

WORKBOOK

МОДУЛЬ «ДЕТИ С ОВЗ»

Автор-составитель: Попова А.В., клинический психолог, методист БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Разработчик программы модуля: Гусарова Н.В., клинический психолог, IFS практик, EMDR практик, ведущая Школы приемных родителей БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Тематический консультант: Синкевич А.Ю., клинический психолог, руководитель проекта «Близкие люди» БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Пособие разработано БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» при поддержке Фонда президентских грантов

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ «ДЕТИ С ОВЗ».....	5
Занятие 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС. ПОНЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЬСТВА.....	6
Занятие 2. Подготовка приемных родителей к приему ребенка с овз.....	9
Занятие 3. Особенности психического развития детей с овз.....	11
Занятие 4. Неврологические особенности детей с сиротским опытом.....	14
Занятие 5. Нейропсихологический подход к обучению ребенка.....	18
Занятие 6. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. РАСстройства аутистического спектра.....	20
Занятие 7. Сенсорные нарушения у детей с опытом сиротства.....	24
Занятие 8. Детский церебральный паралич: особенности развития, стратегии реабилитации..	29
Занятие 9. Фетальный алкогольный синдром.....	33
Занятие 10. Трудное поведение приемного ребенка.....	36
Занятие 11. Выстраивание образовательного маршрута ребенка с ОВЗ.....	40
Занятие 12. подготовка к самостоятельной жизни ребенка с ОВЗ. Сопровождаемое проживание.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Воркбук разработан для ведущих модуля «Дети с ОВЗ», дополняющего общий курс «Школы приемных родителей».

Модуль «Дети с ОВЗ» ориентирован на потенциальных и действующих приемных родителей, уже прошедших обучение на общем курсе ШПР и планирующих или уже воспитывающих в семье приемных детей с особенностями здоровья. В результате освоения модуля слушатели получают знания, необходимые для принятия решения о приеме ребенка с ОВЗ, а также компетенции, необходимые для его воспитания.

В итоге прохождения модуля участники:

- получают развернутые представления об особенностях приемных детей, обусловленных наличием у них нарушений здоровья, а также сиротского опыта;
- получают представления о компетенциях и ресурсах профессионального приемного родителя, необходимых для воспитания приемного ребенка с ОВЗ;
- освоят основные подходы, стратегии воспитания приемного ребенка с ОВЗ, включая коррекцию нарушений поведения, коммуникации и т.д.;
- смогут оценить риски и ресурсы своей семьи и принять взвешенное информированное решение о приеме ребенка с ОВЗ.

Программа курса носит модульный характер. Это означает, что он состоит из отдельных тематических занятий, которые могут быть изучены в любом порядке. Темы занятий связаны между собой логически и содержательно, но не имеют жесткой последовательности. Исходя из запросов региона, слушателей, а также с учетом имеющихся в организации, проводящей ШПР, ресурсов и компетенций, занятия можно сокращать, дополнять, объединять, а также включать в курс новые темы (например, генетические синдромы, ВИЧ, хронические нарушения здоровья и др.). Содержание представленных тем также является вариативным и может меняться исходя из контекста обучения.

Представленная в Воркбуке программа включает 42 часа занятий и 12 тем. Наш опыт показывает, что ее длительность может варьироваться, но составлять не менее 30 часов, чтобы рассказать об особенностях приемных детей с ОВЗ и подготовке родителей к их приему в семью.

Курс выстроен таким образом, что теоретического материала в нем больше, чем практического. Это обусловлено тем, что предлагаемые в курсе знания носят специализированный характер и требуют погружения в тему. При этом сами занятия мы рекомендуем проводить в интерактивной форме. Ведущим важно привлекать слушателей к обсуждению, мотивировать их задавать вопросы, высказывать свое мнение, делиться опытом. Полезным было бы пригласить к участию в некоторых занятиях курса замещающих родителей, которые уже воспитывают детей с особенностями здоровья и могут поделиться своим опытом, ответить на вопросы участников.

Занятия могут проводиться онлайн или оффлайн, могут включать видео-уроки, текстовые материалы, профессиональные задачи, разбор практических кейсов, тесты и др.

Мы рекомендуем к проведению каждого занятия привлекать двух ведущих. Первый – специалист, хорошо разбирающийся в теме замещающего родительства и особенностях детей с сиротским опытом. Второй – тематический эксперт (клинический /специальный психолог, невролог, детский психиатр, педиатр и др.). Экспертов можно привлекать как в своем регионе, устанавливая и развивая межведомственные горизонтальные связи, так и из других регионов (онлайн). Идеальна ситуация, когда тематический эксперт также знаком с темой сиротства и может соотнести особенности здоровья детей с последствиями их сиротского опыта. К подбору

ведущих, как и к построению программы, также необходимо подходить гибко, исходя из ресурсов организации, региона.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ «ДЕТИ С ОВЗ»

№	Темы	Количество часов			Кол-во занятий
		Всего	Лекции	Практика	
1	Введение в курс. Понятие профессионального приемного родительства	3,5	2,5	1	1
2	Подготовка приемных родителей к приему ребенка с ОВЗ.	3,5	2,5	1	1
3	Особенности психического развития детей с ОВЗ	3,5	2,5	1	1
4	Неврологические особенности детей с сиротским опытом	3,5	2,5	1	1
5	Нейропсихологический подход к обучению ребенка	3,5	2,5	1	1
6	Синдром дефицита внимания и двигательной активности (СДВГ). Расстройства аутистического спектра (РАС)	3,5	2,5	1	1
7	Сенсорные нарушения у детей с опытом сиротства	3,5	2,5	1	1
8	Детский церебральный паралич: особенности развития, стратегии реабилитации	3,5	2,5	1	1
9	Фетальный алкогольный синдром (ФАС). Умственная отсталость (УО) и задержка психоречевого развития (ЗПРР)	3,5	2,5	1	1
10	Трудное поведение приемного ребенка	3,5	2,5	1	1
11	Выстраивание образовательного маршрута ребенка с ОВЗ	3,5	2,5	1	1
12	Вопросы социализации и подготовки к самостоятельной жизни ребенка с ОВЗ. Сопровождаемое проживание	3,5	2,5	1	1
	ИТОГО	42	30	12	12

Занятие 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС. ПОНЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЬСТВА

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с курсом, ведущим, с правилами работы в группе
- Познакомить с основными сложностями приема в семью ребенка с ОВЗ
- Выявить мотивацию слушателей на участие в курсе, мотивацию к приему ребенка с ОВЗ



ВЕДУЩИЙ

Специалист, разбирающийся в теме замещающего родительства и особенностях детей с сиротским опытом: ведущий/преподаватель общего курса ШПР, психолог, специалист службы сопровождения замещающих семей и т.п.

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Введение в курс. Знакомство. Установление правил группы

Обсуждение целей и задач программы модуля. Место модуля в общем курсе ШПР. Структура курса, его цели и задачи.

Знакомство участников. Согласование регламента, обсуждение правил группы.

2. Проблемы устройства детей с ОВЗ в семьи

Статистическая информация о числе детей-сирот в федеральном, региональном банке данных. Информация о структуре банка данных: преобладание в нем детей с инвалидностью/ОВЗ.

Существующие формы устройства детей в семью в РФ.

3. Особенности приемного ребенка с ОВЗ по сравнению с нормотипичным ребенком с сиротским опытом

Депривация, физическое и/или сексуализированное насилие, пренебрежение нуждами в кровной семье, психологическое и эмоциональное насилие усугубляются → дефицитами, вызванными особенностями здоровья, частыми госпитализациями (без сопровождения), регулярной болью или дискомфортом, стигматизацией.

4. Понятие «сложная структура дефекта»

Понятия «дефект», «структура дефекта». Теория сложной структуры дефекта Л.С. Выготского.

Примеры первичного, вторичного дефекта, третичного нарушения. Взаимное влияние биологических и психологических проявлений дефекта.

5. Профессиональный приемный родитель

Мотивация к приему ребенка в семью. Изменение мотивации приемных родителей (по Р. Хоксбергену: традиционные усыновители, идеалистичные альтруисты, реалистичные материалисты).

Психологические и педагогические критерии профессиональной приемной семьи:

- открытость к сотрудничеству, включенность в сообщество;
- наличие специальных знаний и навыков в области детской и семейной психологии и психологии детей, оставшихся без попечения родителей;
- создание условий для развития контактов ребенка с его семейной историей;
- личностная зрелость и внутренняя психологическая работа.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Упражнение на знакомство участников
- Разбор практических примеров формирования сложного дефекта. Например, снижение слуха (биологический фактор) → искажение слухового восприятия → нарушение речи → задержка развития → нарушение общения → особенности характера
- Обсуждение вопросов: какие качества нужны приемному родителю, который осознает вероятные сложности, которые могут возникнуть в семье? Какие знания - умения - навыки нужны? Какая поддержка со стороны государства могла бы помочь?
- Завершающее упражнение, сбор обратной связи.

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: книга о людях с задержкой умственного развития / Пер. со шведск. п/ред. Ю. Колесовой.- СПб: ИРАВ, 2001. – 360 с.

Панюшева Т., Пичугина (Капилина) М., Пасечник И., Синкевич А., Шкурова Н. Приемные дети: кратко о сложном / под ред. А.В. Поповой. — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2022. — 91 с. Дизайн и верстка макета: А.А. Фирсова

Попова А.В., Щербакова А.А., Токарская Ю.О., Курчанова Ю.Р. Методология подбора семьи под ребенка: Практические рекомендации для специалистов — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2023. — 91 с. Дизайн и верстка макета: Фирсова А.А.

ЗАНЯТИЕ 2. ПОДГОТОВКА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ К ПРИЕМУ РЕБЕНКА С ОВЗ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с особенностями воспитания приемного ребенка с ОВЗ
- Научить слушателей оценивать свои риски и ресурсы для приема ребенка с ОВЗ



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с особенностями детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог.
2. В качестве соведущего можно пригласить медицинского специалиста, знакомого с сиротской медициной.

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Риски принятия ребенка с ОВЗ в семью

Очевидные риски, связанные с диагнозом ребенка: диагнозы «призраки»; особенности диагностики в РФ; получение медицинской информации о ребенке в неправильном месте и ограниченном объеме; трудности независимой медицинской экспертизы; нестандартные (редкие) диагнозы; плохо описанные истории болезни; запущенное состояние болезни; комбинированные заболевания; неизлечимые заболевания, требующие постоянной поддержки.

Неочевидные риски:

- Неполная диагностика (отсутствие мультидисциплинарного подхода; несоблюдение мировых протоколов ведения заболевания; невысокая квалификация медицинских работников в месте проживания ребенка).
- Ошибочная диагностика (невысокая квалификация медицинских работников в месте проживания ребенка; недобросовестность работников; недоступность адекватного медицинского обслуживания).
- Невозможность оценить объем вторичных проблем в момент приема ребенка.

2. Риски, связанные с историей депривации ребенка

- психологическая травма в анамнезе (потеря кровных родителей, травма «казенного дома»)
- мозаичные отставания в развитии
- проблемы сенсорного восприятия и сенсорной интеграции
- явления из спектра нарушения привязанности (вторичная аутизация, последствия воспитания нечутким взрослым, факторы младенческих стрессов по Л.Палмер)

– вторичные проблемы

3. Оценка рисков

Способы оценить риски, связанные с особенностями ребенка.

Способы оценить ресурсы родителя.

Важно, чтобы ресурсы семьи соотносились с потенциальными рисками, связанными с приемом ребенка.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Разбор кейсов из практики ведущего, обсуждение мотивации приема ребенка с ОВЗ в семью, обмен идеями, эмоциями
- Обсуждение мотивации слушателей принять ребенка с ОВЗ, обмен идеями, разбор эмоций, тревог, страхов
- Обсуждение вопросов: как можно оценить риски ребенка? Как можно оценить ресурсы семьи?

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Селигман М. Обычные семьи, особые дети: (пер. с англ.) / Селигман М., Дарлинг Р. - Изд. 2-е. - М.: Теревинф, 2009

Лангеймейер В. Й, Матейчек З. Психическая депривация в дошкольном возрасте. Прага, 1984

Занятие 3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить с нормативным развитием человека в онтогенезе
- Познакомить с основными причинами психических нарушений в детском возрасте
- Познакомить с основными психическими нарушениями в детском возрасте: задержки развития, депрессия, шизофрения



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Детский психиатр, знакомый с сиротской медициной

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Знакомство с понятием онтогенеза

Онтогенез – индивидуальное развитие человека от рождения до конца жизни.

Факторы, влияющие на психическое развитие ребенка: генетические, сочетание генетического материала мамы и папы ребенка, особенности внутриутробного развития, протекания беременности и родов, периода новорожденности, периода с 1 года до 3-х лет, перенесенные инфекции, травмы (включая травму разлуки).

Нормативное развитие ребенка.

Вариативные нарушения развития ребенка: моторного, когнитивного, речевого, поведенческого и т.п.

Проявления психических нарушений в детском возрасте.

Основные психические нарушения в детском возрасте (РАС, задержки развития, умственная отсталость, нарушения поведения, ФАС, эпилепсия и др.).

Стандартизированные методы оценки развития ребенка.

Вариативные реакции организма на стресс. Понятие «адаптивный стресс».

2. Основные психические нарушения в детском возрасте

2.1 Умственная отсталость (УО)

Виды умственной отсталости, разная степень интеллектуального снижения.

Этиология УО.

Статистика УО.

2.2 Депрессии. Самоповреждающее поведение.

Причины, проявления, статистика.

Ситуация, когда пора обращаться к специалистам. Шкалы проявления депрессии. Приложения, отслеживающие изменения настроения.

Депрессия как культура современных подростков.

«Маски» депрессии.

Стратегии лечения депрессии. Медикаментозное лечение. Длительность лечения.

Профилактика выгорания у взрослых, воспитывающих детей с проявлениями депрессии.

2.3 Расстройства шизофренического спектра

Понятие «шизофрении».

Проявления шизофрении в детском возрасте: патологическое странное поведение, фантазирование, нарастающие страхи, изменение настроения, эмоционального фона, поведения.

Плюс-симптомы: зрительные, слуховые галлюцинации, бред.

Минус-симптомы: эмоциональная теплота, интересы, яркость проявления.

Сочетание шизофрении с депрессией.

Лечение шизофрении в детском возрасте.

Перспективы самостоятельной жизни у детей с шизофренией.

3. Различные стратегии помощи детям с психическими нарушениями

Практики постановки диагнозов в детских интернатных учреждениях.

Специалисты, которых важно подключать к коррекции психических нарушений у детей: психиатр, дефектолог, психолог, клинический психолог, нейропсихолог, логопед, коррекционный педагог и др.

Важность установления точного психиатрического диагноза.

Медикаментозная коррекция нарушений.

Принцип коррекции – чем раньше, тем лучше.

Перспективы самостоятельного проживания у детей с различными психическими нарушениями.

- Разбор проявлений нарушений развития ребенка в разные возрастные периоды (рождение – 3 года; 3 – 7 лет; период начальной школы)
- Знакомство с вариативными проявлениями депрессии в детском и подростковом возрасте. Разбор кейсов, просмотр видеофрагментов
- Выбор оптимального образовательного маршрута ребенка в зависимости от его психических особенностей. Разбор кейсов

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1974.

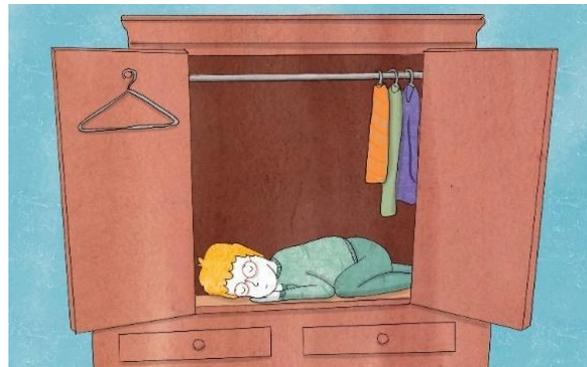
Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — СПб: Питер, 2008

Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебн. пособие. — / В.В.Лебединский. — М.: «Академия», 2011. — 144 с.

Занятие 4. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СИРОТСКИМ ОПЫТОМ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с нормативным развитием детей
- Познакомить с причинами и проявлениями неврологических нарушений в детском возрасте
- Познакомить со стратегиями помощи при неврологических проблемах у ребенка



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Детский невролог, разбирающийся в теме сиротства

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Детская неврология

Изучает развитие нервной системы и ее болезни до 18 лет.

Строение нервной системы (основы, кратко).

Место психиатра и невролога в лечении неврологических нарушений.

2. Анатомо-физиологические особенности детей 1-го года жизни

Перинатальный период - время до, во время и 1 мес. после родов.

Факторы риска: тактика ведения родов, дородовая диагностика, гипоксия.

Нормальный период новорожденности: адаптация к жизни, состояние кожи, легких; питание и пищеварение; система выделения, система кровообращения, нервная система.

Рост и вес: важность измерения скорости роста. Ориентация на скрининги и центильные таблицы.

Физиологические состояния периода адаптации: желтуха новорожденных, кефалогематома, милии, шелушение кожи, молочные железы, пятна на коже, тремор рук и подбородка, физиологический гипертонус, кривошея.

Питание.

До 6 месяцев — естественное вскармливание. Режим.

Введение прикорма и докорма. Питьевой режим.

Трудности при кормлении. Приспособления для кормления.

Питание матери.

3. Неврологические нарушения (*план подачи материала*)

Недоношенность: незрелость и более обширные нарушения; риск инфекционных осложнений и тромбозов; нарушения питания, дыхания; гипертензионно-гидроцефальный синдром; длительная депривация ребенка в реанимации, болезненные процедуры.

Родовая травма: перинатальные инсульты АФС, последствия гестоза матери; внутричерепные кровоизлияния ВЖК; бактериальные менингиты; травмы шейного отдела позвоночника; травмы спинного мозга.

Детский церебральный паралич (ДЦП): спастический тетрапарез, диплегия; шкала оценки моторных функций; гиперкинетическая форма; астатически атоническая форма; сочетания.

Сенсорные нарушения: амавроз – слепота или амблиопия; нарушение зрительного прогноза; атрофия зрительных нервов; формы нарушения зрения наследственные; нарушения слуха – врожденная тугоухость; гентамицин; нарушение слухового прогноза; тактильные и болевые нарушения полиневропатии; особенности проприоцепции и вестибулопатии.

Нарушения речи: импрессивные; экспрессивные; дисфазии; оральные диспраксии (сенсорные); дизартрии.

Интеллектуальные нарушения: задержка психического развития (ЗПР); инфантилизм; умственная отсталость (УО); сенсомоторная алалия.

Нарушения коммуникации: расстройства аутистического спектра (РАС); эмоционально-волевые нарушения; поведенческие нарушения; СДВГ; негативизм и реакции отвержения-игнорирования; черты аутизма при других нарушениях.

Эпилепсия: виды приступов; ГСП; инфантильные спазмы; абсансы; миоклонии; трансформации приступов под влиянием лечения и роста.

Поражения ЦНС при соматических болезнях: пороки сердца; ортопедическое лечение; госпитализм, изоляция; алиментарные трофические нарушения.

Невроз: тики; логоневроз; энурез дневной и ночной; энкопрез и психогенный запор; мутизм; пищевые нарушения.

Патологические привычные действия: онихофагия; яктации; сосание пальца; мастурбация; трихотилломания; являются аффективными расстройствами, инстинктивными реакциями, реактивным регрессом.

Психосоматические нарушения: пищеварительные проблемы; кожные нарушения; двигательные; эндокринные; респираторные; сердечно сосудистые; алгические.

Нарушения сна: нарушения засыпания; пробуждения; альпийские дремы; парасомнии; судороги и доброкачественные миоклонии сна; инсомния.

4. Нарушения питания

Высокочувствительные дети

Тревога, вызванная стрессом или заболеванием, разлука, депривация, эпизоды насильственного кормления, провоцируют нарушение питания (как повышение, так и снижение аппетита)

Повышение аппетита чаще связано с вниманием к ребёнку только в связи с кормлением

Снижение аппетита, избегание отдельных видов еды, высокая избирательность, гиперчувствительность, непереносимость могут быть связаны с: аллергическими проявлениями, опытом перенесённого заболевания (ОРЗ, рвота, тошнота, ротавирусная инфекция, гепатит а, аденовирус, вирус Эпштейн Барра (мононуклеоз))

Срыгивание и ГЭРБ

Гастроэзофагально рефлюксная болезнь

Важность позиционирования для детей с моторными нарушениями.

Рвота и срыгивание

Дети с повышенной чувствительностью к сенсорным стимулам нередко дают сильную, часто негативную реакцию в ответ на сенсорные раздражители. У этих детей низкий сенсорный порог, что приводит к быстрой активации и возбуждению нервной системы. Ощущения, не беспокоящие обычных людей, могут быть для них слишком острыми и вызывать дискомфорт.

Некоторые дети в разное время могут проявлять то повышенную, то пониженную чувствительность к одним и тем же раздражителям. Возможная причина: у некоторых (но не у всех) детей, имеющих повышенную чувствительность, при перегрузке сенсорной системы останавливается переработка сенсорной информации, что выглядит как гипочувствительность.

Стратегии преодоления высокой избирательной чувствительности

- контакт с едой без принуждения, чувство голода, режим питания, место и время, поза
- снижение стресса, связанного с приемом пищи, игры с едой, сначала еда, потом чистота и манеры
- создание безопасной ситуации во время еды— оценка возможностей ребёнка к жеванию, глотанию, готовность к освоению новых текстур и вкусов
- запахи как стимул
- секционная тарелка и чистое блюдо рядом
- знакомы продукт и немного незнакомого
- куски, крупные и мягкие, с нейтральным вкусом
- самый трудный продукт – суп.

Дисфагия: нарушение развития жевания и глотания при ДЦП; псевдобульбарный и бульбарный синдромы; гиперсаливация и слюнотечение; дистония мышц языка, глотки, зависимость от позы приема пищи, отдельный стул; аспирация и поперхивание; первая помощь ребёнку, приём Хаймлиха и переворот; роль

лицевого и логопедического массажа в развитии чувствительности и орального праксиса.

Гастростомия и зондовое питание: зонд до 1—3 месяцев; гастростома показания; снятие гастростомы; медицинское питание и его виды и цели. ФКУ, ферментопатии. Диабет, кетоз. Витамины и биодобавки.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Знакомство с практиками позиционирования, физиологическими позами для ребенка первых месяцев жизни
Знакомство с приспособлениями для позиционирования (фото, видео, манекены)
Обсуждение способов налаживания режима и рутин
- Знакомство с правилами подбора игрушек и одежды для ребенка до 3-х лет
Принципы: безопасность; естественность; разнообразие; простота и легкость; многослойность; натуральность; пеленание
Просмотр фото, видео
- Помощь при неврологических нарушениях ребенка
 - Знакомство с подходами к терапии
 - Место психиатра и невролога в лечении неврозов
 - Психологическая помощь родителям
 - Игровая терапии

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Специальная психология: Учебн. пособие / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: «Академия», 2003.

Основы специальной психологии: Учебн. пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: «Академия», 2002.

Занятие 5. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ РЕБЕНКА

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с основами структурно-функционального строения мозга ребенка
- Познакомить с факторами, влияющими на развитие мозга ребенка
- Научить выбирать подходящую стратегию к обучению и коррекции ребенка с нарушениями в развитии



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Нейропсихолог, разбирающегося в теме сиротства

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Роль нейропсихологии в образовании

Нейропсихология как область психологии.

Понятие высших психических функций (ВПФ). Принципы социогенеза, системного строения, динамической организации и локализации ВПФ. Принципы нейропсихологии Л.С. Выготского, А.Р. Лурии.

Этапы формирования произвольных действий у детей. Путь коррекционного обучения в соответствии с этапами.

2. Структурно-функциональная организация мозга. Структурно-функциональное строение письма:

- поддержание оптимального уровня бодрствования;
- переработка слуховой информации;
- переработка кинестетической информации;
- переработка зрительной информации;
- переработка зрительно-пространственной информации;
- серийная организация движений;
- программирование, регуляция и контроль деятельности

3. Факторы, влияющие на развитие

- более ранние задержки в развитии мозга влекут более грубые последствия (Л.С. Выготский)
- в ранние периоды развития мозг более пластичен (Kennard)

Взаимодействие факторов влияет на развитие:

Гены ↔ Мозговые структуры ↔ Функции ↔ Опыт

Влияние условий жизни на размеры коры мозга (эксперименты с крысами, Tryon, 1942 и др.). Взаимодействие среды и организма. Соотношение биологического и социального в формировании ВПФ. Развитие – самоорганизующийся вероятностный процесс.

Эпигенетический ландшафт Уоддингтона (1975). Неравномерность развития.

Возможности преодоления запущенности (Perry and Pollard, 1997, E. Knudsen, J.J. Heckman, J. Cameron, J. Shonkoff, 2006).

4. Подходы к обучению и коррекционной помощи

- Аналитический подход: атака слабости (Kirk, 1972, Reitan, 1980, Alfano, Finlayson, 1987); Коррекция с опорой на сильные (сохранные) звенья (Flynn, 1987, Симерницкая, Матюгин, 1991).
- Системный подход предложен Ахутиной Т.В. и Пылаевой Н.М. на основе теории формирования психических функций ребенка (Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин) и теории системной динамической организации функций (Л.С.Выготский, А.Р.Лурия).

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Обсуждение со слушателями вопросов:

как вы понимаете, что такое дифференциация и индивидуальный подход к обучению? Какие методы адекватны этой задаче?

- Разбор практических кейсов

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб: Питер, 2008. – 320 с.

Занятие 6. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. РАСстройства аутистического спектра.



ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с информацией о расстройстве дефицита внимания и гиперактивности у детей с сиротским опытом
- Познакомить с информацией о расстройствах аутистического спектра у детей с сиротским опытом
- Научить выбирать стратегии помощи детям с СДВГ/РАС

ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Профильный специалист по теме: нейропсихолог, клинический/специальный психолог, детский психиатр

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Особенности развития: ограничения со стороны физического и психического развития. Клинические проявления СДВГ. Врождённое расстройство.

Распространенность СДВГ: в мире, стране, регионе.

Невнимательность

Часто ребенок:

- неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности допускает ошибки.
- с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
- складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь
- оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением задач
- испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности
- избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения

- теряет вещи
- отвлекается на посторонние стимулы
- проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Гиперактивность

Часто ребенок:

- беспокойные движения в кистях и стопах
- сидя на стуле, крутится
- встает со своего места в ситуациях, когда нужно оставаться на месте
- проявляет бесцельную двигательную активность
- не может тихо, спокойно заниматься чем-либо на досуге
- находится в постоянном движении
- бывает болтливым.

Коморбидные расстройства

- нарушения поведения
- конфликтность, неприятности за счет импульсивности
- частое отторжение от коллектива сверстников, от старших
- высокий риск развития расстройства личности (асоциального, зависимого)
- трудности в обучении; часто сочетается со специфическими нарушениями учебных навыков (дислексия, дисграфия, акулькулия).

СДВГ – расстройство исполнительной функции. Дети с СДВГ знают, как надо себя вести, но НЕ знают, как это делать.

Стратегии помощи при СДВГ

Нельзя «починить» ребенка с СДВГ. Можно создать условия, в которых ребенок с СДВГ может успешнее учиться и жить.

Помогающие условия дома.

Помогающие условия в учебе.

2. Расстройства аутистического спектра. Синдром Аспергера

Особенности развития

- трудность имплицитного понимания социальных норм и правил,
- недостаточное развитие навыка распознавания своих и чужих эмоций, недостаточное развитие вербальных навыков,
- импульсивность, быстрые действия в некомфортной ситуации

- стереотипии, в т.ч. «застревание» на одной теме,
- не понимает переносных значений слов,
- нетерпимость к неопределенности, к изменениям правил,
- гиперактивность, дефицит внимания
- высокая сенсорная чувствительность, моторная неловкость,
- может нуждаться в общении, может нет

Объединяет всех детей с РАС:

- недостаточное развитие вербального навыка
- недостаток репертуара действий
- проблемы с самооценкой, т.к. им часто «достаётся» за поведение
- забывчивость, трудность в удержании длительной последовательности действий
- факультативное: не слышит; трудно себя регулировать; недостаток внутренней мотивации

Особенности поведения

- часто бывают невпопад, не кстати
- странное/ неадекватное поведение
- нарушают границы другого
- вычурная речь, «маленький профессор»
- взрываются на «пустом» месте
- говорят об одном и том же

Сильные стороны: хорошая память на факты; внимательность к деталям; увлеченность какой-либо областью; способность соблюдать четко сформулированные нормы и правила.

Опасности: травля, школьная неуспешность, депрессия, суициды.

Стратегии помощи при РАС

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Дискуссия: представления об СДВГ – что правда, а что миф?
- Дискуссия: представления о РАС – что правда, а что миф?
- Просмотр видео, иллюстрирующих поведение детей с СДВГ, РАС
- Решение практических задач, обсуждение стратегий поведения с ребенком с СДВГ дома, в школе
- Знакомство с техникой «шкалирование». Отработка навыка использования
- Знакомство с техникой «позитивное переформулирование». Отработка навыка использования
- Знакомство с техникой «подкрепление». Отработка навыка использования

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Никольская, О.С., Баенская, Е.Р., Либлинг, М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. — М.: Теревинф, 2007

Келли Миллер Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Рабочая тетрадь для детей. 60 способов помочь детям научиться управлять собой. — Вильямс, 2021. — 160 с.

Занятие 7. СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОПЫТОМ СИРОТСТВА

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить с различными проявлениями сенсорных нарушений у детей с сиротским опытом
- Научить выбирать эффективные стратегии поведения при различных проявлениях сенсорных нарушений у ребенка



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Специалист по сенсорной интеграции / клинический/специальный психолог

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Сенсорная обработка

Что влияет на сенсорную обработку:

- физиологические различия-травмы, нарушения анализаторов/рецепторов, различия в месторасположении рецепторов и линауровне структуры головного мозга
- травмы, стресс и эмоциональная дисрегуляция
- нервная система в состоянии «повышенной готовности» или «выключена»
- индивидуальные различия и разный опыт

Важна интеграция сенсорного опыта.

Эффективный процесс обработки сенсорной информации-поведение, соответствующее ситуации.

Последствия депривации:

- нарушение чувства безопасности
- сложности с регуляцией уровня активации и процессов внимания
- трудности в распознавании, регуляции и контроле базовых потребностей
- трудности формирования движений и действий (пракис)
- сложности определения сенсорных свойств предметов (регистрация, модуляция, дискриминация)
- трудности формирования понятий
- искажения при эмоциональном переживании сенсорного и двигательного опыта

Сложности обработки сенсорной информации:

- слишком сильно реагирует
- слишком слабо реагирует
- ищет ощущений
- сложности с различением ощущений

2. Сенсорное избегание

Может быть активная и пассивная стратегия

Что делать?

- даем много эмоциональной поддержки
- усиливаем ощущения от мышц, суставов или подключаем другие сенсорные системы
- организуем пространство так, чтобы не пришлось долго терпеть неудобства
- проводим десенсибилизацию
- включаем ощущения в малой дозе в игровой форме

Может помочь:

- стабильность и предсказуемый распорядок дня
- понятный план деятельности
- предоставление выбора
- структурированное и обедненное пространство
- организация среды с учетом особенностей ребенка
- обучение ребенка способам саморегуляции
- обучение ребенка коммуникативным стратегиям (говорить о своем состоянии)
- давать ребенку больше времени на решение повседневных задач

3. Сенсорный поиск

Причины:

- получение сенсорных ощущений
- регуляция состояния
- способ «заполнить паузу», когда нечем заняться

Аутоstimуляция – это только внешнее проявление. Анализируем:

- какие стратегии ребенок уже использует: ерзание, движение, жевание
- с какой сенсорной системой они связаны
- насколько это уместно

- какие «триггеры»
 - каких занятий ребенок избегает
- НЕ прекращайте поведение ребенка, НЕ заменив его чем-то другим

Ресурсные действия для саморегуляции ребенка:

- тактильные коробки
- спортивный комплекс
- полосы препятствий
- физические упражнения
- качели
- Гамак
- пить через трубочку
- делать себе массаж
- найти уединенное место
- поддержать руки под водой
- дуть на пальцы и ладони
- использовать тактильные игрушки, браслеты, подвески
- послушать музыку и звуки природы

4. Праксис

Сложности с праксисом:

- ребенок не подражает
- ребенок не понимает, что от него хотят
- ребенок делает зеркально
- ребенок повторяет действие, не понимая его смысл
- столкнувшись с проблемой, ребенок не пытается ее решить
- ребенок не пробует новое по своей инициативе
- ребенок отказывается от деятельности

Как помочь:

- простые весёлые и приятные игры
- визуальные планы и подсказки
- помогающая, подсказывающая среда
- моделирование и видеомоделирование
- «обучение без ошибок» - предоставлять ребенку много помощи и подсказок на этапе обучения действию. Постепенно снижать своё участие по мере обучения ребенка

- обучение способам решения проблем: попросить о помощи, спросить, попробовать по-другому, отдохнуть и попробовать ещё раз, посмотреть, как делает другой человек и т.п.

Оценка риска:

- ребенок умеет видеть риск

- понимает в чём именно риск

- может самостоятельно выработать стратегию, как избежать риска: решить задачу безопасно / отказаться от решения задачи / попросить о помощи

Сенсорные особенности ребенка влияют на качество его деятельности - Деятельность, которой занимается ребенок, влияет на его сенсорные особенности.

Зона ближайшего развития: если ребенок может делать что-то вместе со взрослым, через какое-то время он сможет делать это самостоятельно.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Знакомство с нарушениями в разных сенсорных системах. Заполняем таблицу

	Повышенная реактивность	Пониженная реактивность	Поиск ощущений	Трудности различения ощущений
Тактильная				
Зрительная				
Слуховая				
Проприоцептивная				
Вестибулярная				

- Решение практических задач: эффективное поведение при различных проявлениях сенсорных нарушений у ребенка:

1. Ребенок слабо реагирует на ощущения
2. Трудности в различении ощущений
3. Сложности в обработке сенсорной информации
4. Ребенок не может сконцентрироваться на деятельности
5. Ребенок быстро устает
6. Ребенку сложно переключаться с одной деятельности на другую
7. У ребенка скорость восприятия медленнее, чем скорость деятельности

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Шапиро М., Синкевич А., Арчакова Т. Практические рекомендации для замещающих родителей по созданию развивающей среды с элементами сенсорной реабилитации в домашних условиях своими силами. — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2021. — 44 с.: <https://clck.ru/3CroG7>

Занятие 8. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, СТРАТЕГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с особенностями двигательных нарушений (ДЦП)
- Познакомить с понятиями «абилитация» и «реабилитация», основными направлениями реабилитации
- Научить ставить задачи по развитию движения



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Специалист по реабилитации: физический терапевт, реабилитолог-эрготерапевт, врач ЛФК и т.п.

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Детский церебральный паралич (ДЦП)

Зонтичный термин, объединяющий целую группу состояний, видов нарушений и клинических форм.

Нарушение движений, способности поддерживать позу и двигательных функций, которые значительно ограничивают активность человека.

Возникает вследствие вмешательства, в процесс развития головного мозга, повреждения развивающегося головного мозга плода или младенца или неправильного формирования головного мозга.

Механизмы формирования ДЦП: взаимодействие когнитивного, перцептивного и двигательного в движении.

Международная классификация ДЦП.

Статистика сопутствующих нарушений: хроническая боль, нарушения интеллекта, невозможность самостоятельно ходить, паралитический подвывих или вывих бедра, эпилепсия, сложности поведения, невозможность говорить, питание через зонд/гастростому, нарушение сна, серьезные нарушения зрения, серьезные нарушения слуха.

История. Изменения представлений о ДЦП, о лечении, о жизни с ДЦП. Смещение фокуса внимания с болезни на жизнь с ДЦП.

2. Реабилитация и абилитация

Процессы, направленные на обеспечение того, чтобы люди с нарушениями смогли достигнуть и поддерживать оптимальный уровень физического, сенсорного, интеллектуального, психологического и/или социального функционирования.

- Традиционный подход – активность в специально модифицированной среде
- Функциональное обучение движению – направляемая активность в естественной среде.

Доказательно информированная практика - учитывает наилучшие из доступных доказательств, предпочтения и ценности клиента / пациента, клинические условия и ситуацию, знания и опыт клинициста.

Следовательно, изменяется позиция пациента / клиента / членов семьи и специалистов изменяется взаимодействие пациента / клиента / членов семьи и специалистов.

Необходимо учитывать особенности семейной системы при реабилитации ребенка.

Клиенто-центрированная практика.

3. Функциональная физическая терапия

С т.з. нейропластичности необходимо:

- включение движений, которые инициирует сам ребенок
- мыслительное и двигательное напряжение
- интенсивность тренировки
- не механически запоминаемое движение, а вариативное
- движение имеет значение для ребенка
- оптимальное использование нейропластичности зависит от возраста, интенсивности, специфичности и индивидуальных особенностей.

Система классификации больших моторных функций (GMFCS) и реабилитация / обучение движению¹.

¹ Е. Клочкова, АНО Физическая реабилитация, 2017

I	II	III	IV	V
Улучшаем качество движений Учим всему и даже больше, чем всему	Качество ходьбы (риск падений, скорость, выносливость, координация) Все навыки, для которых достаточно ходьбы Лазанье	Равновесие сидя Перенос веса на ноги сидя и стоя Ходьба Функция рук Двигательные переходы: с пола на стул, сидя-стоя, в / из ТСП Много активного самостоятельного движения	Двигательные переходы в горизонтальной плоскости Равновесие сидя Перемещение на коляске Ползание, перекаты С помощью: переходы в положение сидя, переход в положение стоя, пересаживание Функция рук – опора на руку!!!	Учимся переносить позу / определенные ощущения, связанные с позиционированием и перемещениями Подъем головы в положении на животе / частичная опора на предплечья Контролируемые или частично контролируемые перевороты Пересаживание с помощью Смена положения тела при утомлении Осознание тела Функции рук – для коммуникации, игры, управления электрической коляской ТСП

Большинство людей и родителей детей с ДЦП понимают под реабилитацией то, что специалисты делают с человеком. Так полезное для достижения результата время – это только время контакта со специалистом. Из-за этого родитель стремится увеличить время терапии.

Использовать нужно НЕ только время терапии, но и время покоя: дорога из школы, в школу, домашнее задание, перемены, на занятиях, еда, сон, свободное время, вечерняя программа.

- Полезное время — это не только время контакта со специалистом, но и правильно организованные ежедневные рутины
- Увеличение времени вмешательства до 24 часов в сутки
- Разделение ответственности за вмешательство между различными специалистами и ухаживающими

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Сравнение традиционной постсоветской реабилитации и функциональной реабилитации. Разбор практических кейсов
- Обсуждение в группе: на что опираемся при обучении движению? (*выбираем актуальное и реалистичное; необходимое с т.з. задач, стоящих перед ребенком, с т.з. родителей, «пропущенные», но важные навыки, уровень по Системе классификации больших моторных функций (GMFCS)*)
- Решение практических задач: по заданным условиям определить, какие задачи по развитию движения необходимо решить (с т.з. ребенка, с т.з. родителя)

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с.
2. Нэнси Р. Финни Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие. Книга для родителей / Пер. с англ, Ю. В. Липес, А.В Снеговской; Под ред. и с предис. Е.В Клочковой. – М. Теревинф. 2001. – 336 с.

Занятие 9. ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить с фетальными расстройствами алкогольного спектра (ФАС), их последствиями для ребенка с сиротским опытом
- Познакомить с различными вариантами помощи ребенку с ФАС



ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Невролог, разбирающийся в теме сиротства

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Эмбриональные (фетальные) расстройства алкогольного спектра – ФАСН (FASD)

Определение, содержание термина. Последствия у ребенка, мать которого пила во время беременности.

- Дисторфические особенности: небольшая голова, эпикантальные складки, плоская средняя поверхность лица, широкая переносица, небольшие глаза, короткий нос, узкая верхняя губа, нет желобка над верхней губой, недоразвитая челюсть. Просмотр фотографий.

Дисторфия происходит тогда, когда нормальный морфогенез прерван, создавая специфическую особенность, которая имеет определенную форму, размер или находится вне нормального диапазона развития.

Алкоголь - тератоген, который порождает дисторфию через вмешательство в развитие и функционирование нервной клетки, вызывает сдвиг в способности клеток к росту и выживанию, повышенное образование разрушающих клетки свободных радикалов, измененные траектории биохимических сигналов внутри клеток и измененную экспрессию некоторых генов и генетической информации.

Алкоголь влияет на эмбриональное развитие и функции нервной клетки разнообразными способами.

- Неврологические особенности: клинически существенные мозговые аномалии, судороги, др. неврологические признаки вне нормальных пределов.

Как и с окружностью головы, аномальные неврологические данные у младших детей могут быть наиболее прогнозируемым результатом аномального развития ЦНС, причиной которого стало внутриутробное воздействие алкоголя, а не влияние более поздних экологических факторов.

- Функциональные особенности ЦНС: обычно общее, а Неспецифическое повреждение мозга, раскрывающееся с ходом развития; особенности зависят от времени и модели воздействия (хроническое/эпизодическое употребление). Клинически существенные мозговые аномалии, заметные с помощью методов формирования изображения, (например, сокращение размера, или изменения формы мозолистого тела, мозжечка, или базального ганглия) по оценке надлежащим образом обученных профессионалов.

Примечание: ребенок может соответствовать критериям аномальности ЦНС для диагностики ФАС по структурным аномалиям, но при этом не демонстрировать очевидных функциональных дефицитов.

- Познавательные дефициты. Общие дефициты и задержки могут оставить ребенка в нормальном диапазоне развития, но ниже того, что ожидалось бы для его или ее окружающей среды и окружения.
- Дефициты организационных функций. Организационные функции — это умение поддерживать решение проблемы, чтобы достичь запланированной цели. Они включают в себя навыки управления своими действиями, планирования шагов и способности представлять, как будет выглядеть результат.
- Задержки или дефициты моторных функций. У индивидуумов с ФАС могут быть повреждены как грубые, так и тонкие моторные навыки. Зрительно-моторная/зрительно-пространственная координация — особенно уязвимые области функционирования. У младенцев часто наблюдается плохое сосание.
- Проблемы внимания и гиперактивности: похоже на СДВГ, но не соответствуют классическому образцу.

Хотя диагноз СДВГ и может быть применен, некоторые исследования показали, что проблемы внимания для детей с ФАС не соответствуют классическому образцу СДВГ. Дети с ФАС имеют тенденцию к затруднениям с кодированием информации и аспектами гибкости (изменения) внимания; тогда как дети с СДВГ типично показывают проблемы с фокусированием и поддержкой внимания. Может казаться, что индивидуумы с ФАС также демонстрируют гиперактивность, потому что их импульсивность может вести к росту уровней активности. Родители могли бы сообщить о непоследовательности во внимании у ребенка ото дня ко дню (например, дни, когда оно включено и дни, когда выключено).

- Проблемы социальных навыков. Проблемы организации, внимания и проблемы, связанные с развитием, описанные ранее, часто ведут к клинически существенным трудностям при взаимодействии для людей с ФАС с равными по положению и другими людьми. Из-за проблем с мысленными представлениями, индивидуумы с ФАС часто имеют проблемы социального восприятия или социальных связей, которые мешают им быстро понимать более тонкие аспекты человеческого взаимодействия. У индивидуумов с ФАС часто описывается последовательная трудность понимания последствий поведения или несоответствующего поведения.

Могут быть: сенсорные проблемы (осозательная оборона, словесная чувствительность и др.), прагматические проблемы языка (трудности с чтением выражения лица, плохая способность прогнозировать поведение других людей и др.), дефициты памяти (необходимость множества попыток, чтобы запомнить и др.),

затруднение в соответственной реакции на обычные методы воспитания (непонимание причинно-следственного порядка и др.).

Распространенность ФАС в мире, стране, регионе (статистика).

2. Диагностика

Проводят у младенцев с характерными симптомами, рожденными женщинами, которые злоупотребляли алкоголем во время беременности.

Ни один из физических или когнитивных признаков не является патогномичным (основным для постановки диагноза).

Меньшая степень употребления алкоголя вызывает меньше тяжелых проявлений, и диагностика легких случаев может быть затруднена из-за частичного выражения признаков.

Трудно отличить воздействие алкоголя на развивающийся плод от воздействия других веществ (например, табака, иных наркотических средств) и факторов (например, плохого питания, отсутствия медицинской помощи, насилия), с которыми сталкиваются женщины, потребляющие чрезмерные количества алкоголя.

Функциональные дефициты диагностируются профессионалами с помощью стандартизированного нейропсихологического тестирования (проблема с доступностью). Можно прибегать к тестированию в программах раннего вмешательства, в школах, диагностических центрах, у частных психологов.

3. Помощь детям с ФАС

Не существует лечения ФАС. Поддерживающая терапия должна включать в себя надлежащее стимулирование и заботливое окружение.

Устойчивые и заботливые отношения между основным взрослым и ребенком.

Обучение родителей. Чему и как обучать. Непрерывное образование.

Обучение педагогов. Умение распознавать признаки ФАС. Применение методов обучения, учитывающих особенности детей с ФАС.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Просмотр фотографий, иллюстрирующих внешние проявления ФАС
- Разбор кейсов. Обсуждение путей помощи детям с ФАС в раннем возрасте

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Каздин Алан Трудный ребенок. Как справиться с ним и с собой. – М, 2015

Фелан Томас Магия на 1-2-3. Как перестать срывать на ребенка и начать общаться спокойно и с удовольствием. – Эксмо, 2019.

ЗАНЯТИЕ 10. ТРУДНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА



ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с причинами трудного поведения приемного ребенка
- Научить выбирать эффективную стратегию общения с приемным ребенком с трудным поведением

ВЕДУЩИЙ

Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Эмоциональная привязанность

Понятие эмоциональной привязанности. Теория привязанности: от Боулби до моделей Мэри Мэйн и Патриции Криттенден. Современные исследования привязанности. Типы привязанности в рамках динамической модели Патриции Криттенден. Отечественные исследования привязанности (Н.Л. Плешкова, Р.Ж. Мухамедрахимов и др.).

Значение привязанности.

Проявление привязанности у взрослого, ребенка. Поведение следования.

Возможные причины отсутствия поведения следования у ребенка:

- органические и функциональные поражения ЦНС
- соматическое (физическое) неблагополучие
- особенности развития эмоционально-волевой сферы
- нарушение систем приема и переработки информации
- нарушения развития навыков взаимодействия и коммуникации
- травмирующие события и их последствия (ПТСР)
- травмирующие отношения

Привязанность – это отношения. Каждому (и ребенку, и взрослому) нужно получить опыт, чтобы «играть свою роль» в отношениях. Опыт: утешение, удовольствие от общения, совместного внимания, согласованности действий.

2. Нарушение привязанности

Задержка развития способностей ребенка, необходимых для того, чтобы быть вовлеченным в отношения. Возможные причины:

- слишком высокий или слишком низкий уровень активности, нарушения в поддержании оптимального уровня возбуждения
 - трудности в подборе уровня стимуляции, способствующего расслаблению/успокоению и концентрации внимания
 - изменение порогов сенсорной чувствительности: низкая или высокая чувствительность к стимуляции, сбои в фильтровании сенсорной информации
 - отсутствие или низкая способность инициирования и управления взаимодействием (снижение числа или запаздывание в появлении улыбки, вокализаций, комплекса оживления, цепляния, фиксированного взгляда, жестов, имитаций)
 - «плохая отзывчивость» на инициативу и поведение взрослого: быстро утомляется, истощается, пресыщается, перевозбуждается
 - нарушения в системе приема и обработки информации
 - сенсомоторная дискоординация
 - нарушения управляющих функций (планирование и контроль).
- «Беспроводная» коммуникация.

3. Построение отношений

Помощь в построении отношений с ребенком: быть вовлеченным и быть активным.

- Система аффективного взаимообмена придает смысл взаимодействию.
- Работа ведется одновременно на многих уровнях (в соответствии с возможностями и зоной ближайшего развития ребенка).
- Взаимодействие на уровне, которым ребенок уже овладел, приносит больше взаимного удовольствия – начинайте с него, а не с проблемного!

6 базовых умений, на которых «держатся» отношения:

- саморегуляция и интерес к окружающему миру
- контакт и общение
- преднамеренность и двусторонняя (обоюдная) коммуникация
- решение социальных задач, формирование самосознания и регуляция настроения
- формирование символов и использование слов и понятий
- эмоциональное мышление, логика и чувство реальности, построение «мостов» между идеями

Индивидуальные особенности — уникальные факторы, влияющие на траекторию развития, переработку информации и саморегуляцию:

- природные биологические особенности: биомедицинские, генетические, эпигенетические
- особенности развития центральной нервной системы:
 - индивидуальные возможности для обработки слуховой, зрительной, пространственной информации,

- планирование моторной деятельности,
- модуляция и последовательности воспринимаемой сенсорной информации,
- управляющие функции головного мозга

4. Понятие саморегуляции

- Распознавание, мониторинг и управление внутренними состояниями (например, стресс, энергия, эмоции) для достижения и поддержания оптимального уровня биологического, эмоционального и когнитивного возбуждения (Diamond, 2013; Eisenberg et al., 2007).
- Закладывает основу для того, чтобы люди могли быть активными и вовлеченными во взаимодействие, управлять вниманием и учиться, быть целенаправленными.

Почему важно развивать саморегуляцию.

- Саморегуляция является сильным предиктором как академического, так и социального успеха (Blair & Diamond, 2008; Blair & Razza, 2007).
- Примерно 80% детей с нарушениями развития также имеют проблемы с саморегуляцией (Cantwell & Baker, 1991; Prizant et al., 1990).

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Просмотр видео на тему эмоциональной привязанности. Например: видеофрагменты теста «Незнакомая ситуация» (М.Эйнсворт); «Дорога домой» (Россия, 2005); короткометражный фильм «Проверка» (Россия, 2014)
- Для самостоятельного просмотра рекомендованы: Мачеха (СССР, 1973); Emotional deprivation in Infancy (Rene Spitz 1952); эксперименты Гарри Харлоу с обезьянами (1950-е годы)
- Разбор ситуативных задач:
 - 1) Трудное поведение, сложности адаптации – как результат не установленной привязанности
 - 2) Сложности с обучением из-за не установленной привязанности
 - 3) Одновременно привязанность и сепарация у приемного подростка 15 лет, возможные маршруты

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Корзун А., Синкевич А., Маликова А. Рабочая тетрадь для родителя приемного ребенка с трудным поведением. — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2023.
— 44 с.:
<https://otkazniki.ru/library/dlya-prinimayushchikh-roditeley/rabochaya-tetrad-dlya-roditeley-priemnykh-detey-s-trudnym-povedeniem//>

Приемный ребенок: как понять и помочь. Практические рекомендации для педагогов:
<https://otkazniki.ru/upload/medialibrary/232/hfny9i64353brl9dp608geqxe0rvhp8k.pdf>

Видеозапись вебинара «Упражнения для помощи родителям, которые воспитывают приемных детей с трудным поведением»: <https://www.youtube.com/watch?v=e4gutf88s08>

Видеозаписи цикла вебинаров «Дети с трудным поведением: онлайн-школа для приемных родителей»:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL3bJAIEpYRFXHVDZIUg-zq8bzRQ806wa>

ЗАНЯТИЕ 11. ВЫСТРАИВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА РЕБЕНКА С ОВЗ

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с разнообразием образовательных возможностей у детей с ОВЗ/инвалидностью
- Научить выбирать образовательный маршрут для приемного ребенка с ОВЗ/инвалидностью



ВЕДУЩИЙ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Педагог, работающий в системе коррекционного, адаптивного образования и/или опытный замещающий родитель, воспитывающий ребенка / детей с ОВЗ / инвалидностью

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. «Ребенок с инвалидностью», «ребенок с ОВЗ»

Разница между понятиями.

Дети с ОВЗ — это дети, статус которых определяется психолого-медико-педагогической комиссией (ЦПМПК). Эти дети могут не иметь официального статуса инвалидности, но при этом нуждаются в особых условиях для получения образования из-за определенных особенностей или потребностей.

Значение ЦПМПК: создание адаптированной образовательной программы, выбор вариантов учебного заведения, помощь специалистов, выбор сдачи ОГЭ, ГВЭ в 9-м классе; разработка индивидуального образовательного маршрута (ИОМ) в школе.

Оформление документов для ЦПМПК:

- необходимо подготовить различные документы для направления ребенка в ЦПМПК (медицинские справки, заключения психологов, логопедов и др. специалистов, личные характеристики из образовательных учреждений и др.
- заявление родителя/законного представителя на имя комиссии
- согласие родителей/законных представителей ребенка
- необходимо соблюдать определенные сроки при подаче документов, чтобы обеспечить своевременное рассмотрение вопроса.

Дети с инвалидностью — это дети, имеющие конкретные медицинские диагнозы и ограничения, которые дают им право на обучение по адаптированным программам. Статус ребенок-инвалид можно получить после прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Сложности детей с сиротским опытом: в настоящее время государственные структуры не учитывают потребности приемных детей, если у них нет явных соматических заболеваний или диагностированных нарушений. В результате этого дети, нуждающиеся в поддержке, могут оставаться без необходимой помощи, потому что их потребности как особенные потребности не рассматриваются.

2. Выбор образовательного маршрута

Ценовые / неценовые образовательные программы.

Выбор организации:

- средняя общеобразовательная школа (СОШ) (инклюзия, ассистент, ИОМ, специалисты)

– специальная школа (небольшие классы, специальные программы, специальная образовательная среда)

Индивидуальный образовательный маршрут (ИОМ) разрабатывается в соответствии с индивидуальными особенностями и потребностями ребенка, с учетом мнения педагогов, родителей, ребенка. ИОМ важно регулярно проверять и корректировать в соответствии с изменениями в состоянии ребенка и его достижениями.

Выбор формы: очная, очно-заочная, надомная (заключение врача), семейная (ответственность родителей).

Понятие «инклюзия», инклюзивное образование. История развития в мире, стране, регионе.

Возможности обучения ребенка с ОВЗ в инклюзивной среде. Достоинства и риски обучения в инклюзивном классе.

Отношение общества к детям с ОВЗ. Тенденции и перспективы.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Обсуждение вопросов: В чем разница понятий «инвалидность», «ОВЗ»? Как получить статус «ребенок-инвалид» и статус «ребенок с ОВЗ»? Что такое группа здоровья? Кто определяет группу здоровья? Для чего проходить ЦПМПК?
- Обсуждение сложностей, с которыми сталкиваются замещающие родители в контексте учебы приемного ребенка (сложности при выполнении домашнего задания, трудное поведение, рассеянное внимание и т.д.)
- Разбор случаев из практики. Можно использовать примеры из пособия «Как выстроить образовательный маршрут приемного ребенка: практические рекомендации» (см. Полезные материалы, с. 25-62)

ПОЛЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Арчакова Т.О., Аруцева Е.С., Синкевич А.Ю., Заблоцкис Е.Ю., Шкурова Н.С. Как выстроить образовательный маршрут приемного ребенка: практические рекомендации.

– М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2020. – 96 с.:
<https://otkazniki.ru/upload/medialibrary/f71/fd1ca97qw71uejldbj1pnw8i5b1oqs3u.pdf>

ЗАНЯТИЕ 12. ПОДГОТОВКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА С ОВЗ. СОПРОВОЖДАЕМОЕ ПРОЖИВАНИЕ



ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

- Познакомить слушателей с особенностями периода подготовки приемного ребенка к самостоятельной жизни
- Познакомить с технологией сопровождаемого проживания

ВЕДУЩИЕ

1. Специалист, хорошо знакомый с темой замещающего родительства и особенностей детей с сиротским опытом: психолог, клинический / специальный психолог, ведущий общего курса ШПР
2. Специалист по сопровождаемому проживанию

ТЕОРИЯ

2.5 ЧАСА

1. Сопровождаемое проживание

Стационарзамещающая форма проживания людей с инвалидностью малыми группами в условиях, максимально приближенных к домашним.

История вопроса в мире, России: от интернатов к сопровождаемому проживанию.

Практики сопровождаемого проживания в международном и российском опыте.

Сопровождаемое проживание в России, регионе сейчас. Статистика. Нормативное закрепление. Преобладание тренировочного характера над формой постоянного проживания. Путаница в понятиях «сопровождаемое проживание» и «интернатное проживание открытого (малокомплектного) типа».

Отличия сопровождаемого проживания:

- малая численность (до 7 человек)
- домашняя обстановка (в доступе возможность готовить, стирать, осуществлять гигиенические процедуры, проводить досуг, принимать гостей и пр.)
- социальные, медицинские, образовательные услуги вне места проживания
- сопровождение оказывается в необходимом объеме исходя из потребностей клиента
- сопровождаемое проживание предполагает наращивание социальных компетенций клиента с возможностью изменения формы проживания.

Формы сопровождаемого проживания

Учебная (тренировочная) форма с круглосуточным сопровождением	Постоянная форма с круглосуточным сопровождением	Постоянная форма с дневным сопровождением	Сопровождение на дому с периодическим сопровождением
---	--	---	--

Целевые группы:

- Бывшие воспитанники и проживающие в ДДИ и ПНИ
- Выросшие в кровных семьях взрослые с ментальными особенностями здоровья

2. Оценка компетенций ребенка перед совершеннолетием

Самообслуживание: навыки гигиены; навыки ведения домашнего хозяйства (стирка, уборка, готовка); умение обращаться в службы; навыки заботы о своем здоровье.

Финансовая грамотность: навыки планирования бюджета; умение проводить необходимые платежи.

Образование: навыки счета, письма, чтения; наличие профессиональных компетенций.

Коммуникация: стратегии поведения в конфликте; сформированность круга социальных контактов; сформированность социального ролевого репертуара.

Безопасность: безопасность в быту (двери, окна, газ и пр.); безопасность в общении (умение оценивать рискованные ситуации, умение обращаться за помощью, умение предохраняться от ЗППП и пр.); юридическая безопасность.



3. Формы сопровождения замещающими семьями

- продленное «детство»
- тренировочное проживание (периоды самостоятельности)
- сопровождение на дому

Как сохранить отношения с выросшими, но несамостоятельными детьми:

- корректировка стиля воспитания
- соблюдение договоренностей со стороны родителя, последовательность
- осторожное использование ресурса власти
- прямое и открытое обсуждение тревожащих вопросов
- понимание, что опыт формируется на ошибках
- понимание, что регресс неизбежен
- дети не обязаны соответствовать.

ПРАКТИКА

1 ЧАС

- Дискуссия: чем отличается сопровождаемое проживание от интернатного проживания? Разбор примеров.
- Знакомство с опытом организаций сопровождаемого проживания. Например: «Ясная квартира» БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Специалисты, чьи материалы легли в основу Воркбука:

- **Горленко Мария Викторовна** - детский психиатр, врач высшей категории.
- Ключкова Екатерина Викторовна - педиатр; детский невролог; врач лечебной физкультуры и спортивной медицины; физический терапевт, директор АНО «Физическая реабилитация».
- **Лычинская Мария Сергеевна** - специалист по сенсорной интеграции, психолог, старший специалист Сенсорно-двигательного зала «Шалтай-Болтай».
- **Маричева Анна Михайловна** - клинический психолог, системный семейный психотерапевт, специалист Института интегративной семейной терапии (Москва), сертифицированный преподаватель метода генограммы в семейной терапии.
- **Матвеева Екатерина Юрьевна** – кандидат психологических наук, нейропсихолог, старший научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.
- **Примакова Анастасия Евгеньевна** - кандидат медицинских наук, детский невролог, специалист по работе с детьми нарушениями развития.
- **Синкевич Алена Юрьевна** - клинический психолог, руководитель проекта «Близкие люди» БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».