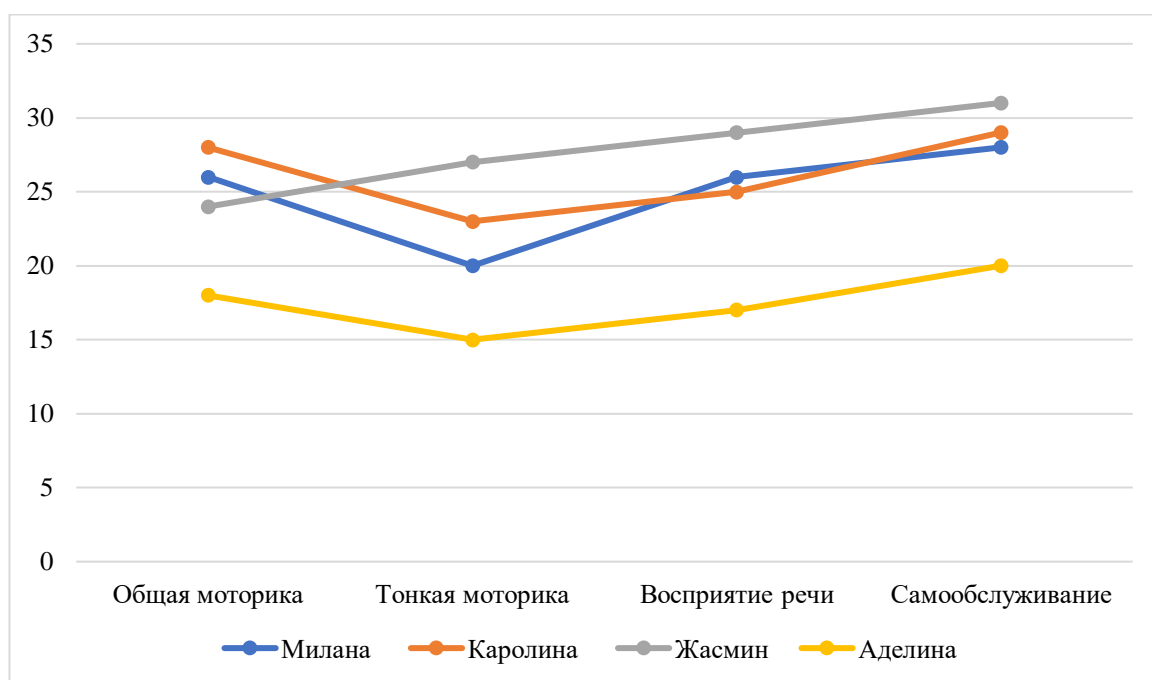


Рисунок 3 – Результаты контрольного этапа эксперимента диагностики основных линий развития детей младенческого возраста группы риска

На рисунке 3, изображена диаграмма показателей контрольной диагностики развития основных линий развития детей младенческого возраста

группы риска, исходя из которых можно сделать вывод, что выраженная степень проявления низких показателей детей младенческого возраста группы риска существенно снизилась. Что свидетельствует о том, что дети стали показывать более высокие результаты, и практически выравнивали уровень с детьми нормы. Результаты представлены в таблицах 5,6,7,8 (Приложение3).

Анализируя результаты обследования общей моторики, можно сделать вывод о том, проведение массажа для детей способствует улучшению общей моторики. Их движения стали более скоординированными, точными. Дети «догнали» свою возрастную норму.

Что касается результатов тонкой моторики, мы убедились, что ежедневное проведение пальчиковые гимнастик положительно сказывается на формировании кисти рук. Дети стали более точно хватать, крепко схватывать тот или иной предмет, так же заметны улучшения, связанные с умением манипулировать с предметами (толкать, доставать, ударять и т.д.)

Рассматривая результаты обследования восприятия речи, мы вынесли убеждение, что использование в свободной деятельности потешек, коротких стихов известных авторов, помогает ребёнку освоить понимание и восприятие речи. Дети стали более внимательно относиться в речи взрослого, демонстрировать свою реакцию и выражение лица.

Также проанализировав результаты обследования по самообслуживанию (взаимодействие с окружающим миром и игра), сделали вывод, что вся проведённая работа в совокупности положительно повлияла на качество взаимодействия ребёнка с окружающими миром.

Так же, по итогам реализации программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, нами была проведена вторичная диагностика с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкис.

Итогом вторичной диагностики родителей с детьми младенческого возраста группы риска после проведения с ними работы по их сопровождению стала нормализация большинства измеряемых показателей, что говорит об

эффективности проведённой работы: нормализовались показатели гиперпротекции, стремления удовлетворить все пожелания ребёнка, требовательности и другие.

Результаты проведения диагностики на контрольном этапе эксперимента представлены в Таблице 3 и в Приложении 6.

Таблица 3 – Общие результаты контрольного этапа эксперимента диагностики внутрисемейных взаимоотношений.

Показатель	Семья 1	Семья 2	Семья 3
Гиперпротекция (Г+)	2	2	2
Гипопротекция (Г-)	2	2	2
Потворствование (У+).	1	1	2
Игнорирование потребностей (У-)	2	2	1
Чрезмерность требований-запретов (доминирование) (З+)	2	1	1
Недостаточность требований-запретов к ребенку (З-)	1	1	1
Чрезмерность санкций (жестокий стиль воспитания) (С+)	2	2	1
Минимальность санкций (С-)	2	1	1
Неустойчивость стиля воспитания (Н)	1	1	0
Расширение сферы родительских чувств (РРЧ)	2	2	1
Предпочтение в ребёнке детских качеств (ПДК)	2	1	1
Воспитательная неуверенность родителей (ВН)	0	1	0
Фобия утраты ребенка (ФУ)	1	2	0
Неразвитость родительских чувств (НРЧ)	2	2	2
Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)	0	0	0
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК)	1	1	0
Предпочтение мужских качеств (ПМК)	2	0	2
Предпочтение женских качеств (ПЖК)	0	0	0

Графически данные контрольного этапа эксперимента по обследованию семейных взаимоотношений представлены на рисунке 4.

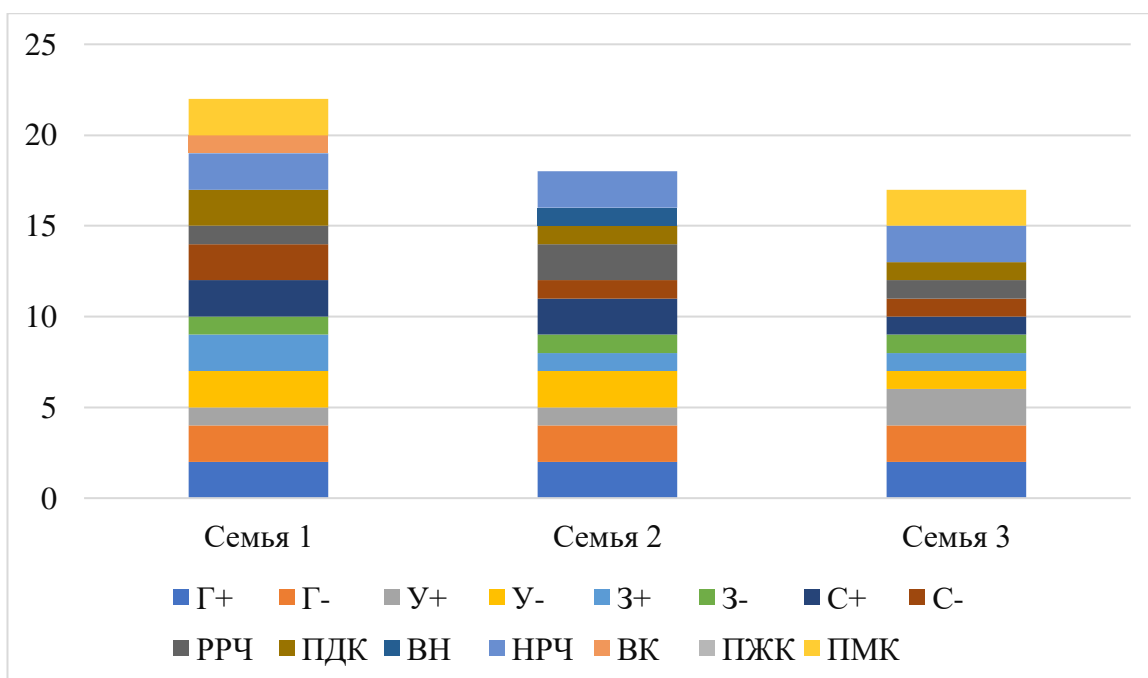


Рисунок 4 – Результаты контрольного этапа эксперимента диагностики семейных взаимоотношений

Таким образом, по итогам вторичной диагностики мы подтвердили эффективность проведения экспериментальной работы по сопровождению семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

На основании полученных данных мы подтвердили сформулированную гипотезу исследования: сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска, будет эффективным, если:

- определено содержание методов диагностического исследования и изучены основные линии развития ребёнка младенческого возраста группы риска по ОВЗ;
- организована индивидуальная работа с родителями, направленная на обучение способам эффективного общения с ребёнком;
- разработана и реализована модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающая ребёнка младенческого возраста группы риска, доказана.

Учёт выявленных особенностей позволит повысить эффективность проводимой работы по психолого-педагогическом сопровождению семей, воспитывающих детей группы риска.

ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ

Для реализации психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, нами была разработана модель. Данная модель помогла нам в решении задач исследования. В процессе реализации модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, значительно улучшились навыки детей оп общей и тонкой моторики, а также по восприятию речи и самообслуживанию.

Реализация психолого-педагогического сопровождения семей, также положительно повлияло на семейные взаимоотношения. Итогом вторичной диагностики родителей с детьми младенческого возраста группы риска после проведения с ними работы по их сопровождению стала нормализация большинства измеряемых показателей, что говорит об эффективности проведённой работы: нормализовались показатели гиперпротекции (чрезмерная забота о детях), стремления удовлетворить все пожелания ребёнка, требовательности и другие.

Практический результат данного исследования проявляется в развитии «здорового» интереса родителей к воспитанию детей младенческого возраста группы риска, снижение негативного отношения к общению и совместной игре. На обобщающем этапе эксперимента использовались те же методики, что и на первом этапе исследования. После реализации модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска, мы наблюдаем изменения результатов.

Таким образом, гипотеза исследования сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска, будет эффективным, если:

– определено содержание методов диагностического исследования и изучены основные линии развития ребёнка младенческого возраста группы риска по ОВЗ;

- организована индивидуальная работа с родителями, направленная на обучение способам эффективного общения с ребёнком;
- разработана и реализована модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска, доказана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью проводимого исследования было теоретически обосновать, разработать и экспериментальным путём проверить модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

При решении первой задачи исследования нами был осуществлён анализ психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме исследования; состояния проблемы комплексного сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

При решении второй задачи исследования мы изучили уровень основных линий развития детей младенческого возраста группы риска.

При решении третьей задачи мы изучили уровень психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах воспитания ребёнка младенческого возраста группы риска.

При решении четвертой задачи нами была разработана модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка младенческого возраста группы риска.

Изначально нами был проведён констатирующий этап эксперимента, где мы обследовали уровень основных линий развития ребёнка, а также диагностика компетенции родителей (законных представителей) в вопросах воспитания детей и анализа семейных взаимоотношений.

Для изучения уровня развития детей, мы использовали методы из программы ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» (авторы Питерси М. и Трилор Р.).

В результате мы убедились в необходимости проведения коррекционной работы, потому что дети показали низкие результаты по рассматриваемым показателям.

Для изучения уровня компетенции родителей (законных представителей) нами была использована методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкие.

Результаты, полученные с помощью применения адаптированной нами методики «Анализ семейных взаимоотношений», позволили констатировать тот факт, что во многих семьях проявляются деструктивные типы семейного воспитания, что не может не сказаться на психике ребёнка и приводит к негативным взаимоотношениям членов семьи, возникновению конфликтных отношений между ними.

В рамках коррекционной работы нами была реализована модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей младенческого возраста группы риска.

Данная модель психолого-педагогического сопровождения семей содержит четыре блока: целевой, содержательный, технологический, аналитико-результативный.

В целевом блоке отражены цель и задачи модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребёнка младенческого возраста группы.

В содержательном блоке отражено содержание процесса психолого-педагогического сопровождения. Она включает в себя как работу с детьми младенческого возраста группы риска, так и взаимодействие с родителями.

Критерии сформированности основных линий развития ребёнка выделены нами в следующем порядке:

1. Общая моторика
2. Тонкая моторика
3. Восприятие речи
4. Самообслуживание и социальные навыки.

В технологическом блоке отражена разработка и реализация процесса психолого-педагогического сопровождения семей.

В процессе психолого-педагогического сопровождения участвуют родители, педагог и дети. В результате комплексного влияния и сотрудничества достигается максимальная динамика.

После коррекционной работы с детьми младенческого возраста группы риска и родителями (законными представителями), мы провели контрольный эксперимент, по результатам которого, можно сказать, что наблюдается тенденция к улучшению.

Таким образом, цель данной работы достигнута, а задачи решены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдеева Н. Н. Развитие образа самого себя у младенцев: автореф. дис. . канд. психол. наук : 19.00.07 / Авдеева Наталия Николаевна. – Москва, 1982. – 22 с.
2. Авдеева Н.Н. Вы и младенец / Н. Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова. – Москва : Педагогика, 1991. – 159 с.
3. Аксарина Н. М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет : учебное пособие / Н. М. Аксарина – Москва : Просвещение, 2009 – 114 с.
4. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом : Доречевой период : кн. для логопеда / Е. Ф. Архипова. - Москва : Просвещение, 1989. – 77 с. – ISBN 5-09-001263-6.
5. Архипова Е. Ф. Логопедическое и психолого-педагогическое сопровождение развития детей младенческого возраста с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом : учебно-методическое пособие / Е. Ф. Архипова. – Москва: Изд-во В. Секачев, 2019. – 180 с.
6. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е. Р. Баенская. – Москва : Теревинф, 2019. – 112 с.
7. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни : учебное пособие / О. В. Баженова. – Москва : МГУ, 1986. – 92 с.
8. Барсукова Т. А. Социально-педагогическое сопровождение детей «группы риска» и их семей / Т. А. Барсукова // Социальная педагогика. - 2003 - № 1 - С.70–72.
9. Бенилова С. Ю. Дошкольная дефектология. Ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы) : учебное пособие / С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович, Н. В. Микляева. – Москва : ПАРАДИГМА, 2012. – 312 с. – ISBN 978-5-411-40008-0.

10. Бенилова С. Ю. Дошкольная дефектология. Ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы) : учебное пособие / С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович, Н. В. Микляева. – Москва : Парадигма, 2012. – 312 с.
11. Биянова И. Г. Особенности физического развития детей первых трех лет жизни : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.08 / Биянова Ирина Георгиевна. - Пермь, 2013. - 25 с.
12. Биянова И. Г. Сравнительная характеристика показателей физического развития детей первого года жизни (на примере г. Перми) / И. Г. Биянова // Мат. Межрегион. Научной сессии молодых ученых 2010 года «Молодые ученые – здравоохранению Урала». – Пермь. – 2010. – С. 36-41.
13. Браткова М. В. Коррекционное обучение и развитие детей раннего возраста в играх со взрослым : учебное пособие / М.В. Браткова, А. В. Закрепина, Л. В. Пронина. –Москва : Парадигма, 2013. – 128 с.
14. Васильева В. С. Комплексное сопровождение семей, воспитывающих детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья / В. С. Васильева, М. А. Кузнецова // Фундаментальная и прикладная наука. – 2017. – № 3 (7). – С. 26-32.
15. Васильева В. С. Подготовка специалистов для диагностики детей раннего возраста в условиях группы кратковременного пребывания / В. С. Васильева // Диагностика как основа индивидуально-дифференцированного обучения детей с особыми образовательными потребностями: Материалы Второй научно-практической конференции. - Челябинский государственный педагогический университет. – 2006. – С. 123-130.
16. Васильева В. С. Работа с родителями в условиях группы кратковременного пребывания как средство предупреждения дезадаптации к ДООУ детей раннего возраста / В. С. Васильева, // Материалы конференции по итогам научно-исследовательских работ профессоров, преподавателей, научных сотрудников и аспирантов ЧГПУ за 2005 год. – Челябинский государственный педагогический университет. – 2006. – С. 42-47.

17. Васильева В. С. Шаг навстречу: тьютерское сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: учеб. пособие / В. С. Васильева, М. А. Кузнецова, Т. А. Полицкая, Т. В. Абулханова. – Челябинск: Цицеро, 2017. – 170 с. – ISBN 978-5-91283-829-3
18. Венгер Л. А. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет : учебное пособие / Л. А. Венгер. – Москва : Просвещение, 1988. – 144 с.
19. Волосовец Т. В. Состояние и перспективы развития системы ранней помощи детям в России Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям : материалы конференции / Т. В. Волосовец. – Москва : МПУ, 2013 – С. 12-16.
20. Годовикова Д. Б. Особенности реакций младенцев на «физические» и «социальные» звуковые раздражители / Д. Б. Годовикова // Вопросы психологии. – 1969. – № 6. – С. 79 - 90.
21. Голубева Л. Г. Гимнастика и массаж для самых маленьких : учебное пособие / Л. Г. Голубева. – Москва : Просвещение, 1996. – 82 с.
22. Громова О. Е. Развитие речи ребенка: от первых слов до первых фраз : учебное пособие / О. Е. Громова – Москва : Просвещение, 2007 – 154 с.
23. Дети «группы риска». – URL: <http://womanadvice.ru/deti-gruppy-riska> (дата обращения 20.12.2022). – Текст : электронный.
24. Джонсон-Мартин Н. М. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / Под. ред. Н. Ю. Барановой. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2004. – 336 с. – ISBN 5-8049-0055-2
25. Дунайкин М.Л. Методические подходы к оценке нервно-психического развития детей первого года жизни / М.Л. Дунайкин, И.Л. Брин // Дефектология. – 2002. – №3. – С. 78-83.
26. Жинкин Н. И. Механизмы речи / Н. И. Жинкин. – Москва : Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1958. - 370 с.

27. Журба Л. Г.. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Г. Журба, Е. М. Мастюкова. – Москва : Медицина, 1981. – С. 158-170.
28. Журба Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. - Москва : Медицина, 1981. – 271 с.
29. Журба Л. Т. Неврологическое обследование новорожденных / Л. Т. Журба // Педиатрия. – 1968. – № 10. – С. 17 - 22.
30. Казакова Е. И. Три основные группы факторов риска / Е. И. Казакова. – URL: <http://bibliofond.com/view.aspx?id=46772> (дата обращения 20.12.2022). – Текст : электронный.
31. Кистяковская М. Ю. Развитие движений у детей первого года жизни : учебное пособие / М. Ю. Кистяковская. – Москва : Просвещение, 1970. – 224 с.
32. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. - м. - 1985. - 285 с.
33. Кольцова М. М. Ребенок учится говорить : учебное пособие / М. М. Кольцова. – Москва : Советская Россия, 1979. – 191 с.
34. Кононова И. М. Игры-занятия по развитию речи и ознакомлению с окружающим с детьми первого года жизни / И. М. Кононова // Дидактические игры и занятия с детьми раннего возраста / Под. ред. С. Л. Новоселовой. – Москва : Просвещение, 1985. – С. 25-38.
35. Корницкая С. В. Влияние содержания общения с взрослым на отношение к нему ребенка / С. В. Корницкая, М. И. Лисина // Общение и его влияние на развитие психики дошкольника: Сборник научных трудов / НИИ Общей педагогики АПН СССР; Ред.-сост. М. И. Лисина. – Москва : [б. и.], 1974. – С. 59-78.
36. Кривина С. М. Воспитание детей раннего возраста : учебник для отд-ний мед. сестер дет. учреждений мед. училищ / под ред. Н. М. Аксаринной. – Москва : Медицина, 1977. –303 с.

37. Кривина С. М. Особенности развития детей периода раннего возраста: (Первый год жизни) / С. М. Кривина, Э. Л. Фрухт. - Москва : [ЦОЛИУВ], 1975. - 46 с.
38. Лазуренко С. Б. Коррекционно-педагогическая работа с недоношенными детьми первого года жизни : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Лазуренко Светлана Борисовна. – Москва, 2005. – 200 с.
39. Лазуренко С. Б. Организация в учреждениях здравоохранения коррекционно-педагогической помощи с детьми с поражением ЦНС. Методическое письмо : учебное пособие / С. Б. Лазуренко. - Москва : Просвещение, 2008. – 290 с.
40. Летунова В. Е. Дети группы риска / В. Е. Летунова. – URL: <http://perviydoc.ru/> (дата обращения 20.12.2022). – Текст : электронный.
41. Лехтман-Абрамович Р. Я. Развитие предметных действий у ребенка на первом году жизни: автореф. дисс. . канд. пед. наук : 13.00.03 / Лехтман-Абрамович, Рахиль Яковлевна. – Ленинград, 1945. – 21 с.
42. Мясникова Л.В. Ранняя коррекционная помощь детям с нарушениями развития : учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» / Л. В. Мясникова ; Саратовский национальный исследовательский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского. - Саратов : Изд-во Саратовского ун-та, 2016. – 92 с. – ISBN 978-5-292-04390-4.
43. Олиференко Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л. Я. Олифеременко. – Москва : Академия, 2002 – 214 с.
44. Пантюхина Г. В. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста : учеб. пособие / Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт.. – Москва : ЦОЛИУВ, 1996. - 84 с.
45. Панченко-Миль И. трудные дети – трудные родители. Новый взгляд на речевое воспитание / И. Панченко-Миль. – М.: Свет, 2015. – 208 с. – ISBN 978-5-00053-411-3

46. Пермякова В. А. Критерии нормального развития в оценке психического здоровья / В. А. Пермякова. – Иркутск : ИГУ, 2011. – 32 с.
47. Питерси М. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Книга 2: Индивидуальная программа ребенка / М. Питерси, Р. Трилор / Пер. с английского. – Москва : Ассоциация Даун Синдром. – 72 с. – ISBN 5-7312-0258-3
48. Проселова, М.С. Новые формы ранней психопрофилактики в системе охраны психического здоровья детей / М. С. Проселова, Г . В. Козловская [и др.] // Матер. Междунар. конф. Психиатров (Москва, 16-18 фев.). – М., - 1998. – 384 С.
49. Разенкова Ю. А. Игры с детьми младенческого возраста : книга для родителей / Ю. А. Разенкова. – Москва : Изд-во Школьная Пресса, 2000. – 334 с. – ISBN 978-5-00013-027-8
50. Разенкова Ю. А. Коррекционно-педагогическая работа с детьми первого года жизни группы риска в условиях дома ребенка : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Разенкова Юлия Анатольевна. – Москва, 1997. – 169 с.
51. Разенкова Ю. А. Профилактика, раннее выявление и ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии: общее приоритетное направление развития. Глава 2. Специальная педагогика : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Ю. А. Разенкова / Под ред. Н.М. Назаровой. – Москва [б.и.], 2000. – 290 с.
52. Разенкова Ю. А. Пути коррекционной работы с детьми первого года жизни в условиях дома ребенка. Методические рекомендации. Часть 1 / Ю. А. Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2003. – № 6. – С. 1.
53. Разенкова Ю. А. Служба ранней помощи как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной поддержки семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов / Ю. А. Разенкова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010 – №б 2 – С. 35–44.
54. Серхио

55. Сидорова Л. А. Дети «группы риска»: помощь, поддержка, защита / Л. А. Сидорова // Социальная педагогика. – 2003 – №2. – С. 98 – 100
56. Смирнова Е. О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: методическое пособие для практических психологов / – Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. – Санкт-Петербург : «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005.- 144 с.
57. Соловьев Н.Я. Брак и семья сегодня / Н. Я. Соловьев. – Вильнюс: Минтис, 1977. – 226 с.
58. Спиваковская А.С. Как быть родителями: (О психологии родительской любви).— М.: Педагогика, 1986.—160 с.— (Педагогика — родителям)
59. Стерн, Дэниэл Н. Межличностный мир ребенка : взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Дэниэл Н. Стерн ; [пер. с англ.: О. А. Лежиной]. - Санкт-Петербург : Восточно-Европейский Ин-т Психоанализа, 2006 (СПб. : Типография "Наука" РАН). - 373, [1] с.; 24 см.; ISBN 5-88787-044-3 (В пер.)
60. Стребелева Р. А. Коррекционно-развивающее обучение / Р. А. Стребелева – Москва : Просвещение, 2005 – 272 с.
61. Сурикова М. Д. Дети группы риска и их психологические особенности / М. Д. Сурикова // Молодой ученый. – 2013 - № 4 – С. 607-609.
62. Фрухт Э. Л. Все формируется впервые (первый год жизни) / Э. Л. Фрухт // Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях / Под ред. К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева. – Москва : Просвещение, 1986. – С. 12-20.
63. Фрухт Э. Л. Группы риска детей по нервно-психическому развитию // Справочник врача по профилактической педиатрии / Э. Л. Фрухт / Под ред. д.м.н. В. А. Доскина. – Москва : РМАПО, 1995. – 190 с.
64. Фрухт Э. Л. Динамика нервно-психического развития недоношенных детей / Э. Л. Фрухт // Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Под ред. проф. В.А. Доскина. – Москва : ВУНМЦ, 1996. – С. 68-69.

65. Фрухт Э. Л. Первые положительные формы «общения» между детьми на 1-ом году жизни / Э. Л. Фрухт, Н. В. Щукина // Дошкольная педагогика и психология. – Киев, 1975. – Вып. 9. – 7 с.
66. Фрухт Э. Л. Программа воспитания детей в домах ребенка : учебное пособие / Э. Л. Фрухт. – Москва [б.и.], 1987. – 147 с.
67. Фрухт Э. Л. Развитие начальных форм общения между детьми на первом году жизни / Э. Л. Фрухт // Проблемы периодизации развития психики в онтогенезе: Тез. Всесоюз. симпозиума. – Москва : [б. и.], 1976. – С. 122-123.
68. Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей I года жизни / Э. Л. Фрухт // Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Под ред. проф. В.А. Доскина. – Москва : ВУНМЦ, 1996. – С. 5-47.
69. Шереметьева Е. В. От рождения до первой фразы: тернистый путь к общению : монография / Е. В. Шереметьева. – Челябинск : Изд-во ЮУрГГПУ, 2019. – 282 с.
70. Шипицына Л. М. Коррекционная педагогика: психолого-педагогические консультирование и сопровождение развития ребенка / Л. М. Шипицына. – Москва : Просвещение, 2003 – 528 с.

СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ

Приложение 1 – Таблица «Развитие основных линий развития в младенческом периоде» (Таблица 1).

Приложение 2 – Результаты выполнения диагностических заданий экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента (Таблица 2, 3, 4, 5).

Приложение 3.1 – Анкета для родителей

Приложение 3.2 – Беседа с родителями

Приложение 3.3 – Методика «Анализ семейных взаимоотношений (Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкие).

Приложение 4 – Результаты выполнения диагностических заданий по семейным взаимоотношениям на констатирующем этапе эксперимента.

Приложение 5 – Результаты выполнения диагностических заданий экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента (Таблица 6, 7, 8, 9).

Приложение 6 – Результаты выполнения диагностических заданий по семейным взаимоотношениям на контрольном этапе эксперимента.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1

Развитие основных линий развития в младенческий период

Возраст (месяцы)	Функция	Характеристика
1-3 месяцы	Моторная	Ребёнок начинает удерживать головку в вертикальном положении в 1,5-2 месяца, к 2-м месяцам поднимает голову, а в 3 месяца поднимает плечевой пояс, лёжа на животе, большое количество хаотичных движений сохраняется.
	Психоэмоциональная	Происходит установление ритма сна и бодрствования, удлинение бодрствования до 5-8 ч. в сутки, пробуждение отчётливо происходит уже под влиянием слуховых раздражителей. Начиная с 2-х месяцев можно говорить о наличии у малыша активного бодрствования, проявляющегося при положительной эмоциональной реакции, в прислушивании, рассматривании и двигательных реакциях, сопровождающихся протяжными звуками, улыбкой, блеском глаз, широко открытыми глазами; при отрицательном эмоциональном фоне активное бодрствование сопровождается криком, плачем и хныканьем; состояние активного бодрствования отражает реакции ребёнка на общение с взрослыми и окружающую среду, дифференцированность эмоций, двигательные реакции, т.е. уровень психоэмоционального развития ребёнка; реакции на общение с взрослыми могут возникать у малыша до того, как с ним пытаются вступить в контакт, увидев или услышав взрослого, ребёнок останавливает на нем свой взгляд и может дать одну из возможных эмоциональных реакций: реакция сосредоточения – плачущий ребёнок в ответ на ласковый голос или улыбку, или прищёлкивание языком в 4-5 недель замолчит, спокойный «прислушается» и в обоих случаях ослабит двигательные реакции; в 6-8 недель проявит ротовое внимание, а к 9-12-ти неделям – может уже засмеяться; реакция радостного оживления – в 5-6 недель сочетание улыбки, начальных звуков гуления и реакции сосредоточения в ответ на попытку вступить с ребёнком в контакт, в 8 недель эта реакция сопровождается громким коротким вздохом; реакция общего мимического оживления – после 8-ми недель сосредоточение и улыбка сопровождаются широким открыванием и блеском глаз; комплекс оживления – появляется в 10–12 недель, состоит из серии глубоких вздохов, вскидывания ручек, перебирания ногами, радостного повизгивания вместе с реакцией радостного оживления.
	Речевая	С 6-8-ми недель гуление более выражено, малыш произносит протяжные тихие звуки «гу-у-у», «ля-я-я», «бу-у-у»; на фоне положительного эмоционального состояния гуление носит характер спокойного повествования, также могут появляться голосовые реакции – радостное повизгивание и смех, отрицательные эмоциональные реакции выражаются криком различного характера в зависимости от того, чем он вызван; ребёнок начинает произносить «гу-у-у», «ля-я-я», «бу-у-у» и др. в паузах между словами и звуками взрослого, постепенно гласные, напоминающие звуки, становятся более разнообразными и протяжными; к 3-м месяцам ребёнок вступает в голосовой контакт, если услышит ласковый голос.

	Зрение и слух	Зрительные реакции характеризуются движением глаз; в 1,5-2 месяца ребёнок останавливает взгляд на том, что непосредственно попадает в его поле зрения, со 2-го месяца появляется зрительная фиксация, которая становится более удлинённой, прогрессирует острота зрения; зрительное внимание начинают привлекать менее яркие предметы, находящиеся не только перед ребёнком, но и сбоку; в этом возрасте ребёнок более длительно сосредотачивает взор на предметах определённого цвета – жёлтого и зелёного; к 3-м месяцам начинает формироваться бинокулярное зрение; в 3 месяца он уже активно ищет объект для рассматривания; возникает новая зрительная реакция – активный поиск раздражителя (ребёнок поворачивает голову и ищет глазами до тех пор, пока не зафиксирует взгляд на каком-либо предмете), зрительное сосредоточение к 3-м месяцам длится около 7-10 мин, в этот период общие движения и голосовые реакции притормаживаются; увидев игрушку, плачущий ребёнок успокаивается; состояние слуха у ребёнка находится на более высоком уровне; начиная с 10–12 недель, ребёнок отчётливо поворачивает голову в сторону звукового раздражителя, это новая слуховая реакция – локализация звука в пространстве; со 2-го месяца зрительные и слуховые реакции приобретают доминантный характер, т.е. главенствующий.
3-6 месяц ы	Моторная	Основным для этого периода является дальнейшее развитие навыков и манипулятивной деятельности рук ребенка, он ощупывает, хватает и размахивает игрушкой, его первые движения неловки, поэтому ребенок делает много попыток, прежде чем достигает цели, движения рук постепенно становятся более разнообразными – поднимает их до уровня глаз и выше, складывает вместе, удерживает одну в другой, ощупывает пеленку; выражено длительное удерживание плечевого пояса в вертикальном положении; с 4-х месяцев переворачивается со спины на бок, начинается освоение поворота со спины на живот; в 4-5 месяцев ребенок разгибает руки и опирается на кисти, во сне и состоянии спокойного бодрствования конечности остаются полусогнутыми, кисти – полностью открытыми; с 6-ти месяцев может самостоятельно сидеть, к этому же времени появляется опора на ножки при прикосновении стоп к твердой опоре.
	Психоэмоциональная	Начало формирования элементарной игровой деятельности: элементарная начальная игра – в 3-4 месяца ребенок в спокойном состоянии постоянно рассматривает игрушки и окружающие предметы, при этом отдает предпочтение рассматриванию своих рук, в 5 месяцев интерес к игрушкам доминирует, приближает к ним руки, обхватывает их, тянет в рот, при показывании игрушки плачущему ребенку – он успокаивается, оживляется, пытается достать ее; если это удастся, у него появляется комплекс общего оживления; реакция на общение с взрослыми проявляется в виде ориентировочной реакции – при приближении к ребенку и попытке вступить с ним в контакт он внимательно всматривается в лицо взрослого, широко раскрывает глаза и рот, притормаживает движения, эта реакция переходит в реакцию радостного оживления или страха; реакция страха проявляется в 4 месяца у 15% детей, а в 5-6 месяцев – примерно в 30% случаев, эта реакция может наблюдаться при резких неожиданных звуках; реакция на уход взрослого – новая эмоциональная реакция: в момент ласкового общения с ребенком, когда он фиксирует свое внимание на взрослом и дает реакцию радостного оживления, взрослый уходит, тогда ребенок начинает проявлять недовольство (плач, крик и пр.) – наличие этой реакции свидетельствует о хорошем нервно-психическом развитии; реакция кожного сосредоточения – с 4-х месяцев ребенок поворачивает голову в сторону раздражения кожи живота, ладони и т. д.; реакция узнавания матери – начиная с 4-х

		<p>месяцев, в состоянии активного бодрствования ребенок может реагировать на появление или уход матери, при этом ребенок кричит только при уходе именно матери, не давая реакции на уход других людей; реакция активного осязания – ребенок с 4-х месяцев после зрительного сосредоточения на ярком предмете, находящимся на расстоянии вытянутой руки, протягивает к нему свои ручки и начинает водить по нему, продолжая рассматривать и предмет, и свои руки; реакция захвата предмета – в возрасте около 5-ти месяцев пытается захватить предметы или игрушки, к 6-7 месяцам реакция активного осязания ослабевает и исчезает. Этот возрастной период отличается от предыдущих тем, что формирующиеся эмоционально-поведенческие реакции постепенно становятся дифференцированными.</p>
	Речевая	<p>В этот возрастной период появляется истинное, или певучее, гуление, оно сопровождается новым качественным отличием – самоподражанием, на данном этапе гулению часто сопутствует пускание пузырей слюны; в 3-4 месяца начинает формироваться избирательное внимание к речи окружающих; около 6-ти месяцев появляются первые слоги, лепет, элементарные звукоподражания, дети эмоционально реагируют на обращенную речь, отмечается понимание отдельных элементов речи окружающих, все голосовые и звуковые реакции ребенка интонационно окрашены.</p>
	Зрение и слух	<p>С 3-х месяцев у ребенка четко прослеживается реакция зрительной локализации предмета в пространстве (ребенок направляет руку к близко расположенному предмету, но не потому, что оценивает расстояние, а оттого, что ведущим стимулом являются тактильные раздражения от случайного соприкосновения детской руки с предметом); в 4 месяца малыш может дифференцировать предметы близко и далеко расположенные; с 4-4,5 месяцев отмечается появление стойкой зрительной реакции прослеживания, эта реакция в данный возрастной период приобретает качественно иной характер (следа за предметом, ребенок рассматривает его; если детское внимание привлечь другим предметом, то через несколько мгновений он может активно вернуться к прослеживанию предыдущего предмета); в 5–6 месяцев ребенок локализует предметы, расположенные с разных сторон; к 6-ти месяцам ребенок свободно переводит взгляд с игрушки на лицо взрослого и обратно.</p> <p>Слуховые реакции в этот возрастной период отличаются большей дифференцированностью, избирательностью, способностью локализовать звук в пространстве; при достаточно развитой функции активного внимания в ситуации, когда ребенок занят игрушкой или общается с взрослым и т.д., реакция на звук может быть несколько задержана по времени.</p>
6-9 месяцев	Моторная	<p>Этот период характеризуется значительным многообразием двигательной сферы: малыш быстро и уверенно переворачивается со спины на живот и обратно; лёжа на животе, умеет переносить центр тяжести, с одной руки на другую; ребёнок начинает самостоятельно садиться, вставать, может непродолжительное время стоять, появляются попытки к передвижению – в начале ползание назад, потом вперёд на четвереньках; при поддержке под мышками или за обе ручки передвигает ноги; к 9-ти месяцам уже ходит, держась за опору – за перила манежа; перекладывает игрушки из руки в руку, трясёт и стучит ими, тянет в рот; мимические движения становятся более разнообразными; движения носят целенаправленный и произвольный характер, они достаточно дифференцированы.</p>

	Психоэмоциональная	<p>Отличительной чертой поведения здорового ребенка в этот возрастной период является: постоянное сосредоточение на каком-либо виде деятельности – под контролем зрения берет игрушки, рассматривает и ощупывает их, перекладывает из руки в руку, трясет ими, на руках у взрослого осматривает и ощупывает лицо, проявляет интерес к деталям одежды, украшениям, хватает их и т.д., эти формы поведения говорят о формировании у ребенка активной познавательной деятельности; к 6-ти месяцам младенец начинает реагировать избирательно, появляется реакция на новое лицо, нормальной считается ориентировочная реакция: радостного оживления или страха в зависимости от того, знакомый человек или это новое лицо;</p> <p>реакция на обращенную речь – ребенок в 7-8 месяцев понимает обращенную речь, узнает название некоторых предметов, которые ему показывают, понимает заигрывание с ним, готов к совместной игре («ку-ку», «бросание игрушки» и т.д.), вступивший с взрослым в игровой контакт и преодолевший ориентировочную реакцию и страх, в ответ на ласковый разговор с ним произносит цепочки слогов, появляется радостное оживление; ребенок начинает выполнять простые словесные инструкции; жесты становятся необходимыми ребенку для выражения своих желаний, элементом общения со взрослыми: протягивает руки, чтобы его взяли на руки, тянется руками к игрушке, если хочет приблизиться к ней;</p> <p>8-9 месяцев возрастает стремление контактировать со взрослыми, дети отчетливо выделяют близких людей, проявляют настороженность к посторонним людям, подчас разлука с матерью вызывает у них страх, тревогу, беспокойство, в этот возрастной период большое значение приобретают общий процесс формирования привязанности к родителям и более избирательные установки эмоциональных связей в первые годы жизни.</p>
	Речевая	<p>Данный возрастной этап характеризуется появлением спонтанных голосовых реакций в виде повторения длинных цепочек слогов («ба-ба-ба-ба», «ма-ма-ма-ма» и др.), т.е. формируется лепет; в 7-8 месяцев развивается отраженный лепет – повторение за взрослыми и самолепет – собственная речевая активность, лепет больше становится похожим на язык окружающих его людей; в 8-9 месяцев интенсивнее развивается понимание речи, выполняет словесные инструкции.</p>
	Зрение и слух	<p>Вся познавательно-игровая деятельность ребенка протекает под контролем зрения (брать игрушки, рассматривать их, перекладывать из руки в руку, ощупывание игрушек или лица взрослого, украшений у него и т.п.); у ребенка хорошо развиты глазодвигательные реакции – четко фиксирует взор и прослеживает за перемещением заинтересовавших его предметов; развитие слуховых реакций в этот возрастной период характеризуется более четкой дифференцированностью, избирательностью, способностью локализовать звук в пространстве.</p>
9-12 месяцев	Моторная	<p>Особенность этого периода в том, что ребенок осваивает вертикальную позу, ходьба является важнейшей конечной целью общего статического развития, самостоятельное хождение приходится на конец первого года жизни; двигательное развитие характеризуется становлением сложных цепных реакций, направленных на приспособление туловища к вертикальному положению и целенаправленных движений; в начале ребенок ходит, широко расставляя ноги и руки, равновесие сохраняет очень слабо, ходьба совершенствуется в течение 4-5 недель; отмечается дальнейшее развитие и совершенствование движений рук: ребенок берет мелкие предметы двумя пальцами, а большие – всей ладонью, машет</p>

	ладонью, делает «ладушки» и т.д.; к 1 году ребенок манипулирует 3-4 предметами; произвольные движения мимической мускулатуры становятся изолированными; значительно усложняется работа жевательных мышц.
Психологическая	В основе деятельности этого возрастного периода лежат: предметные повторные действия, т.е. ребенок начинает играть с 3-4 предметами, предпочтительно действуя одной рукой, выполнив какое-то действие однократно, малыш активно стремится к его повторению, уже распознает окружающие предметы, игрушки, пытается манипулировать с ними соответственно их назначению: ложкой есть, надеть кольцо пирамидки на палочку или палец, кубики поставить друг на друга, катать машинку и т.д.; в 10-12 месяцев малыш начинает овладевать элементами социально-бытовых навыков: пытается проситься на горшок, поддерживать чашку или ложку и т.д.; проявление эмоций становится выразительным, ярким и разнообразным, а сами эмоции более неустойчивые, поэтому положительные эмоционально-поведенческие реакции быстро сменяются на отрицательные и наоборот; контакт с ребенком устанавливается не сразу, так как у него четко выражена реакция на незнакомых людей, однако по сравнению с предыдущим периодом, реакция страха выражена меньше и реже; появляется новый тип общения с взрослыми – предметно-действенный, который состоит в том, что общение с ребенком устанавливается с помощью ярких различных предметов и игрушек; реакция на речевое общение носит устойчивый характер; ребенок начинает распознавать окружающие предметы, простые причинно-следственные связи; к концу первого года жизни у ребенка должна сформироваться тесная и надежная родственная взаимосвязь с матерью.
Речевая	В этот период имеет большое значение развитие реакций на речевое общение: с 9-ти месяцев дети адекватно реагируют на обращенную речь, понимают интонации, правильно воспринимают отдельные инструкции и знакомые словосочетания в знакомых ситуациях («нет-нет», «горячо», «дай ручку», «дай игрушку», «будем кушать» и др.); в 10-12 месяцев ребенок получает удовольствие от общения с близкими, т.е. складывается коммуникативная потребность; он издает различные звуки, звукоподражания («мяу», «ав-ав», «му-му», «тик-так», «кап-кап» и др.); появляются отдельные слова – «мама», «папа», «баба», «на», «дай» и т.д.; с 10-ти месяцев у ребенка начинает вырабатываться понимание сочетания слова с предметом или картинкой и действием (на вопрос «Где у тебя носик?» ребенок показывает на свой нос, на вопрос «Где киска?» малыш смотрит в сторону кошки), сознательно называет предмет, увидев его (смотря на собачку, говорит «ав-ав»); таким образом, у детей вырабатывается способность выполнять простые одноступенчатые инструкции, т.е. можно говорить о начале развития регулирующей функции речи; к концу года ребенок может произносить около 5–6 слов.
Зрение и слух	Зрительные реакции: ребенок начинает различать еду по внешнему виду; рассматривает свое лицо в зеркале; ребенок легко прослеживает за игрушкой во всех направлениях, движения глазных яблок плавные, координированные. Слуховые реакции: хорошо дифференцирует звуки, узнает тиканье часов, лай собаки, звонок телефона и т.д.; ребенок очень четко реагирует на обращенную речь, дает адекватную ответную реакцию, соответствующую его возрасту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Результаты выполнения диагностических заданий экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента

Таблица 2

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению состояния общей моторики экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 2 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.1 Лежа на животике, поворачивает головку в разные стороны	+	+	-	+
	A.2 Лежа на животике, поднимает головку и удерживает ее под углом 45 градусов.	-	+	+	-
	A.3 Лежа на боку, поднимает головку от плеча вверх.	-	+	-	-
3 месяца. Умения малыша, который еще не ходит	A.5 Лежа на животике, поднимает голову на 90 градусов, опираясь на предплечья	+	-	+	
	A.6 Лежа на спине, удерживает головку вдоль средней линии с прижатым к груди подбородком	+	+	-	
	A.7 Лежа на спинке, держит ручки вместе на груди	-	+	+	
	A.8 Когда малыша присаживают, его голова отстает лишь на немного.	-	+	-	
	A.9 Сидя при поддержке, удерживает голову прямо, с выступающим подбородком.	-	-	-	
4 месяца. Умения малыша, который еще не ходит	A.10 При удерживании в положении стоя, слегка опирается на ножки.	-	-	-	
	A.11 Лежа на животике, переносит вес на предплечья, локти перед плечами, подбородок подогнут	+	+	+	
	A.12 В положении лежа на животике, не всегда находится в позе лягушонка; изредка брыкается	+	-	-	
	A.13 Лежа на спинке, играет ручками, прижимая их к телу и отводя от него	+	+	-	
	A.14 Лежа на спинке, направляет ручки к коленям	-	-	-	
	A.15 Переворачивается со спинки на бок.	-	+	-	
	A.16 При присаживании держит голову на одной линии с телом.	-	+	-	

	А.17 При присаживании из положения лежа на боку, ровно держит голову.	-	+	-	
	А.18 Сидя, удерживает головку прямо, подбородок подогнут.	-	-	-	
	А.19 Стоя, выдерживает большую часть нагрузки собственного тела, управляет головкой верхней частью туловища.	-	-	-	
5 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.20 Лежа на животике, опирается на вытянутые руки.			+	
	А.21 Лежа на животике, опирается на предплечья и тянется за игрушкой			+	
	А.22 Из положения лежа на животике случайно переворачивается на спину			+	
	А.23 Лежа на спине, вытягивает обе ручки вместе.			+	
	А.24 Переворачивается со спинки на бок и остается в таком положении играть			-	
	А.25 Сидит без поддержки в течение одной минуты			-	
	А.26 Стоит на всей ступне, опираясь на что-либо.			-	
6 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.27 В положении лежа на животике проявляет все реакции сохранения равновесия.				
	А.28 Лежа на животе, опирается на вытянутые руки, приподнимая туловище и животик				
	А.29 Лежа на животе, поднимает вверх позади себя ножки и сводит их вместе				
	А.30 Лежа на животе, поворачивается на пол-оборота в сторону, чтобы достать игрушку				
	А.31 Лежа на животе, опираясь на вытянутые руки, пытается достать игрушку.				
	А.32 Переворачивается со спинки на живот.				
	А.33 Когда малыша начинают сажать, он помогает себе сначала головой, затем отталкивается руками.				
	А.34 Сидя, кладет вытянутые ручки впереди себя, чтобы не упасть				
	А.35 Сидит в течение 10 минут, ручки свободны для игры				
	А.36 Стоя, полностью опирается на ножки				

7 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.37 Лежа на животике, поворачивается по кругу				
	A.38 Из положения лежа на животике поворачивается на бок и играет, опираясь на локоть.				
	A.39 Лежа на животике, принимает положение для ползания и раскачивается				
	A.40 Переходи из положения для ползания в положение сидя				
	A.41 Из положения лежа на животике ползет вперед, отталкиваясь руками.				
	A.42 В положении лежа на спине проявляет все реакции сохранения равновесия.				
	A.43 Сидя, поворачивает туловище, свободно играет руками				
	A.44 Перемещается с животика в положение сидя				
	A.45 Когда малыша начинают ставить, он выпрямляет обе ноги, подтягивается на руках				
A.46 Стоит около мебели, держась руками, и "пританцовывает"					
8 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.47 В положении сидя проявляет реакции сохранения равновесия, свойственные хорошо развитому телу.				
	A.48 Сидит без поддержки, не падает, когда тянется в сторону.				
	A.49 Сидя, опирается сбоку на вытянутую руку, чтобы не упасть				
	A.50 Переходит из положения сидя в положение для ползания				
	A.51 Самостоятельно ползает.				
	A.52 Становится на колени и удерживается в таком положении				
	A.53 Стоя около мебели, опирается больше на ноги, чем на руки				
9 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.54 Опираясь на стол одной рукой, поворачивается и протягивает другую руку.				
	A.55 С помощью падения переходит из положения стоя в положение сидя				
	A.56 Совершает путешествие боком вокруг мебели				
	A.57 Подтягивается на руках чтобы встать; использует позицию "стоя на одном колене, ступня другой ноги перед собой"				
	A.58 Совершает путешествие вокруг мебели в пол-оборота к направлению движения				

	А.59 Стоит при поддержке за одну руку				
10 - 11 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.60 Использует различные варианты положения сидя				
	А.61 Сидя, опирается сзади на вытянутые руки, чтобы не упасть				
	А.62 Опускается на пол, держась рукой за мебель				
	А.63 Из позиции "стоя на одном колене, ступня другой ноги перед собой" или "сидя на корточках" встает на ноги; опора на руки минимальна				
	А.64 Передвигается боком, опираясь о стену.				
	А.65 Передвигается без опоры (руки опущены)				

Таблица 3

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению состояния тонкой моторики экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев. Умение смотреть	А.1 Устремляет взгляд на предмет и фиксирует его на этом предмете в течение нескольких секунд.	-	+	-	+
	А.2 Провожает взглядом предмет, пересекающий среднюю линию его тела.	+	+	+	-
	А.3 Лежа на спине, следит за предметом, описывающим дугу в 90 градусов в плоскости, перпендикулярной его телу.	+	+	-	-
Умение хватать	Б.5 Сцепляет ручки	-	-	-	-
	Б.6 Держит погремушку, когда ее вкладывают ему в руку.	-	+	-	-
Представление о неизменности существования предмета	А.7 Задерживает взгляд на той точке пространства, откуда исчез предмет.	-	+	-	+
От 3 до 6 месяца. Умение смотреть	А.8 Переводит взгляд с одного предмета на другой.	+	-	-	-
	А.9 Изучает глазами предмет, который держит в руке.	+	+	+	
	А.10 Лежа на спинке, следит за предметом, описывающим дугу в 180 градусов в плоскости, перпендикулярной его телу.	-	-	-	
	А.11 Смотрит на маленький предмет.	-	+	-	

Умение хватать От 6 до 9 месяцев. Умение хватать	Б.12 Активно схватывает погремушку.	+	+	+	
	Б.13 Держит в руках два предмета, когда их ему дают	-	-	-	
	Б.14 Тянется к предмету двумя руками.	-	+	-	
	Б.15 Лежа на спинке, тянется к предмету и достает его.	-	-	-	
	Б.16 Сидя, тянется к предмету и достает его.	-	-	-	
	Б.17 Перекладывает предмет из одной руки в другую.	-	-	-	
	Б.18 Согнув кисть и пальцы грабелями, захватывает изюминку.				
	Б.19 Берет в руки два предмета и держит их.				
	Б.20 Активно трясет погремушку				
	Б.21 Один и тот же предмет пускает в ход по-разному.				
	Б.22 Вытаскивает штырек из гнезда.				
	Б.23 Чтобы схватить маленький предмет, использует большой палец с одной стороны и остальные с другой.				
	Представление о неизменности существования предмета.	В.24 Находит частично спрятанную игрушку.			
В.25 Когда игрушка падает, смотрит на пол.					
В.26 Убирает препятствие, мешающее достичь желанную игрушку					
Умение класть или ставить предмет в нужное место	Г.27 Выпускает предмет из руки, если его запястье на что-нибудь опирается.				
От 9 до 12 месяцев. Умение хватать	Б.28 Подражая взрослому, засовывает свой пальчик в гнездо от штырька.				
	Б.29 Достает предмет из коробки или вазы.				
	Б.30 Снимает кольцо со стержня.				
	Б.31 Для того, чтобы взять изюминку, захватывает ее с двух сторон ("берет в клещи").				
Представление о неизменности существования предмета	В.32 Находит полностью спрятанную игрушку.				
Умение манипулировать предметами	Д.33 Чтобы достать игрушку, тянет к себе веревочку, лежащую на горизонтальной поверхности.				
	Д.34 Толкает игрушечную машинку или вагончик.				

	Д.35 Держа в руках по кубику, ударяет ими друг о друга.				
Умение класть или ставить предмет в нужное место	Г.36 Кладет предмет в мисочку.				
	Г.37 Надевает на стержень большие кольца.				
	Г.38 Кладет палочку в банку.				
Решение несложных практических задач и головоломок	З.39 Вставляет меньший стаканчик в больший.				
Рисование	Е.40 Пытается имитировать рисование восковым мелком.				
Навыки обращения с книгой	Ж.41 Рассматривает книгу вместе со взрослым.				

Таблица 4

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению восприятия речи экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.1 Реагирует на звук испугом или переменной в поведении.	+	+	+	+
	А.2 Реагирует на голос испугом или переменной в поведении.	-	-	+	-
	А.3 На мгновение задерживает свой взгляд на лице говорящего.	-	+	+	+
	А.4 Поддерживает зрительный контакт с говорящим (смотрит на его глаза и рот).	-	-	-	-
	А.5 Разглядывает окружающие предметы, переводя взгляд с одного на другой.	-	-	+	-
От 3 до 6 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.6 Ищет глазами, откуда исходит звук.	+	+	+	
	А.7 Поворачивается на звук (находит глазами источник звука, повернув в его сторону голову).	-	+	-	
	А.8 Поворачивается на голос (находит глазами говорящего, повернув в его сторону голову).	-	-	-	
От 6 до 9 месяцев. Умение слушать и концентрировать	А.9 Сидя на стуле, внимательно слушает.				
	А.10 Вместе со взрослым в течение 2 минут смотрит на картинки или предметы.				

внимание на том, о чем говорят	А.11 В ответ на тон говорящего (дружелюбный или сердитый) меняет выражение лица.				
Реагирует на жесты и выполняет простые указания	Б.12 Меняет выражение лица в ответ на изменение выражения лица взрослого.				
	Б.13 Выполняет простую просьбу, сопровождаемую жестами				
От 9 до 12 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.14 В шумной обстановке слушает одного человека.				
Реагирует на жесты и выполняет простые указания	Б.15 Оборачивается, услышав свое имя.				
	Б.16 Услышав строгое замечание, прерывает свое занятие.				
	Б.17 В ответ на словесную просьбу машет ручкой или хлопает в ладоши.				
	Б.18 Находит знакомые предметы, о которых его спрашивают.				
	Б.19 Находит членов семьи, о которых его спрашивают.				

Таблица 5

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению самообслуживания экспериментальной группы детей на констатирующем этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.1 Успокаивается, когда его берут на руки	-	+	+	-
	А.2 На мгновение фиксирует свой взгляд на лице	+	+	-	-
	А.3 Улыбается или подаёт голос в ответ на обращённые к нему слова или прикосновение.	-	-	-	+
От 3 до 6 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.4 Тянет ко рту руку с игрушкой или каким-нибудь другим предметом	-	-	-	
	А.5 В предвкушении того, что его сейчас возьмут на руки, шевелит ручками, ножками или поднимает голову.	-	-	+	
	А.6 Улыбается без видимой причины.	+	-	+	

	А.7 Протягивает ручки, чтобы его взяли на руки.	-	+	-	
	А.8 Улыбается отражению в зеркале.	-	-	-	
	А.9 Пытается дотянуться до игрушки	-	-	-	
	А.10 Смеётся, когда его головку накрывают пелёнкой.	-	+	-	
Умение самостоятельно есть и пить	Б.11 Глядя на грудь или бутылочку, предвкушает приближение кормления	-	+	-	
	Б.12 Берётся руками за грудь или бутылочку.	+	-	+	
	Б.13 Всасывает и проглатывает пюреобразную пищу.	-	-	-	
От 6 до 9 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.14 Смеётся, когда с ним играют в знакомые игры.				
	А.15 Реагирует удивлённым взглядом или плачем на появление незнакомых людей.				
	А.16 Играет с несколькими игрушками самостоятельно в течение 10 минут.				
Умение самостоятельно есть и пить	Б.17 Пьёт из чашки с помощью взрослого				
	Б.18 Жуёт и проглатывает полу протёртую пищу				
	Б.19 Самостоятельно ест пищу, которую берут руками (сухари, печенье и т.п.).				
От 9 до 12 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.20 Участвует в игре «Ку-ку, вот и я».				
	А.21 Играет в простые игры, требующие взаимодействия, например, «ладушки» или «сорока-ворона», протягивая и удерживая свои руки,				
	А.22 Демонстрирует простую функциональную игру, поднося ко рту чашку или ложку.				
	А.23 Играет в мяч, толкая его обратно маме.				
	А.24 Играет самостоятельно вблизи взрослого) в течение 15-20 минут.				
Умение самостоятельно есть и пить	Б.25 Берет в руку и ест маленькие кусочки пищи.				
	Б.26 Держит ложку и пытается взять в рот её содержимое				
	Б.27 Откусывает и кусочек печенья и жуёт его.				
	Б.28 Ест размятую пищу				

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1

Анкета для родителей

I. Анкетные данные ребенка

1. Фамилия, имя ребенка: _____

2. Дата рождения, возраст на момент обследования: _____

II. Данные о семье

1. Родители:

отец (ФИО, возраст, профессия) _____

мать (ФИО, возраст, профессия) _____

Дополнительные сведения, которые считают нужным указать родители:

2. Другие члены семьи, проживающие вместе с родителями и ребёнком:

3. Ребенок (нужные данные подчеркнуть или внести):

- единственный в семье;

- есть старший(ая), младший(ая) брат/сестра (указать возраст и какие воспитательные или образовательные учреждения посещают _____)

4. Указать наличие и характер речевых расстройств, генетических, нервно-психических и хронических заболеваний у родителей и родственников, выявленных до рождения ребёнка:

III. Анамнестические данные

От какой по счёту беременности ребёнок _____
(указать исход предыдущих беременностей _____).

Характер протекания беременности (нужное подчеркнуть):

- без патологии;

- ранние токсикозы: легкий токсикоз в первом триместре беременности; достаточно выраженный токсикоз в первой половине беременности; тяжелый токсикоз в первой половине беременности;

- поздние токсикозы: водянка (отеки); нефропатия (отеки, повышение артериального давления, белок в моче); пре-эклампсия (отеки, повышение артериального давления,

- белок в моче, головные боли, расстройство зрения, боли в подложечной области); эклампсия (расстройство функций важнейших органов матери, сопровождающееся судорогами с потерей сознания);

- угроза выкидыша (указать, на каком сроке _____);

- угроза преждевременных родов (указать, на каком сроке _____);

-соматические заболевания, проявившиеся у матери, обострившиеся в период беременности хронические заболевания: _____

1. Протекание беременности

- инфекционные заболевания, перенесенные матерью в период беременности, характер их протекания и осложнений: _____

- лекарственные препараты, принимавшиеся матерью в период беременности:

- травмы и ушибы матери в период беременности (указать срок, степень тяжести и последствия) _____;

- употребление в период беременности алкоголя; активное курение матери; пассивное курение матери, в семье систематически курит муж или другие родственники; постоянное нахождение будущей матери на рабочем месте в прокуренном помещении в додекретный период (нужное подчеркнуть)

Дополнительная информация, которую считает нужным указать мать: _____

Развитие плода (по результатам медицинских осмотров, анализов, УЗИ и т.д.):

- без патологии;

- патологические проявления: низкое предлежание плаценты; угроза отслойки плаценты; неправильное положение плода: тазовое предлежание, поперечное или косое расположение плода; отставание в развитии плода; гипотрофия

плода; гипоксия плода; нарушения сердечного ритма плода (нужное подчеркнуть)

Дополнительная информация, которую считает нужным указать мать: _____

2. Протекание родов.

Роды в срок, досрочные (преждевременные - между 28-й и 38-й неделями беременности), переношенная беременность (свыше 42 недель).

Характер родов:

- без патологии;

- патологические проявления (роды стремительные; затяжные; со стимуляцией; с применением щипцов, вакуума; кесарево сечение);

- патологии плода во время родов (тазовое предлежание плода; предлежащая плацента; отслоение плаценты полностью или частично до или во время родов (до рождения | плода);

- плечевая дистоция (застывание плеча плода во время прохождении через родовые пути);

- выпадение пуповины (зажатие пуповины между головкой ребёнка и тазовым костями, что препятствует поступлению кислорода к ребёнку);

- обвитие пуповиной;

- гипоксия плода (кислородная недостаточность);

- асфиксия плода (полное перекрытие доступа кислорода);

- родовая (внутричерепная) травма).

Дополнительная информация, которую считает нужным указать мать: _____

Раннее постнатальное развитие ребёнка

Вскармливание:

- когда принесли кормить _____

- грудное или искусственное

- срок и характер грудного вскармливания

Характер питания: _____ - _____

Характер «жизненного ритма» ребёнка:

Раннее психомоторное развитие — когда начал:

- держать головку _____
- сидеть _____
- устоять _____
- ходить _____

Дополнительная информация, которую считают нужным указать родители:

Перенесённые заболевания

- До года _____
- Ушибы, травмы головы _____
- Судороги при высокой температуре _____
- Наличие или отсутствие оперативного вмешательства (закрытие нёбной расщелины, удаление аденоидов, пластика уздечки языка, губ и т.д.) _____
- Наблюдался ли систематически ребенок продолжительное время у кого-либо из специалистов (педиатра, окулиста, отоларинголога, детского невропатолога/психоневролога, стоматолога и др.) _____
- в связи с какими заболеваниями: _____

Дополнительная информация, которую считают нужным указать родители:

Речевое развитие ребенка

Время появления и особенности голосовых и речевых реакций:

- крика _____
- гуления _____
- лепета _____

Дополнительная информация, которую считают нужным указать родители:

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.2

Беседа с родителями «Основы правильного общения с рождения»

Есть несколько правил, которых нужно придерживаться, чтобы заложить основы правильного общения с ребёнком первого года жизни.

1. *Позитивно относиться к новой жизненной роли.* Теперь вы родители. И только тогда, когда вы с удовольствием будете выполнять свои родительские обязанности, в вашей семье будет царить радостная атмосфера тепла и спокойствия, что очень важно для формирования здоровой психики малыша.

2. *Учиться понимать, что нужно ребёнку.* В самом начале это будет сложно. Разговаривать малыш не может, а его плач пока не имеет тех оттенков, которые мама будет различать уже спустя какое-то время. Важно реагировать на плач ребёнка, ведь это его способ показать, что ему что-то нужно. Со временем вы научитесь быстро определять, чего именно он хочет.

3. *Создавать прочную связь с малышом.* Это, пожалуй, самое главное правило. Связь малыша с мамой начинает формироваться с первых минут его жизни, когда он получает первые капли ценного молозива из материнской груди. И для того, чтобы ребёнок развивался, рос здоровым и чувствовал себя комфортно, необходимо поддерживать эту связь.

Как сформировать связь с малышом?

Большинство мам чувствуют интуитивно, что лучше сделать, чтобы их ребёнку было хорошо. И если какое-то время назад повсеместно гремело слово «режим» (кормление по часам, сон в кроватке по расписанию), заставляя матерей закрывать глаза на свою интуицию в отношении ребёнка, то сейчас уделяется внимание потребностям малыша.

Не отказывайтесь от грудного вскармливания. Некоторые мамы боятся боли, обвисшей груди, не хотят дискомфорта. Но, если у вас есть молоко, постарайтесь сохранить его и кормить вашего малыша грудью. Самая сильная связь ребёнка с матерью возникает именно при наличии грудного вскармливания.

Чаще берите ребёнка на руки. Тактильный контакт с родителями важен для малыша. Ещё совсем недавно он находился в комфортном месте, где ему было тепло, мягко и спокойно. А теперь он находится в неизвестной среде, где всё совсем по-другому. Представьте, какой это стресс для маленького человечка. Именно сейчас ему необходимы прикосновения мамы. А когда мама прижимает малыша к себе, он чувствует знакомое ему сердцебиение, тепло мягких рук и успокаивается.

Носите ребёнка как можно больше. Когда сохраняется телесный контакт с мамой, малышу намного уютнее. К тому же в настоящее время существует большое разнообразие приспособлений для ношения малыша.

Реагируйте на зов вашего чада. Если малыш плачет, значит, что-то не так. Ему голодно, холодно, жарко, мокро, тревожно. Ему нужна мама. И тем, что вы отреагируете на его плач как можно быстрее, вы не разбалуете его ни коим образом. Лишь поможете ему не сформировать такую привычку, когда он начнёт получать то, что ему нужно, через настойчивый плач или крик.

Общайтесь со своим малышом. Даже если вам кажется, что он ничего не понимает и даже не слушает вас, общайтесь с ним. Рассказывайте о том, что вы делаете, читайте потешки, пойте песни и колыбельные. Не стесняйтесь своего смешного голоса и вида со стороны. На нервно-психическое развитие ребёнка большое внимание оказывают все звуки, которые он слышит.

Связь ребёнка с родителями, заложенная ещё в грудном возрасте, остаётся на всю жизнь и даёт ребёнку уверенность в том, что он любим и не останется беспомощным в различных ситуациях.

Удивительный факт. Чем ближе общение матери и ребёнка в начальном периоде его развития, тем легче малышу будет развить самостоятельность. Общение с мамой способствует тому, что ребёнок чувствует себя защищённым и знает, что мама всегда придёт на помощь. Поэтому он активнее исследует мир, пробует делать что-то новое. И именно поэтому он со временем начинает что-то делать и без помощи родителей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.3

Тест Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.

Инструкция к тесту Эйдемиллера:

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов». Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то в «Бланке для ответов» обведите кружком номер ответа. Если Вы в общем не согласны — зачеркните тот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти. В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

Текст опросника Эйдемиллера. (для родителей детей младенческого возраста)

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Мой сын (дочь) легко нарушают запреты.
5. Если хочешь, чтобы твой(я) сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
6. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).
7. Когда я в хорошем настроении, я нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
8. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
9. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
10. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
11. Общение с детьми, в общем-то, утомительное дело.
12. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.
13. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
14. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
15. Мой сын (дочь) для меня — самое главное в жизни.
16. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.
17. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
18. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
19. Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.
20. Мой ребенок растет слабым и болезненным.
21. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
22. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
23. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
24. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
25. Я стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.
26. Если побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
27. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
28. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
29. По характеру я — мягкий человек.
30. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.
31. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).

32. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
33. Мужчина хуже понимает чувства другого человека, чем женщина.
34. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
35. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.
36. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.
37. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
38. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
39. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.
40. Мне нравятся маленькие дети, поэтому я не хотел(а) бы, чтобы мой сын (моя дочь) слишком быстро вырос(а).
41. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
42. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.
43. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен и не получаешь ничего.
44. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него (нее) действует, — это постоянные строгие наказания.
45. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
46. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
47. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.
48. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
49. Если бы мой сын не был моим сыном, а я бы была помоложе, то наверняка влюбилась бы в него.
50. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
51. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.
52. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жить.
53. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
54. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
55. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
56. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
57. Мой сын (дочь) очень любит спать со мной.
58. У моего сына (дочери) плохой желудок.
59. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.
60. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
61. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.
62. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.
63. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
64. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
65. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства других детей.
66. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
67. Нередко я думаю, что слишком рано женился (вышла замуж).
68. Все, что мой сын (дочь) умеет к настоящему времени, он(а) научился(лась) только благодаря моей постоянной помощи.
69. Мой сын (дочь) часто болеет.
70. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

Бланк для ответов

Ф. И. О. _____

Ф. И. сына (дочери) _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

Ключ к опроснику

На бланке регистрации ответов номера ответов, относящихся к одной шкале, расположены в одной строке (исключение составляют 6 шкал, подчеркнутых в регистрационном бланке). Это дает возможность быстрого подсчета баллов по каждой шкале путем суммирования положительных ответов. За каждый положительный ответ дается 1 балл. Справа в бланке регистрации ответов указано сокращенное название шкалы и диагностическое значение. Если число баллов определенной шкалы достигает или превышает диагностическое значение, то у обследуемого родителя присутствует данный тип отклонения в воспитании.

Если название шкал подчеркнуты, то к результату необходимо прибавить число баллов по дополнительной шкале, которая находится в нижней части бланка и обозначена теми же буквами.

При наличии отклонений по нескольким шкалам необходимо обратиться к Таблице "Диагностика типов семейного воспитания" для установления типа неправильного семейного воспитания.

1	21	41	61	81	Г+	7
2	22	42	62	82	Г -	8
3	23	43	63	83	У+	8
4	24	44	64	84	У-	4
5	25	45	65	85	Т+	4
6	26	46	66	86	Т-	4
7	27	47	67	87	З+	4
8	28	48	68	88	З-	3
9	29	49	69	89	С+	4
10	30	50	70	90	С-	4
11	31	51	71	91	Н	5
12	32	52	72	92	РРЧ	6
13	33	53	73	93	ПДК	4
14	34	54	74	94	ВН	5
15	35	55	75	95	ФУ	6
16	36	56	76	96	НРЧ	7
17	37	57	77	97	ПНК	4
18	38	58	78	98	ВК	4

19	39	59	79	99	ПЖК 4
20	40	60	80	100	ПМК 4
101	107	113	119	125	Г+
102	108	114	120	126	Г-
103	109	115	121	127	У+
104	110	116	122	128	РРЧ
105	111	117	123	129	ФУ
106	112	118	124	130	НРЧ

Интерпретация.

Описание шкал в том порядке, в каком они расположены в опроснике. Характеристика шкал опросника

1. Гиперпротекция (Г+). При гиперпротекции родители уделяют подростку крайне много сил, времени, внимания: воспитание является центральным делом в жизни родителей. Типичные высказывания таких родителей отражают то важное место, которое подросток занимает в их жизни, и содержат полные опасений представления о том, что произойдет, если не отдать ему все свои силы и время. Эти типичные высказывания использованы при разработке соответствующей шкалы.

2. Гипопротекция (Г-) — ситуация, при которой ребенок оказывается на периферии внимания родителей, до него “руки не доходят”, родителю “не до него”. Подросток часто выпадает из виду. За него берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное. Вопросы данной шкалы отражают типичные высказывания таких родителей.

Эти две шкалы определяют уровень протекции, то есть речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители воспитанию ребенка. Таким образом, здесь рассматриваются два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

3. Потворствование (У+). О потворствовании говорят в том случае, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка. Они “балуют” его. Любое его желание — для них закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией: “слабость” ребенка, его исключительность, желание дать ему то, чего в свое время был лишен сам родитель, то, что подросток растет один, без отца и т. п.

4. Игнорирование потребностей подростка (У-). Данный стиль воспитания противоположен потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребности в эмоциональном контакте, общении с родителями, в их любви. Описываемый стиль проявляется в определенных высказываниях родителей, косвенно отражающих их нежелание общаться с детьми, в предпочтении детей, ничего не требующих от родителей.

Эти две шкалы измеряют степень удовлетворения потребностей ребенка, то есть то, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей подростка, как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечений), так и духовных (прежде всего — в общении с родителями, в их любви и внимании). Данная черта семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Так называемое “спартанское воспитание” — пример высокого уровня протекции (родитель много занимается воспитанием, уделяет ему большое внимание) и вместе с тем низкого удовлетворения потребностей ребенка.

5. Чрезмерность требований (обязанностей) (Т+). Именно это качество лежит в основе типа неправильного воспитания “повышенная моральная ответственность”. Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям, не только не содействуют развитию его личности, а, напротив, ставят его под угрозу. В одном случае на ребенка перекладывается более или менее значительная часть обязанностей родителей (ведение хозяйства, уход за малолетними детьми). Такие родители, как правило, осознают, что ребенок очень загружен, но не видят чрезмерности нагрузки. Они уверены к тому же, что этого требуют обстоятельства, в которых семья находится в данный момент. В другом — от ребенка ожидают значительных и не соответствующих его способностям успехов в учебе или других престижных занятиях (художественная самодеятельность, спорт и т. п.). Такие родители подчеркивают в беседе с психологом те условия, которые прилагают для организации его успехов.

6. Недостаточность обязанностей подростка (Т-). В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, что трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу по дому.

Эти две шкалы дают представления о требованиях-обязанностях ребенка, то есть тех заданиях, которые он выполняет (учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи).

7. Чрезмерность требований-запретов (доминирование) (3+). В этом случае ребенку “все нельзя”. Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных подростков такое воспитание форсирует реакцию эмансипации, у менее стеничных провоцирует развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуаций. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любым проявлением самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, которые могут иметь место даже при незначительном нарушении запрета, а также в стремлении подавить самостоятельность мысли подростка.

8. Недостаточность требований-запретов к ребенку (3-). Родители так или иначе транслируют ребенку, что ему “все можно”. Даже если существуют какие-то запреты, ребенок их легко нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет время возвращения домой вечером, круг друзей, вопрос о курении и употреблении алкоголя. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа характера у подростка, особенно неустойчивого типа.

Эти две шкалы указывают на то, что ребенку нельзя делать. Они определяют, прежде всего, степень самостоятельности ребенка, возможность самому выбрать способ поведения.

9. Чрезмерность санкций (жестокый стиль воспитания) (С+). Для этих родителей характерна приверженность к строгим наказаниям, чрезмерная реакция даже на незначительные нарушения. Типичные высказывания этих родителей отражают их убеждения в полезности для детей максимальной строгости.

10. Минимальность санкций (С-). Родители склонны обходиться без наказаний или применять их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний.

Эти две шкалы дают представление о строгости наказаний, применяемых к ребенку родителями за невыполнение семейных требований.

11. Неустойчивость стиля воспитания (Н). Оценки по этой шкале позволяют говорить о постоянной резкой смене стиля воспитания, приемов воспитания. Они свидетельствуют о “шараханьях” родителей: от очень строгого стиля к либеральному и, наоборот, от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению. При этом родители, как правило, признают значительные колебания в воспитании подростка, однако недооценивают размах (частоту этих колебаний).

Возможно большое количество сочетаний перечисленных стилей семейного воспитания. Однако особенно важное значение имеют устойчивые сочетания, формирующие следующие типы неправильного воспитания.

Потворствующая гиперпротекция (Г+, У+, Т-, З-, С-). Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт характера у ребенка.

Доминирующая гиперпротекция (Г+, У±, Т±, З+, С±). Ребенок также находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, но в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такое воспитание усиливает реакцию эмансипации. При тревожно-мнительной (психастенической), сенситивной, астеноневротической акцентуациях характера доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

Эмоциональное отвержение (Г-, У-, Т±, З±, С±) включает в себе сочетание пониженной протекции и игнорирование потребностей ребенка и нередко проявляется в жестком обращении с ним. В крайнем варианте — это воспитание по типу “Золушки”. При таком воспитании усиливаются черты эпилептоидной акцентуации характера, а у подростков с эмоционально-лабильной, сенситивной и астеноневротической акцентуациями характера могут формироваться процессы декомпенсации и невротические расстройства.

Таблица "Диагностика типов семейного воспитания"

Тип воспитания Выраженность черт воспитательного процесса
Уровень протекции П

(Г+,Г-)

Полнота удовлетворения потребностей У запретов З	Жесткость санкций С	Количество требований Т			Число
Потворствующая гиперпротекция	+	+	-	-	-
Доминирующая гиперпротекция	+	+	-	+	+
Жесткое обращение	-	-	+	+	+
Эмоциональное отвержение	-	-	+	+	+
Повышенная моральная ответственность			+	-	+
Безнадзорность	-	-	-	-	+

Примечание. Знак “+” означает чрезмерную выраженность соответствующей черты воспитания, “-” недостаточную выраженность, “+ -*” означает, что при данном типе воспитания возможна как чрезмерность данной черты, так и ее недостаточность или невыраженность.

Повышенная моральная ответственность (Г+, У-, Т+) образуется сочетанием высоких требований к ребенку и одновременно с этим понижением внимания к нему со стороны родителей, меньшей заботой о нем. Этот тип воспитания стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации характера.

Гипопротекция (гипоопека, безнадзорность) (Г-, У-, Т-, З-). Ребенок представлен сам себе, родители не интересуются им и не контролирует его. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного, неустойчивого и конформного типов.

При жестоком обращении родителей с детьми (Г-, У-, Т±, З±, С+) на первый план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей.

12. Расширение сферы родительских чувств (РРЧ). Обычно этот феномен наблюдается при таких нарушениях воспитания, как потворствующая или доминирующая гиперпротекция. Данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда в силу каких-либо причин супружеские отношения между родителями оказываются нарушенными: нет одного из супругов (смерть, развод) либо отношения с партнером по браку не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (эмоциональная холодность, несоответствие характеров). Нередко при этом мать (реже отец), сами того не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Родители хотят, чтобы он удовлетворял хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в процессе супружеских отношений (взаимная исключительная привязанность, частично эротические потребности). Отношения с ребенком, а позднее с подростком, становятся исключительными, важными для родителя. Мать нередко отказывается от повторного замужества, стремясь отдать сыну “все чувства”, “всю любовь”. В детстве стимулируется эротическое отношение к родителям (ревность, детская влюбленность). Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед нарастающей самостоятельностью подростка, в результате чего появляется стремление удержать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции. Стремление одного из родителей к расширению сферы родительских чувств за счет включения эротических потребностей в отношения с ребенком, как правило, им не осознается. Эта психологическая установка проявляется косвенно, например, в высказываниях о том, что ей (матери) никто не нужен, кроме сына, и в характерном противопоставлении идеализированных отношений с сыном не удовлетворяющим отношениям с мужем. Иногда такие матери осознают свою ревность к подругам сына, хотя чаще они проявляют ее в виде многочисленных придирок к ним.

13. Предпочтение в подростковом детских качеств (ПДК). Этот вид нарушения воспитания обусловлен потворствующей гиперпротекцией. У родителей появляется стремление игнорировать взросление детей, стимулировать у них детские качества (детскую импульсивность, непосредственность, игривость). Для таких родителей ребенок все еще “маленький”. Нередко они открыто признают, что маленькие дети им вообще нравятся больше, что со старшими уже не так интересно. Страх или нежелание взросления ребенка могут быть связаны с особенностями биографии самого родителя (например, он имел младшего брата или сестру, и на них в свое время переключилась любовь его родителей, в связи с чем свой старший возраст воспринимался им как несчастье). Рассматривая ребенка как “еще маленького”, родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию и стимулируя развитие психического инфантилизма.

14. Воспитательная неуверенность родителей (ВН). Наблюдается чаще всего при таких нарушениях воспитания, как потворствующая гиперпротекция или пониженный уровень

требований. Воспитательную неуверенность родителя можно было бы назвать “слабым местом” личности родителя. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между ребенком и родителем. Родитель “идет на поводу” у подростка, уступает даже в вопросах, в которых, по его собственному мнению, уступать нельзя. Это происходит потому, что ребенок сумел найти к этому родителю подход, нащупал его “слабое место” и добивается для себя ситуации “минимум требований — максимум прав”. Типичная ситуация в такой семье — бойкий, уверенный в себе ребенок, смело ставящий требования, и нерешительный, винящий себя во всех неудачах с ребенком родитель. В одних случаях “слабое место” обусловлено психастеническими чертами характера родителя. В других — существенную роль в формировании стиля семейного воспитания могли сыграть отношения родителя с его собственными родителями. В определенных условиях дети, воспитанные требовательными, эгоцентричными родителями, став взрослыми, видят в своих детях тех же требовательных, эгоцентричных существ, испытывают по отношению к ним то же чувство “неоплатного долга”, какое испытывали ранее по отношению к собственным родителям. Характерный признак таких родителей — доминирование в их высказываниях реплик с признанием массы ошибок, совершенных в воспитании. Неуверенно чувствующие себя в роли воспитателя родители боятся упрямства, сопротивления своих детей и находят довольно много поводов уступить им.

15. Фобия утраты ребенка (ФУ). Чаще всего ложится в основу господствующей или доминирующей гиперпротекции. “Слабое место” — повышенная неуверенность родителей, боязнь ошибиться, преувеличенное представление о хрупкости “ребенка”, его болезненности. Как правило, подобное отношение обусловлено историей рождения ребенка (его долго ждали, обращения к врачам-гинекологам ничего не давали, родился хрупким и болезненными, с большим трудом удалось выходить и т. п.). Другой источник — перенесенные тяжелые заболевания ребенка, особенно если они были длительными. Отношение родителя к ребенку в этом случае формируется под воздействием накопленного страха утраты ребенка. Этот страх заставляет одних родителей тревожно прислушиваться к каждому пожеланию подростка и спешить с его выполнением (потворствующая гиперпротекция), других — мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция). Типичные высказывания таких родителей отражают их ипохондрическую боязнь за ребенка: они видят у него множество болезненных проявлений. У родителей свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных по времени переживаниях по поводу здоровья ребенка.

16. Незрелость родительских чувств (НРЧ) препятствует интеграции семьи и лежит в основе таких типов нарушения воспитания, как гиперпротекция, эмоциональное отвержение, “повышенная моральная ответственность”, жестокое обращение. Воспитание является адекватным лишь тогда, когда родителями движут достаточно сильные мотивы: чувство долга, симпатия, любовь к ребенку, потребность “реализовать себя” в детях, “продолжить себя”. Слабость, незрелость родительских чувств нередко встречается у родителей подростков с отклонениями характера. В то же время это явление очень редко ими осознается, а еще реже признается как таковое. Внешне оно проявляется в нежелании иметь дело с подростком, в плохой переносимости его общества, в поверхностности интереса к его делам. Незрелость родительских чувств может быть обусловлена отвержением самого родителя в детстве его родителями, тем, что он сам в свое время не испытал родительского тепла. Другой причиной могут быть особенности характера родителя, например, выраженная шизоидность.

Замечено, что родительские чувства значительно слабее развиты у очень молодых родителей, имея тенденцию усиливаться с возрастом. При достаточно благоприятных условиях жизни семьи НРЧ определяет стиль воспитания по типу гипопротекции или

эмоционального отвержения. При трудных, напряженных условиях жизни на подростка часто перекладывается значительная часть родительских обязанностей (“повышенная моральная ответственность”) либо в адрес ребенка возникает раздражительно-враждебное отношение. Типичные высказывания таких родителей содержат жалобы на утомительность родительских обязанностей, сожаление, что эти обязанности отрывают от чего-то более важного и интересного. Для женщин с неразвитым родительским чувством довольно часто характерны эмансипационные устремления и желание любым путем устроить свою жизнь.

17. Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК). В большинстве случаев составляет основу эмоционального отвержения, жестокого обращения. Причиной такого воспитания подростка является то, что в ребенке родитель видит те черты, наличие которых он ощущает, но не признает в самом себе. Это могут быть агрессивность, склонность к лени, тяга к алкоголю, различные протестные реакции, несдержанность и др. Ведя борьбу с такими же истинными или мнимыми качествами у ребенка, родитель (чаще отец) извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя: борьба с нежеланным качеством кого-то другого помогает ему верить, что у него самого этого качества нет. Эти родители много и охотно говорят о своей непримиримой и постоянной борьбе с отрицательными качествами и слабостями ребенка, о мерах наказания, к которым они в связи с этим прибегают. В высказываниях родителей сквозит уверенность в том, что подросток неисправим, нередко они полны инквизиторских интонаций с характерным стремлением в любом поступке видеть проявление дурных качеств подростка, с которыми родитель борется.

18. Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК). Как правило, является первопричиной типа воспитания, соединяющего в себе потворствующую гиперпротекцию одного родителя с отвержением либо доминирующей гиперпротекцией другого. Конфликтность во взаимоотношениях супругов — нередкое явление даже в относительно стабильных семьях. Но лишь в ряде семей воспитание превращается в “поле битвы” конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность более открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь “заботой о благе ребенка”. При этом мнения родителей чаще всего бывают диаметрально противоположными: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой же родитель склонен “жалеть” ребенка, идти у него на поводу. Характерное проявление такой “битвы” — выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать подростка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Шкала ВК отражает типичные высказывания “строгой стороны”. Это связано с тем, что именно “строгая сторона”, как правило, является инициатором обращения к врачу либо психологу.

19. Предпочтение мужских качеств (ПМК).

20. Предпочтение женских качеств (ПЖК).

Эти две шкалы позволяют обнаружить сдвиг в установках родителя по отношению к подростку в зависимости от его пола. Предпочтение мужских или женских качеств в ребенке обуславливает формирование таких типов воспитания, как потворствующая гиперпротекция или эмоциональное отвержение. Нередко отношение родителя к ребенку зависит не от действительных особенностей ребенка, а лишь тех черт, которые родитель приписывает его полу, то есть “вообще мужчинам” или “вообще женщинам”. Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознанное неприятие в подростке атрибутов мужского пола. В этих случаях типичны стереотипные отрицательные высказывания о мужчинах вообще: “Большинство мужчин грубы, неопрятны. Они легко

поддаются животным побуждениям, они агрессивны, склонны к алкоголизму. Любой же человек — и мужчина, и женщина — должен стремиться к противоположным качествам: быть нежным, деликатным, опрятным, сдержанным в чувствах”. Именно такие качества родитель с ПЖК и видит в женщинах. Примером проявления ПЖК может служить отец, видящий массу недостатков у сына и считающий, что таковы все его сверстники. В то же время этот отец “без ума” от дочери, видит в ней одни достоинства. Под влиянием ПЖК в данном случае в отношении подростка мужского пола формируется тип воспитания “эмоциональное отвержение”. Возможен и противоположный перекоc — с выраженной антифеминистской установкой, пренебрежением к матери ребенка, его сестрам. В этом случае по отношению к самому ребенку формируется стиль воспитания “потворствующая гиперпротекция”.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Результаты выполнения диагностических заданий по семейным взаимоотношениям на констатирующем этапе эксперимента

Ф. И. О. Габбасова Эльвина Юсуповна
Ф. И. сына (дочери) **Габбасова Аделина**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

Ф. И. О. Дахина Альбина Вадимовна
Ф. И. сына (дочери) **Дахина Жасмин**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

Ф. И. О. Шакирова Алиса Данисовна
Ф. И. сына (дочери) **Шакирова Каролина, Шакирова Милана**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Результаты выполнения диагностических заданий экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента

Таблица 6

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению состояния общей моторики экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 2 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.1 Лежа на животике, поворачивает головку в разные стороны	+	+	-	+
	A.2 Лежа на животике, поднимает головку и удерживает ее под углом 45 градусов.	-	+	+	-
	A.3 Лежа на боку, поднимает головку от плеча вверх.	-	+	-	-
3 месяца. Умения малыша, который еще не ходит	A.5 Лежа на животике, поднимает голову на 90 градусов, опираясь на предплечья	+	-	+	
	A.6 Лежа на спине, удерживает головку вдоль средней линии с прижатым к груди подбородком	+	+	-	
	A.7 Лежа на спинке, держит ручки вместе на груди	-	+	+	
	A.8 Когда малыша присаживают, его голова отстает лишь на немного.	-	+	-	
	A.9 Сидя при поддержке, удерживает голову прямо, с выступающим подбородком.	-	-	-	
A.10 При удерживании в положении стоя, слегка опирается на ножки.	-	-	-		
4 месяца. Умения малыша, который еще не ходит	A.11 Лежа на животике, переносит вес на предплечья, локти перед плечами, подбородок подогнут	+	+	+	
	A.12 В положении лежа на животике, не всегда находится в позе лягушонка; изредка брыкается	+	-	-	

	А.13 Лежа на спинке, играет ручками, прижимая их к телу и отводя от него	+	+	-	
	А.14 Лежа на спинке, направляет ручки к коленям	-	-	-	
	А.15 Переворачивается со спинки на бок.	-	+	-	
	А.16 При присаживании держит голову на одной линии с телом.	-	+	-	
	А.17 При присаживании из положения лежа на боку, ровно держит голову.	-	+	-	
	А.18 Сидя, удерживает головку прямо, подбородок подогнут.	-	-	-	
	А.19 Стоя, выдерживает большую часть нагрузки собственного тела, управляет головкой верхней частью туловища.	-	-	-	
5 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.20 Лежа на животике, опирается на вытянутые руки.	-	-	+	
	А.21 Лежа на животике, опирается на предплечья и тянется за игрушкой	-	+	+	
	А.22 Из положения лежа на животике случайно переворачивается на спину	+	+	+	
	А.23 Лежа на спине, вытягивает обе ручки вместе.	+	+	+	
	А.24 Переворачивается со спинки на бок и остается в таком положении играть	+	-	-	
	А.25 Сидит без поддержки в течение одной минуты	+	+	-	
	А.26 Стоит на всей ступне, опираясь на что-либо.	-	+	-	
6 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.27 В положении лежа на животике проявляет все реакции сохранения равновесия.	-	+		
	А.28 Лежа на животе, опирается на вытянутые руки, приподнимая туловище и животик	+	-		
	А.29 Лежа на животе, поднимает вверх позади себя ножки и сводит их вместе	+	-		
	А.30 Лежа на животе, поворачивается на пол-оборота в сторону, чтобы достать игрушку	+	+		

	А.31 Лежа на животе, опираясь на вытянутые руки, пытается достать игрушку.	-	+		
	А.32 Переворачивается со спинки на живот.	+	+		
	А.33 Когда малыша начинают сажать, он помогает себе сначала головой, затем отталкивается руками.	+	+		
	А.34 Сидя, кладет вытянутые ручки впереди себя, чтобы не упасть	-	-		
	А.35 Сидит в течение 10 минут, ручки свободны для игры	-	-		
	А.36 Стоя, полностью опирается на ножки	-	-		
7 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.37 Лежа на животике, поворачивается по кругу	+	-		
	А.38 Из положения лежа на животике поворачивается на бок и играет, опираясь на локоть.	+	+		
	А.39 Лежа на животике, принимает положение для ползания и раскачивается	+	+		
	А.40 Переходит из положения для ползания в положение сидя	+	+		
	А.41 Из положения лежа на животике ползет вперед, отталкиваясь руками.	+	-		
	А.42 В положении лежа на спине проявляет все реакции сохранения равновесия.	+	+		
	А.43 Сидя, поворачивает туловище, свободно играет руками	+	-		
	А.44 Перемещается с животика в положение сидя	-	+		
	А.45 Когда малыша начинают ставить, он выпрямляет обе ноги, подтягивается на руках	-	+		
	А.46 Стоит около мебели, держась руками, и "пританцовывает"	+	+		
8 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	А.47 В положении сидя проявляет реакции сохранения равновесия, свойственные хорошо развитому телу.	+	-		
	А.48 Сидит без поддержки, не падает, когда тянется в сторону.	+	+		
	А.49 Сидя, опирается сбоку на вытянутую руку, чтобы не упасть	+	+		
	А.50 Переходит из положения сидя в положение для ползания	-	-		
	А.51 Самостоятельно ползает.	+	+		
	А.52 Становится на колени и удерживается в таком положении	+	+		
	А.53 Стоя около мебели, опирается больше на ноги, чем на руки	+	+		

9 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.54 Опираясь на стол одной рукой, поворачивается и протягивает другую руку.	+	+		
	A.55 С помощью падения переходит из положения стоя в положение сидя	+	+		
	A.56 Совершает путешествие боком вокруг мебели	-	+		
	A.57 Подтягивается на руках чтобы встать; использует позицию "стоя на одном колене, ступня другой ноги перед собой"	-	+		
	A.58 Совершает путешествие вокруг мебели в пол-оборота к направлению движения	-	-		
	A.59 Стоит при поддержке за одну руку	-	-		
10 - 11 месяцев. Умения малыша, который еще не ходит	A.60 Использует различные варианты положения сидя	-	-		
	A.61 Сидя, опирается сзади на вытянутые руки, чтобы не упасть	+	+		
	A.62 Опускается на пол, держась рукой за мебель	-	+		
	A.63 Из позиции "стоя на одном колене, ступня другой ноги перед собой" или "сидя на корточках" встает на ноги; опора на руки минимальна				
	A.64 Передвигается боком, опираясь о стену.				
	A.65 Передвигается без опоры (руки опущены)				

Таблица 7

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению состояния тонкой моторики экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев. Умение смотреть	A.1 Устремляет взгляд на предмет и фиксирует его на этом предмете в течение нескольких секунд.	-	+	-	+
	A.2 Провожает взглядом предмет, пересекающий среднюю линию его тела.	+	+	+	-
	A.3 Лежа на спине, следит за предметом, описывающим дугу в 90 градусов в плоскости, перпендикулярной его телу.	+	+	-	-

Умение хватать	Б.5 Сцепляет ручки	-	-	-	-
	Б.6 Держит погремушку, когда ее вкладывают ему в руку.	-	+	-	-
Представление о неизменности существования предмета	А.7 Задерживает взгляд на той точке пространства, откуда исчез предмет.	-	+	-	+
От 3 до 6 месяца. Умение смотреть	А.8 Переводит взгляд с одного предмета на другой.	+	-	-	-
	А.9 Изучает глазами предмет, который держит в руке.	+	+	+	
	А.10 Лежа на спинке, следит за предметом, описывающим дугу в 180 градусов в плоскости, перпендикулярной его телу.	-	-	-	
	А.11 Смотрит на маленький предмет.	-	+	-	
От 6 до 9 месяцев. Умение хватать	Б.12 Активно схватывает погремушку.	+	+	+	
	Б.13 Держит в руках два предмета, когда их ему дают	-	-	-	
	Б.14 Тянется к предмету двумя руками.	-	+	-	
	Б.15 Лежа на спинке, тянется к предмету и достает его.	-	-	-	
	Б.16 Сидя, тянется к предмету и достает его.	-	-	-	
	Б.17 Перекладывает предмет из одной руки в другую.	-	-	-	
	Б.18 Согнув кисть и пальцы грабелями, захватывает изюминку.				
	Б.19 Берет в руки два предмета и держит их.				
	Б.20 Активно трясет погремушку				
	Б.21 Один и тот же предмет пускает в ход по-разному.				
	Б.22 Вытаскивает штырек из гнезда.				
Представление о неизменности существования предмета.	В.24 Находит частично спрятанную игрушку.				
	В.25 Когда игрушка падает, смотрит на пол.				
	В.26 Убирает препятствие, мешающее достичь желанную игрушку				
Умение класть или ставить предмет в нужное место	Г.27 Выпускает предмет из руки, если его запястье на что-нибудь опирается.				

От 9 до 12 месяцев. Умение хватать	Б.28 Подражая взрослому, засовывает свой пальчик в гнездо от штырька.				
	Б.29 Достает предмет из коробки или вазы.				
	Б.30 Снимает кольцо со стержня.				
	Б.31 Для того, чтобы взять изюминку, захватывает ее с двух сторон ("берет в клещи").				
Представление о неизменности существования предмета	В.32 Находит полностью спрятанную игрушку.				
Умение манипулировать предметами	Д.33 Чтобы достать игрушку, тянет к себе веревочку, лежащую на горизонтальной поверхности.				
	Д.34 Толкает игрушечную машинку или вагончик.				
	Д.35 Держа в руках по кубику, ударяет ими друг о друга.				
Умение класть или ставить предмет в нужное место	Г.36 Кладет предмет в мисочку.				
	Г.37 Надевает на стержень большие кольца.				
	Г.38 Кладет палочку в банку.				
Решение несложных практических задач и головоломок	З.39 Вставляет меньший стаканчик в больший.				
Рисование	Е.40 Пытается имитировать рисование восковым мелком.				
Навыки обращения с книгой	Ж.41 Рассматривает книгу вместе со взрослым.				

Таблица 8

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению восприятия речи экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев.	А.1 Реагирует на звук испугом или переменной в поведении.	+	+	+	+

Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.2 Реагирует на голос испугом или переменной в поведении.	-	-	+	-
	А.3 На мгновение задерживает свой взгляд на лице говорящего.	-	+	+	+
	А.4 Поддерживает зрительный контакт с говорящим (смотрит на его глаза и рот).	-	-	-	-
	А.5 Разглядывает окружающие предметы, переводя взгляд с одного на другой.	-	-	+	-
От 3 до 6 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.6 Ищет глазами, откуда исходит звук.	+	+	+	
	А.7 Поворачивается на звук (находит глазами источник звука, повернув в его сторону голову).	-	+	-	
	А.8 Поворачивается на голос (находит глазами говорящего, повернув в его сторону голову).	-	-	-	
От 6 до 9 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.9 Сидя на стуле, внимательно слушает.				
	А.10 Вместе со взрослым в течение 2 минут смотрит на картинки или предметы.				
	А.11 В ответ на тон говорящего (дружелюбный или сердитый) меняет выражение лица.				
Реагирует на жесты и выполняет простые указания	Б.12 Меняет выражение лица в ответ на изменение выражения лица взрослого.				
	Б.13 Выполняет простую просьбу, сопровождаемую жестам				
От 9 до 12 месяцев. Умение слушать и концентрировать внимание на том, о чем говорят	А.14 В шумной обстановке слушает одного человека.				
Реагирует на жесты и выполняет простые указания	Б.15 Оборачивается, услышав свое имя.				
	Б.16 Услышав строгое замечание, прерывает свое занятие.				
	Б.17 В ответ на словесную просьбу машет ручкой или хлопает в ладоши.				
	Б.18 Находит знакомые предметы, о которых его спрашивают.				
	Б.19 Находит членов семьи, о которых его спрашивают.				

Таблица 9

Результаты выполнения диагностических заданий по изучению состояния самообслуживания экспериментальной группы детей на контрольном этапе эксперимента

<i>Возраст</i>	<i>Показатель</i>	<i>Милана</i>	<i>Каролина</i>	<i>Жасмин</i>	<i>Аделина</i>
От 0 до 3 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.1 Успокаивается, когда его берут на руки	-	+	+	-
	А.2 На мгновение фиксирует свой взгляд на лице	+	+	-	-
	А.3 Улыбается или подаёт голос в ответ на обращённые к нему слова или прикосновение.	-	-	-	+
От 3 до 6 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.4 Тянет ко рту руку с игрушкой или каким-нибудь другим предметом	-	-	-	
	А.5 В предвкушении того, что его сейчас возьмут на руки, шевелит ручками, ножками или поднимает голову.	-	-	+	
	А.6 Улыбается без видимой причины.	+	-	+	
	А.7 Протягивает ручки, чтобы его взяли на руки.	-	+	-	
	А.8 Улыбается отражению в зеркале.	-	-	-	
	А.9 Пытается дотянуться до игрушки	-	-	-	
Умение самостоятельно есть и пить	А.10 Смеётся, когда его головку накрывают пелёнкой.	-	+	-	
	Б.11 Глядя на грудь или бутылочку, предвкушает приближение кормления	-	+	-	
	Б.12 Берётся руками за грудь или бутылочку.	+	-	+	
От 6 до 9 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	Б.13 Всасывает и проглатывает пюреобразную пищу.	-	-	-	
	А.14 Смеётся, когда с ним играют в знакомые игры.				
	А.15 Реагирует удивлённым взглядом или плачем на появление незнакомых людей.				
Умение самостоятельно есть и пить	А.16 Играет с несколькими игрушками самостоятельно в течение 10 минут.				
	Б.17 Пьёт из чашки с помощью взрослого				
	Б.18 Жуёт и проглатывает полу протёртую пищу				
	Б.19 Самостоятельно ест пищу, которую берут руками (сухари, печенье и т.п.).				

От 9 до 12 месяцев. Взаимодействие с окружающими и игра	А.20 Участвует в игре «Ку-ку, вот и я».				
	А.21 Играет в простые игры, требующие взаимодействия, например, «ладушки» или «сорока-ворона», протягивая и удерживая свои руки,				
	А.22 Демонстрирует простую функциональную игру, поднося ко рту чашку или ложку.				
	А.23 Играет в мяч, толкая его обратно маме.				
	А.24 Играет самостоятельно (вблизи взрослого) в течение 15-20 минут.				
Умение самостоятельно есть и пить	Б.25 Берет в руку и ест маленькие кусочки пищи.				
	Б.26 Держит ложку и пытается взять в рот её содержимое				
	Б.27 Откусывает и кусочек печенья и жуёт его.				
	Б.28 Ест размятую пищу				

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Результаты выполнения диагностических заданий по семейным взаимоотношениям на контрольном этапе эксперимента

Семья 1

Ф. И. О. *Габбасова Эльвина Юсуповна*

Ф. И. сына (дочери) *Габбасова Аделина*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

Семья 2

Ф. И. О. *Дахина Альбина Вадимовна*

Ф. И. сына (дочери) *Дахина Жасмин*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

Семья 3

Ф. И. О. *Шакирова Алиса Данисовна*

Ф. И. сына (дочери) *Шакирова Каролина, Шакирова Милана*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70