

**Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры для детей,
нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОРРЕКЦИИ»**

**Психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих детей дошкольного
возраста**

Методические рекомендации

**Составитель:
педагог - психолог
информационно-методического
отдела М.В. Цыгановская,
методист
информационно-методического
отдела Н.С. Охочинская**

**г. Ханты-Мансийск
2012г.**

Содержание

Введение.....	3
1. Основные аспекты психолого-педагогического сопровождения часто болеющих детей.....	5
1.1. Концепция и технологии комплексного сопровождения в дошкольном образовательном учреждении часто болеющих детей.....	8
1.2. Часто болеющий ребенок в семье и коррекция детско - родительских отношений.....	22
2. Психологические проблемы соматически больных детей.....	26
2.1. Личностные особенности часто болеющих детей.....	31
2.2. Особенности межличностного взаимодействия соматически больных детей.....	34
2.3. Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у часто болеющих детей.....	36
3. Система психолого-педагогического сопровождения часто болеющих детей.....	55
3.1. Лекотека.....	56
3.2. Программа «Здоровье» (В.Г. Алямовская).....	62
Приложение.....	69
Приложение 1.....	69
«Как помочь ребенку преодолеть тревожность» (рекомендации для родителей тревожных детей)	
Приложение 2.....	72
«Рекомендации по стабилизации (выравниванию) микроклимата в семье. Роль семьи в воспитании ребенка»	
Приложение 3.....	73
Гимнастика для детей дошкольного возраста	
Приложение 4.....	77
Рекомендации для воспитателей по коррекции детско-родительских отношений	
Приложение 5.....	79
«Памятка в помощь воспитателю для работы с родителями»	
Приложение 6.....	84
«Показатели психического развития детей» (Г.В. Пантюхина)	
Список литературы.....	89
Глоссарий.....	92

Введение

Плохое здоровье детей дошкольного возраста - сравнительно новая беда нашего времени. Но в настоящее время диагноз «Часто болеющий ребенок» знаком, к сожалению, многим.

Резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков на сегодняшний день отмечается многими исследователями проблемы (А.А. Баранов, ММ. Безруких, СП. Ефимова, Н.И. Быкова, Л.А. Кожевникова и мн. др.).

Так, в национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70-75%, а 15-20% имеют хронические заболевания. И часто болеющие дети (ЧБД), таким образом, являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медико-психолого-педагогической поддержке.

В целях повышения качества жизни и здоровья детей, создания благоприятных условий для их комплексного развития и жизнедеятельности, на основании Закона Российской Федерации от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» Правительство Ханты-Мансийского автономного округа – Югры утвердило целевую программу Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Дети Югры» на 2011-2013 годы. Так в разделе 1 данной целевой программы можно увидеть особенности организации детской оздоровительной кампании 2010 года:

- применение технологий оздоровления детей на базе учреждений здравоохранения в г. Нефтеюганске: методика лечебного плавания для слепых и слабовидящих детей; школа для часто болеющих детей «Крепыш»; в г. Покачи: пенно – солодковые ванны при заболеваниях нервной системы; электрофорез цинка и серы при дисбактериозах; инфракрасный лазер при бронхолегочной патологии; г. Нягань: сухие углекислые ванны, «альфакапсула» и др.

Возраст часто болеющих детей, охваченных современными исследованиями, ограничен дошкольным детством (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, А.А. Михеева). Отчасти это обусловлено тем, что часто болеющие дети считаются возрастным феноменом: к 8-9 годам их количество резко сокращается (Н.В. Михайлова, А.А. Михеева и др.). Но происходит это не потому, что дети перестают болеть, а потому, что к этому возрасту они приобретают одно или несколько хронических заболеваний и переходят в другую нозологическую категорию.

Цель метод рекомендаций

Переделать на деловой язык

Методические рекомендации будут одинаково интересны и полезны как специалистам, работающим в образовательных учреждениях с детьми дошкольного возраста, так и родителям, беспокоящимся о своих детях.

Причем, специалисты оценят предложенные системы психолого-педагогического сопровождения, методы коррекции эмоциональных нарушений, а родители, основываясь на полученных знаниях, помогут своему ребенку справиться с учебной и психологической нагрузкой.

К тому же, эти методические рекомендации помогут родителям увидеть, какую часть проблем они могут решить самостоятельно, и какую, вместе с педагогами в образовательном учреждении.

1. Основные аспекты психолого-педагогического сопровождения часто болеющих детей.

На сегодняшний день в науке существует два близких по смыслу термина «психолого-педагогическое сопровождение» и «психолого-педагогическая поддержка» (некоторые авторы выделяют отдельно понятия «педагогическая поддержка», «психологическая поддержка», «психологическое сопровождение», «педагогическое сопровождение»).

Рассмотрим различные подходы к определению этого понятия.

Понятие «педагогическая поддержка» ввел в современную отечественную педагогику О.С. Газман [4]. Понятие «педагогической поддержки» у О.С. Газмана – это процесс совместной работы обучаемого с преподавателем для определения собственных интересов, целей, возможностей и путей решения проблем (преодоления препятствий), мешающих обучаемому на пути его развития при сохранении человеческого достоинства и при самостоятельном достижении желаемых результатов в обучении, самовоспитании, общении, образе жизни.

Дальнейшее развитие это понятие получило в работах Н.Б. Крыловой рассматривающей «педагогическую поддержку» как оказание помощи детям в решении их проблем в условиях учебного заведения, успешной социализации.

Пути педагогической помощи воспитаннику были в центре внимания ряда исследователей: А.А. Вербицкого, В.В. Давыдова, Б.П. Никитина, Н.Е. Щурковой и др., предлагающих гибкие изменения традиционных форм и способов педагогической деятельности, позволяющих не «воздействовать» или «влиять», а поддерживать развитие личности. Считаем, что такой подход продуктивен.

«Психологическая поддержка» рассматривается в трудах А.А. Бодалева – как условие для создания доброжелательного психологического климата, А.Г. Асмолова – как содействие ребенку в его развитии, А.В. Мудрика – как помощь в социальном воспитании, О.С. Газмана – как поддержка ребенка в индивидуальном развитии, в самореализации, Т.А. Мерцалова – как помощь в самопознании.

В работах Е. Александрова, В.К. Зарецкого, И.Ю. Шустовой отмечается роль психолого-педагогической поддержки в процессе самоопределения и самоанализа.

Проблемам «психологической поддержки» уделяли внимание зарубежные психологи и педагоги. Особый вклад в разработку этого понятия внесли А. Байярд, Р. Бернс, Т.Г. Гордон и др. Они утверждали, что у любого человека есть возможности для позитивного и конструктивного развития, что источник и внутренние силы личностного роста находятся внутри человека, а не во вне.

Н.Б. Крылова выделяет педагогический (решение задач обучения и воспитания), психологический (проблемы внутреннего роста и идентификации личности) и нравственный (решение нравственных противоречий) виды сопровождения и связывает его с процессами содействия: сочувствием, сопереживанием, сотрудничеством, которые помогают личности на пути саморазвития.

В современной российской науке психолого-педагогическое сопровождение рассматривается в исследованиях Г. Бардиера, М.Р. Битяновой, Э.Ф. Зеера, Н.Л. Коноваловой, И. Ромазана, Е.В. Руденского, Л.Г. Субботиной, С.Н. Чистяково, Т.М. Чурековой.

Интересен подход, предложенный Э.Ф. Зеером. Под понятием «психологическое сопровождение» Э.Ф. Зеер понимает целостный процесс изучения, формирования, развития и коррекции профессионального роста личности педагога[8].

А.К. Маркова выделила 4 этапа в основе любого процесса сопровождения: диагностика, информация о методах решения проблемы, консультация на этапе принятия решения, помощь на этапе реализации.

При этом структура сопровождения, естественно, циклична, поскольку каждый этап профессионализма по А.К. Марковой является ступенью к достижению более высоких результатов, что доказывает бесконечные возможности роста педагогического мастерства воспитателя группы.

В словаре русского языка С.И. Ожегова дается следующее определение: «Сопровождение - следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, ведя куда-нибудь или идя за кем-нибудь».

Отсюда психологическое сопровождение профессионального становления — это движение вместе с изменяющейся личностью, рядом с ней, своевременное указание возможных путей, при необходимости — помощь и поддержка.

В концепции, разработанной Н.С. Пряжниковым, С.Н. Чистяковой, находим особое подтверждение необходимости рассматривать педагогическое сопровождение как особую форму деятельности преподавателя, направленную на взаимодействие по оказанию помощи сопровождаемому в процессе его личностного роста, выборе способов поведения, принятии решений.

Проблема психолого-педагогического сопровождения развития личности представляется как система профессиональной деятельности педагога, направленная на создание условий для успешного обучения и психологического развития личности и как основа взаимодействия субъектов воспитания и обучения при решении проблем, связанных с процессом образования. Деятельность педагога разнообразна по своим функциям и содержанию. Она предполагает овладение разнообразными профессиональными умениями: гностическими, конструктивными, коммуникативными, организаторскими, специальными умениями.

Результатом психолого-педагогического сопровождения – поддержки профессиональной деятельности должно стать развитие и саморазвитие личности педагога, реализация его психолого-педагогических способностей, знаний, умений, усилий педагогов различной направленности, навыков, обеспечение профессионального самосохранения, удовлетворенность трудом и повышение эффективности профессиональной деятельности.

1.1. Концепция и технологии комплексного сопровождения в дошкольном образовательном учреждении часто болеющих детей.

Сопровождение - это система профессиональной деятельности, направленная на создание социально-психологических условий для успешного воспитания, обучения и развития ребенка на каждом возрастном этапе.

Комплексное сопровождение в ДООУ – система профессиональной деятельности “команды” специалистов, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития каждого ребенка, независимо от уровня его способностей и жизненного опыта, в конкретной социальной среде.

Концепция развития ДООУ предполагает разностороннее, полноценное развитие ребёнка, формирование у него, универсальных, в том числе творческих способностей до уровня, соответствующего возрастным возможностям и требованиям современного общества.

В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений в системе дошкольного образования является поиск путей, обеспечивающих интеграцию образовательного процесса, ориентированного на развитие личности и предусматривающего в своей основе лично-ориентированную модель образования. Это предполагает существование между взрослыми и детьми отношений сотрудничества и партнерства, нацеливает работников образовательных учреждений на творческое отношение к своей

деятельности, формирует у них потребность к постоянному саморазвитию и самостановлению.

В детском саду образовательный процесс должен строиться вокруг ребенка, обеспечивая своевременное формирование возрастных новообразований детства, развитие компетентности, самостоятельности, творческой активности, гуманного отношения к окружающим, становление личностной позиции, получение ребенком качественного образования как средства для перехода на последующие возрастные ступени развития, обучения и воспитания.

Основные задачи ДОУ:

- Охрана жизни и укрепление здоровья детей;
- Обеспечение интеллектуального, личностного и физического развития детей;
- Осуществление необходимой коррекции отклонений в развитии ребенка;
- Приобщение детей к общечеловеческим ценностям;
- Взаимодействие с семьей для обеспечения полноценного развития ребенка.

Решение современных задач дошкольного воспитания является сложной многогранной проблемой, подходы к которой не могут быть исчерпаны даже проверенными многолетней практикой, методами и приемами. Это связано с рядом объективных обстоятельств, прежде всего с тенденцией к широкому внедрению разных вариантов интеграции детей с проблемами в развитии и усовершенствованием диагностики, лечения, коррекции, обучения, воспитания. В этой связи все большую значимость приобретает технология психолого-педагогического, медико-социального сопровождения развития ребенка. Специфика сопровождения ребенка в ДОУ такова, что весь коллектив сотрудников участвует в создании условий для благоприятного развития дошкольников. Работая в идеологии “команды” каждый ее специалист выполняет свои четко определенные цели и задачи в области своей предметной деятельности.

Работа психологической службы в ДОУ.

Психолого-педагогическое сопровождение сегодня является не просто суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей работы с детьми, но выступает как комплексная технология, особая культура поддержки и помощи ребенку в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации.

Под моделью деятельности психологической службы в ДОУ понимается последовательность организационных форм работы педагога-психолога (с воспитателями, родителями и детьми), обеспечивающая комплексное сопровождение психологического развития ребенка в детском саду и координацию усилий всех участников образовательного процесса.

Так:

- Профилактика – это одно из основных направлений деятельности, которое позволяет предупредить возникновение тех или иных проблем. Особенность профилактики в дошкольном возрасте заключается в опосредованности воздействия на ребенка через родителей и воспитателей.
- Диагностика (индивидуальная, групповая). Учитывая возрастные особенности, а так же цели и задачи психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в дошкольном учреждении.
- Консультирование (индивидуальная, групповая) ,осуществляется как правило по заявленным проблемам как с педагогами, так и с родителями.
- Развивающая работа (индивидуальная, групповая).
- Коррекционная работа (индивидуальная, групповая).
- Психологическое просвещение и образование: формирование психологической культуры, развитие психолого-педагогической компетентности, администрации образовательных учреждений, педагогов, родителей.
- Экспертиза (образовательных и учебных программ, проектов, пособий, образовательной среды, профессиональной деятельности специалистов образовательных учреждений).

Направления работы по психолого-педагогическому сопровождению.

В настоящее время насчитывается пять основных моделей работы педагога -психолога в ДОУ:

I модель: Позиция психолога — «сторонний наблюдатель» за происходящим в детском саду, основная функция — консультативная (информативная и диспетчерская).

II модель: Позиция психолога — «фасилитатор» («тот, кто облегчает») взаимодействия других участников образовательного процесса, основные функции — диагностическая и консультативная .

III модель: Позиция психолога — «активное включение», основные функции — диагностическая, коррекционная и профилактическая .

IV модель: Позиция психолога — «ведущий». Модель включает работу с педагогическими установками и позицией педагогических сотрудников и администрации ДОУ в целях обеспечения комплексного сопровождения образовательного процесса. Функции психолога — диагностическая, коррекционная, профилактическая и пропедевтическая.

V модель: Позиция психолога — «исследователь». Объектом исследования психолога является образовательный процесс, организуемый в соответствии с целями и задачами развития ребенка, вклада всех участников образовательного процесса в создание условий для развития ребенка. Функции психолога — диагностическая, профилактическая и пропедевтическая, организационно-просветительская, коррекционно-развивающая.

Исходя из возможных моделей, определяются непосредственные задачи работы педагога-психолога в детском саду:

1. Задачи взаимодействия педагога-психолога и воспитателей ДОУ. Взаимодействуя с воспитателями ДОУ, психолог:

- знакомит воспитателей с психологическими теориями и исследованиями в области обучения детей;
- дает психологическое обоснование дидактических принципов обучения;

- разрабатывает совместно с воспитателями, дефектологами, логопедами и специалистами по изобразительной, музыкальной, физической и другим видам деятельности развивающую программу обучения детей;
- обсуждает и формулирует психологические требования к развивающей предметной, игровой и учебной среде;
- готовит педагогов к профессиональной рефлексии в процессе образовательной работы с детьми;
- обеспечивает воспитателей необходимым простейшим диагностическим инструментарием для изучения умственного и эмоционального развития детей, их личностного роста в процессе обучения;
- принимает участие в разработке и внедрении новых педагогических технологий, осуществляя проектировочную и диагностически-контрольную функцию за развитием детей в условиях инновационного процесса;
- по заказу администрации проводит контроль за общением педагогов с детьми в процессе обучения, разрабатывает индивидуальные модели развивающего взаимодействия с детьми и обучает педагогов;
- проводит диагностику развивающего, воспитательного и обучающего потенциала педагогического коллектива;
- формирует у педагогов мотивационную основу творческой работы с детьми, с помощью тренингов профессионального и личностного роста у воспитателей формирует высокий уровень их компетентности в осуществлении образовательного процесса в детском саду;
- разрабатывает психологические основы оптимальной стратегии действий педагогов в целях развития, воспитания и обучения детей с различными отклонениями в развитии, взаимодействия детей и воспитателей;
- осуществляет координацию усилий всех участников коррекционно-развивающего процесса для обеспечения системного и комплексного подхода к развитию, воспитанию и обучению детей.

2. Задачи взаимодействия педагога-психолога и родителей воспитанников ДОУ.

В работе с родителями психолог:

- осуществляет просвещение по вопросам развития и воспитания детей;
- решает по их просьбе частные проблемы ребенка в обучении и подготовке его к школе, разрабатывает для родителей индивидуализированные программы их занятий с ребенком в домашних условиях;
- проводит по их просьбе индивидуальную диагностику умственного развития ребенка, его специальных способностей (например, сенсомоторики, пространственного ориентирования, математических представлений и др.);
- проводит диагностику эмоционального, воспитательного и терапевтического потенциала семьи;
- обеспечивает психологическую поддержку родителей, имеющих детей с проблемами в развитии, и их близких;
- проводит подготовку интеграционных процессов со стороны семей, имеющих нормально развивающихся детей;
- обеспечивает социально-психологические условия интеграции семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, в общество.

3. Задачи взаимодействия педагога-психолога и воспитанников ДОУ

С детьми психолог:

- проводит дифференциальную психологическую диагностику с целью выявления уровня психологического здоровья детей и психологической структуры нарушения;
- проводит диагностику индивидуальных особенностей детей с отклонениями в развитии с целью обеспечения индивидуального подхода и разработки оптимальной стратегии корректирующего воздействия;
- проводит диагностику уровня достижений детей в учебной деятельности и на основе ее строит систему помощи ребенку;
- проводит развивающие групповые и индивидуальные занятия по просьбе

воспитателя, затрудняющегося самостоятельно решить какую-либо обучающую проблему;

- оказывает помощь детям в овладении учебными навыками и умениями, в развитии их саморегуляции и самоконтроля на занятиях воспитателя, логопеда, дефектолога и т. д.;
- готовит детей подготовительных групп к школе по специально разработанной диагностической программе;
- проводит диагностику динамики изменений в психофизическом сенсорном и личностно-социальном развитии ребенка при реализации целостного коррекционно — развивающего процесса;
- охраняет психику ребенка от дидактогенных отрицательных воздействий, обеспечивает контроль за соблюдением прав ребенка в полноценном, эмоционально комфортном обучающем воздействии, создает в коллективе сотрудников детского сада нетерпимость по отношению к насилию и принуждению детей в процессе их обучения.

Работа с педагогическим коллективом ДОО и родителями воспитанников в логике комплексного сопровождения психологического развития ребенка (IV, наиболее распространенная, модель) предполагает, что педагог-психолог будет выступать в качестве координатора и катализатора взаимодействий всех участников образовательного процесса в ДОО.

Поэтому, с самых первых шагов своего пребывания в детском саду, психолог должен рассказать коллективу и родителям о своих функциях и задачах, дать представление о том, какую помощь он может оказать.

Необходимо разъяснить, что детская психология не является отраслью медицины — она занимается изучением закономерностей нормального развития ребенка, и основная задача психолога состоит в обеспечении такого развития, в создании необходимых для этого условий:

- организации деятельности всех участников образовательного процесса в системе индивидуального психологического сопровождения ребенка; работы с педагогическим коллективом ДОО и родителями в логике

комплексного психологического сопровождения воспитанников детского сада.

В Типовом положении о дошкольном образовательном учреждении сформулированы задачи ДОУ:

- охрана жизни и укрепление здоровья детей;
- обеспечение интеллектуального, личностного и физического развития ребенка;
- осуществление необходимой коррекции отклонений в развитии ребенка;
- приобщение детей к общечеловеческим ценностям;
- взаимодействие с семьёй для обеспечения полноценного развития ребёнка.

Решение современных задач дошкольного воспитания является сложной многогранной проблемой, подходы к которой не могут быть исчерпаны даже проверенными многолетней практикой методами и приёмами. Это связано с рядом объективных обстоятельств, прежде всего с тенденцией к широкому внедрению разных вариантов интеграции детей с проблемами в развитии и усовершенствования диагностики, лечения, коррекции, обучения, воспитания. В этой связи всё большую значимость приобретает технология психолого-педагогического медико-социального сопровождения развития ребёнка.

Специфический контингент детей, имеющих как психоневрологические, так и соматические проблемы (а зачастую и тенденцию к девиантному поведению) при снижении коммуникативных возможностей и способности к взаимодействию со взрослыми в условиях детского коллектива, требует акцента на некоторых значимых факторах:

- необходимости максимально тщательных усилий специалистов на этапе диагностики (дифференцирование проблем ребенка, непосредственно связанных с заболеванием (нарушением развития) от проблем педагогической запущенности, социальной депривации и дезадаптации);
- дополнительных усилий по адаптации детей в непривычных условиях;
- кропотливой работы врачей, зачастую с привлечением

- высококвалифицированных специалистов извне и организацией дорогостоящих диагностических исследований;
- четкого взаимодействия всех специалистов учреждения на всех этапах сопровождения с особым учетом рекомендаций врачей и психологов;
 - необходимости сочетания образовательной, коррекционной лечебной деятельности;
 - отработанной динамической системы гибкого перевода с одного варианта обучения на другой в зависимости от динамики и возможности ребенка;
 - включения родителей в деятельность учреждения как участников реабилитационного процесса.

Содержание психолого-педагогического сопровождения соматически ослабленных детей в ДООУ как направление профессиональной подготовки и повышения квалификации воспитателей детского сада. Сопровождение - это система профессиональной деятельности, направленная на создание социально-психологических условий для успешного воспитания, обучения и развития ребенка на каждом возрастном этапе. Среди других проблем, возникающих с вводом системы сопровождения в практику ДООУ, можно выделить и такую: недостаточность научных, методических и технологических материалов обеспечивающих процесс сопровождения. То есть:

1. Отсутствие на сегодняшний день общепринятой теории психолого-педагогического сопровождения ребенка в практической деятельности и, соответственно, практики подготовки педагогов к процессу сопровождения:
 - * недостаточное методическое и дидактическое обеспечение психолого-педагогического сопровождения;
 - * педагогические технологии, реализуемые в ДООУ, ориентированы на коллективное воспитание детей, без учета их индивидуальных особенностей;
 - * усложнение образовательных программ без учета возможностей детей.

2. Низкая квалификация педагогических кадров:

* недостаточное количество высококвалифицированных специалистов, которые могли бы эффективно оказывать необходимую помощь детям и их родителям в полном объеме.

Известно, что у соматически ослабленных детей в связи с астеническим синдромом происходит замедленное развитие психических новообразований возраста, т.е. позднее, чем у здоровых детей, формирование произвольных регуляций и эмоционально-волевой сферы. Поэтому соматически ослабленные дети отличаются недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов. Такие дети не умеют преодолевать трудности, подчинять свои действия определенным требованиям и правилам. Затрудняются организовать свою деятельность, регулировать ее и свое поведение. У детей снижаются контакты с окружающими, что приводит к формированию ряда отрицательных черт характера: моральных, волевых. Все это требует организации психокоррекционной работы в дошкольных образовательных учреждениях с детьми, имеющими отклонения в психическом и физическом развитии.

Такую работу призван осуществлять педагог-психолог детского сада. Смысл его деятельности – в оказании помощи детям, испытывающим различные трудности психологической или социально-психологической природы, выявлении и профилактике этих проблем. Методом и идеологией работы педагога-психолога является сопровождение ребенка, а также организация взаимодействия специалистов в коррекционно-развивающей работе.

Работа педагога-психолога с детьми, требующими психологической помощи состоит из нескольких направлений:

- * диагностического;
- * профилактического, просветительского и консультативного;
- * коррекционно-развивающего.

Целью психодиагностической работы является информационное обеспечение процесса сопровождения. Диагностические данные необходимы для составления социально-психологического портрета ребенка, для определения путей и форм оказания помощи детям, испытывающим трудности в общении, развитии, воспитании, для выбора средств и форм психологического сопровождения в соответствии с присущими особенностями развития и общения.

Приоритетным направлением психодиагностики с одной стороны является реализация индивидуализирующей функции, позволяющей увидеть портрет неповторимости, уникальности каждого ребенка, с другой стороны – определение статистической нормы, соответствие возрастному нормативу и стандарту. По итогам комплексной диагностики выделяются группы «психологически благополучных» детей, а также детей, имеющих проблемы в развитии. Определив круг детей, имеющих проблемы в обучении и развитии по итогам коррекционного совета специалистами, участвующими в процессе сопровождения составляется индивидуальная карта психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку. Закрепляется ведущий специалист по реализации программы. Обязательным условием является согласие родителей участвовать в коррекционной работе, в реализации программы, что родитель подкрепляет своей подписью и датой ознакомления с индивидуальной программой коррекции. По содержательному аспекту индивидуальной программы определяются сферы помощи ребенку: лечебно-профилактическая, коррекционно-развивающая, профилактическая. Соответственно заполняют эту часть программы специалисты, которые участвуют в процессе сопровождения: врач, медсестра, медсестра ЛФК, педагог, логопед, психолог, воспитатель группы. Каждый специалист по своему направлению определяет проблему ребенка, технологический инструментарий (формы и средства коррекции), направления коррекционной работы, прогнозируемый результат, фактический результат по итогам работы.

Система коррекционных мер, реализуемая в дошкольных образовательных учреждениях, направлена:

- * на активизацию познавательной деятельности и социально-трудовую адаптацию воспитанников;
- * повышение уровня умственного развития детей;
- * формирование у них отдельных высших психических функций (памяти, внимания, восприятия и т. д.);
- * овладение воспитанниками знаниями об окружающем мире, формирование у них опыта практического обучения и навыка самостоятельного поиска информации;
- * коррекцию недостатков эмоционально-личностного и социального развития детей.

При организации коррекционно-развивающих занятий необходимо опираться на объективно существующие или предполагаемые закономерности детского развития и придерживаться следующих принципов:

1. Единство обучающей, коррекционно-развивающей и воспитательной задач.
2. Развитие сознательности, активности и самостоятельности ребенка в процессе коррекционно-развивающих мероприятий.
3. Систематичность и последовательность (приобретаемые детьми знания, умения, навыки должны представлять собой определенную систему, а их формирование осуществляться поэтапно).
4. Доступность содержания занятий (изучаемый материал должен быть адаптирован с учетом умственных, психологических, физических возможностей детей, достигнутого ими уровня знаний и умений и вместе с тем требовать определенных усилий для его усвоения).
5. Наглядность (принцип вытекает из необходимости активного восприятия, осмысления и обобщения детьми изучаемого материала; применяется и как средство познания нового, и для развития наблюдательности, и для лучшего запоминания информации).

6. Индивидуальный подход к воспитанникам.

7. Нравственность, экологичность (один из важнейших этических принципов, включающий в себя нравственное воспитание (формирование у ребенка готовности к самостоятельному выбору)).

Структура коррекционно-развивающего занятия должна предусматривать чередование различных видов деятельности:

*музыкально-ритмических упражнений,

*графических заданий,

*дидактических игр,

* проигрывания этюдов по ролям, разрешения проблемных ситуаций.

При построении занятия необходимо предусмотреть три основных этапа:

1.мотивационно-ориентировочный,

2.операциональный

3.контрольно-оценочный.

Правила здоровьесбережения на коррекционно-развивающих занятиях:

* организация перерывов с использованием релаксационных упражнений, упражнений на укрепление опорно-двигательного аппарата, упражнений для глаз;

* регулирование степени утомляемости ребенка за счет планирования порядка предъявления заданий по степени сложности (разминочная и заключительная части занятия должны быть более легкими, чем основная часть);

* выбор оптимального темпа работы в соответствии с личностными особенностями ребенка;

* контроль соблюдения ребенком правильной осанки, положения ручки и тетради, расстояния от глаз до рассматриваемого объекта и т. д.;

* использование разнообразных дидактических, наглядных и игровых материалов, адекватных возрасту и уровню развития ребенка.

Эффективность коррекционной работы в детском саду.

Создание целостной коррекционно-развивающей системы для детей с

особенностями в развитии – сложная задача, требующая привлечения различных специалистов. В условиях детского сада коррекционная работа будет эффективной только в том случае, если она осуществляется в комплексе, включающем педагогическую и психологическую коррекцию, а также медицинское сопровождение воспитанников.

На первом этапе взаимодействия собирается информация о состоянии соматического и психического здоровья ребёнка, социальном статусе семьи. На втором этапе определяются направления оказания ребёнку медико-психолого-педагогической помощи. Третий этап – это совместная выработка рекомендаций для ребенка, педагогов, руководителей, специалистов. Четвертый этап считается консультационным. Проводятся консультации для участников сопровождения. Пятый этап – непосредственное решение проблем ребенка, реализация намеченных мероприятий. На шестом этапе уточняется содержание сопровождения и продолжается сопровождение ребенка уже на новом витке развития.

Условия создания единого образовательного пространства ребенка предметно-развивающая среда; интеграция и координация специалистов на межпредметной и междеятельностной основе при реализации программного материала реализация личностно-ориентированной модели взаимодействия педагога с детьми выполнение распорядка дня, отвечающего индивидуальным особенностям биоритмов организма ребенка; соблюдение охранного режима каждого ребенка; обеспечение двигательной активности в соответствии с возрастом ребенка и продолжительностью не менее 50% от времени бодрствования и т.д.

Проблема индивидуального сопровождения дошкольников представляет сейчас наибольшую значимость для личностного развития

дошкольников и состоит в следующем: в детских садах отсутствуют необходимые условия, обеспечивающие равные права на качественное дошкольное образование, с учетом индивидуальных возможностей и потребностей детей.

Решение проблемы психолого-педагогического сопровождения должно двигаться следующим курсом:

1. Создание адаптивных детских садов.
2. Интегрированное воспитание и обучение детей с особыми образовательными потребностями в условиях массового ДОО.

Адаптивное дошкольное образовательное учреждение - это массовый детский сад, сохранивший лучшие традиции отечественного дошкольного образования и взявший на себя дополнительные функции педагогической поддержки ребенка, развития его личностных способностей, оказания ему психологической помощи.

Интегрированное воспитание и обучение детей с особыми образовательными потребностями в ДОО - это обеспечение каждому ребенку, имеющему отклонения в развитии, уже с раннего возраста доступной и полезной формы интеграции.

1.2. Часто болеющий ребенок в семье и коррекция детско - родительских отношений

В качестве источников психологических особенностей часто болеющих детей можно рассматривать несколько:

- частота переносимых заболеваний;
- условия жизни;
- особенности семьи;
- методы воспитания и т. д. (Михеева А. А., 1999).

В пользу влияния условий жизни говорит тот факт, что истинно часто болеющие дети редко посещают дошкольные учреждения, гораздо чаще их жизнь замкнута в кругу семьи. Следовательно, основное социализирующее

воздействие они испытывают со стороны матери. В литературе хорошо описаны особенности матерей часто болеющих детей и специфика их внутрисемейных отношений (Арина Г. А., Коваленко Н. А., 1995; Николаева В. В., 1995; Михеева А. А., Смирнова Е. О., Чечельницкая С. М., Касаткин В. Н., 1999; Киян И. Г., Равич-Щер-бо И. В., Румянцев А. Г., 2000).

Среди этиологических факторов частой заболеваемости детей были указаны специфические деформации в системе отношений между детьми и родителями и некоторые личностные особенности последних, прежде всего матерей. Основываясь на результатах наблюдения, Е. Шарова утверждает, что около 80% родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки. Общение с ребенком становится схематичным: на все случаи жизни даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Таким образом, нивелируется стремление к самостоятельности. Примерно половина родителей ЧБД, по наблюдению Е. Шаровой, предъявляет к своим детям явно заниженные требования.

Г. А. Арина и Н. А. Коваленко (1995) более глубоко рассматривают особенности материнского отношения к часто болеющему ребенку и выявляют некоторые психологические механизмы формирования в нем специфических деформаций. По их мнению, почти всем матерям часто болеющих детей присуще «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение: матери эмоционально отвергают ребенка, низко ценят его личностные качества, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, иногда приписывают ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в чрезмерной опеке и постоянном контроле любого действия ребенка. Авторы делают вывод о

наличии особого стереотипа отношения матерей ЧБД к своему ребенку, в котором неосознаваемое эмоциональное отвержение ребенка сочетается с тенденцией к авторитарному контролю всей психической и телесной жизни ребенка.

Исследование, предпринятое А. А. Михеевой (1999), еще более уточняет представление о специфике материнского отношения к часто болеющему дошкольнику. В большинстве случаев, когда ребенок болеет 4—5 раз в году, он явно отвергается матерью, не соответствует ее ожиданиям; мать не принимает болезни ребенка, хочет видеть его здоровым и предъявляет довольно высокие социальные требования. В случаях же, когда ребенок болеет более шести и более раз в году, отвержение ребенка матерью не осознается, хотя и присутствует; на первый план выступает симбиотическая связь, а болезнь служит способом ее поддержания. Это вызывает отношение к ребенку как к «маленькому неудачнику». Социальные требования к нему сводятся до минимума по причине уверенности в том, что он в силу своего физического состояния не может обойтись без участия и опеки матери.

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих часто болеющего ребенка, Г. А. Арина и Н. А. Коваленко (1995) говорят о том, что она имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связывается авторами с тем, что традиционно мать несет тотальную ответственность за все, что происходит с больным ребенком; эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия отца в воспитании ребенка. Интересно, что образ отца у часто болеющего ребенка в большинстве случаев идеализирован, наделен особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Отношение же к матери противоречиво: часто болеющие дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую

ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высокопозитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи даже при осуществлении простых актов самообслуживания.

В целом следует отметить, что данных, касающихся отношения часто болеющего ребенка к своим родителям, значительно меньше, чем данных, раскрывающих особенности родительского отношения. Многие ученые (Киян И. Г., Равич-Щербо И. В., Румянцев А. Г., 2000) отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. Неадекватное, неоднозначное отношение к ребенку со стороны матери эти авторы в большей степени связывают с личностными особенностями матерей, чем с самой болезнью ребенка. По их мнению, для матерей часто болеющих детей характерна прежде всего высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, а болезнь ребенка является возможностью отреагирования собственных проблем. Причем обнаружена прямая связь между выраженностью личностной тревожности матери и частотой ОРЗ у ребенка.

Большинство матерей часто болеющих детей склонны в ситуации фрустрации давать экстрапунитивные реакции (своя доля ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается). Известно, что данного типа реакции являются компенсацией собственной уязвимой позиции. Матерям часто болеющих детей присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). В результате между ребенком и матерью складываются неадекватные взаимоотношения, которые проявляются в том, что при отвергающем, инфантилизирующем отношении

матери ребенок становится зависим от нее, нуждается в ее внимании и поддержке.

Все это означает, что ситуация в семейной микросреде во многом определяется и зависит от субъективной позиции родителей, их активности и желании совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

Известно, что дошкольное детство – старт развития личности, во многом определяющий ее жизненный путь.

Дошкольный возраст является тем периодом, когда закладывается фундамент здоровья, основы дальнейшего полноценного физического развития организма.

Вырастить крепких, здоровых детей – наша важнейшая задача. И решается она совместными усилиями педагогов, медицинских работников и семьи.

2. Психологические проблемы соматически больных детей

В последние годы проявилась тенденция к проявлению заболеваний у детей в более раннем возрасте. Общее количество заболеваний среди детей, в том числе детей дошкольного возраста, постоянно растет.

Изучение психологических и психических особенностей соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, оно связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей.

Больные дети, по-прежнему, вызывают повышенное внимание со стороны специалистов, что обосновывает потребность в дальнейшей разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории.

В дошкольных учреждениях России в течение нескольких лет (1996 – 2012 гг.) ведутся исследования особенностей социально-психологического развития соматически больных детей и возможных путей коррекции их развития.

Во всех исследованиях подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей. Так, опубликованы научные работы по изучению психологических особенностей соматически больных детей, например:

- исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006);
- особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);
- особенности поведения детей и педагогическая работа с ними при некоторых острых детских инфекциях (скарлатина, корь) (Бурмистрова Н.Н., 1996);
- изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);
- интеллектуальное развитие детей, больных сахарным диабетом (Гнедова С.Б., 1998);
- исследование психологических особенностей часто болеющих детей (Михеева А.А., 1999);
- особенности развития речи у соматически больных детей на протяжении дошкольного возраста (часто болеющие дети и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата); факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста (Груздева О.В., 2004);
- мотивационно-потребностное развитие часто болеющих детей, изучение преобладающих мотивов деятельности (Вылегжанина Г.Г., 2005);

- особенности проявления тревожности часто болеющими детьми дошкольного возраста (Дубовик Е.Ю., 2006);
- специфика самосознания и самооценки часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста (Мосина Н.А., 2007, Чекрякова С.В., 2008);
- родительское отношение к часто болеющим детям дошкольного возраста (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009);
- гендерные особенности проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста (Дусказиева Ж.Г., 2009);
- особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста (Штумф В.О., 2009) и др.

В результате обзора данной литературы можно выделить следующие особенности социальной ситуации развития соматически больного ребенка и особенности его личности.

Так, В.В. Николаева и Г.А. Арина утверждают, что новую социальную ситуацию развития создают для больного ребенка два вида ограничений: а) ограничение движения, б) ограничение познавательной деятельности. Однако известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Кроме того, изменение познавательной активности соматически больного дошкольника и ограниченность общения со сверстниками существенно меняют социальную ситуацию развития, инфантилизируя его.

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно описаны разными авторами, которые связывают их со стойким эмоциональным напряжением ребенка и, в том числе, со сложностями в развитии волевого поведения. В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде

всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность.

Параллельно с адекватной и даже несколько завышенной осознанной самооценкой у часто болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное самоотношение. В этом случае часто имеет место сравнение с матерью, проявляющееся в самоуничижении, приписывании себе отрицательных эмоций, таких, как горе (печаль), страх, гнев (злость) и чувство вины.

Соматическая болезнь может оказывать значительное влияние на условия протекания деятельности, ее динамику, выносливость человека к нагрузкам (в том числе и ребенка), условия деятельности, сохранности операционального состава. Для соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны патологические изменения в отношении ведущего вида деятельности - сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни.

Если говорить о поведении соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста, то оно изменяется, часто становится "трудным" для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, в большинстве случаев, не останавливает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической

травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее.

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих старших дошкольников можно отнести:

- 1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- 2) трудности переключения внимания;
- 3) снижение продуктивности воспроизведения;
- 4) снижение продуктивности внимания;
- 5) уменьшение уровней развития творческого воображения;
- 6) уменьшение объема произвольной, зрительной памяти;
- 7) большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста можно выделить преобладание позиции "малоценности", ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе (Ливанова М.Н., Николаева В. В.). Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина Г.А., Коваленко Н.А.). Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Касаткин В.Н., Румянцев А.Г.). У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности - инфантилизму (Ливанова М. Н.). В младшем и среднем дошкольном возрасте у часто болеющих детей более чем у их здоровых сверстников выражена тенденция к адекватной самооценке, но она во многом зависит от типа семейного воспитания.

Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми (Ковалевский В. А.).

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь.

2.1. Личностные особенности часто болеющих детей

Развитие ребенка в условиях заболеваний влияет на формирование его личности. Понятию "Я" у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь "выгодна", потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. В целом же, отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о болезни. Для старших дошкольников

осознание своей болезни, ее тяжести и последствий недоступно, так как у него еще нет ясного отношения к ситуации и к самому себе. Вследствие этого болезнь воспринимается ребенком как ограничение привычной жизни. Для ребенка опасность для жизни существует только в форме ограничений, его отношение к себе наполнено непосредственно-чувственным содержанием, главное для него - настоящее время. Собственно психологические средства совладания с болезнью у старших дошкольников еще не сформированы (Ковалевский В. А, Урываев В.А., 2006).

Выделяют следующие особенности личности больных детей:

- при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция "малоценности", ущербности, отношение к себе непосредственно - чувственное;
- у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе;
- активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград создаваемых болезнью в реализации жизненно важных потребностей;
- слабо сформированы у ребенка механизмы личностно-смысловой регуляции;
- присутствует стремление к компенсации дефекта (у часто болеющих дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий);
- нет развернутого жизненного плана, то есть, нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее;

- основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания. В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми;

- уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков), причем результаты имеют достоверные различия. анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоего пола (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков ("девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное", "девочки красивые, а мальчики - не такие красивые", "мальчики дерутся, а девочки - добрые" и пр.). Обнаружены различия и в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий "внешние признаки" (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее, девочки чаще мальчиков ориентируются на качества личности, а мальчики на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что часто болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях. Таким образом, часто болеющие мальчики (в сравнении с часто болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что статус часто болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности;

- соматически больные дети старшего дошкольного возраста показали особенности понимания обмана: дети испытывают больше затруднений и

реже используют синонимы обмана при его объяснении как общего и абстрактного понятия; хуже распознают обман в области знаний; чаще проявляют стратегии принятия обмана за правду и стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций; чаще опираются на признак контекста ситуации в ситуации собственного обмана; реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности в ситуации обмана со стороны другого; менее склонны к обману в области.

2.2. Особенности межличностного взаимодействия соматически больных детей

К особенностям межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей можно отнести:

- круг общения ребенка ограничен до минимума;
- присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь;
- преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий стили родительского отношения к ребенку;
- родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения;
- ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие двигательная потребность ребенка;
- психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с "привязанным" к ней ребенком и отгороженный от них отец.

В представлениях ребенка обнаружено устойчивое изменение ценностных позиций членов семьи. Так, если у здоровых детей, как правило, значимость членов семьи выстраивается в следующей позиции:

ребенок-мать-отец, то у часто болеющих детей эта схема имеет следующий вид: отец-мать-ребенок, где отец "перемещается" в сферу фантазий и идеальных представлений, наделяется особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. При решении проблемных ситуаций часто болеющие дети преимущественно выбирают отца, да и болезнь иногда сближает отца и ребенка. Болезнь также может заострять изначальную дефицитность психологического участия отца в воспитании ребенка: трудности эмоционального контакта с женой и ребенком, неумение создать совместный досуг семьи, несформированность чувства ответственности за нее.

"Вытеснение" отца из психологической жизни ребенка может иметь несколько причин. Это, прежде всего традиционное культурно обусловленное перераспределение функциональных обязанностей в семье в ситуации болезни ребенка, когда социально заданная тотальная ответственность за все происходящее с больным ребенком приводит к экспансии этой ответственности на все жизненное пространство семьи и отец оттесняется от своих ролевых форм влияния на ребенка. В ситуации болезни отец - наблюдатель, а не деятель. Обычна позиция для сообщества мать-ребенок: "Уходи, не мешай, мы лечимся".

Образовательный уровень родителей больных детей часто высокий. Это позволяет предположить наличие в семьях часто болеющих детей повышенных требований к организации быта и качеству окружающей материально-вещной среды, насыщенному проведению досуга, обогащению и развитию духовного мира ребенка. Кроме этого, родители четко осознают *свою* ответственность за воспитание детей, за достойную организацию семейной и общественной жизни. Родители склонны к анализу своей воспитательной деятельности и повышению педагогической культуры. Проявляют повышенную заинтересованность социальным и физическим развитием детей.

Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом. Но при таких благоприятных для развития ребенка потенциальных возможностях их родителей, в семьях в целом присутствует неудовлетворенность семейной жизнью.

В семьях часто болеющих детей не соблюдаются режимы питания, сна, физической активности и нет серьезного отношения к здоровью. Все это означает, что ситуация в семейной микросреде во многом определяется и зависит от субъективной позиции родителей, их активности и желании совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

В целом, анализ *микросоциальной среды* развития часто болеющих детей *младшего дошкольного возраста* в сравнении со здоровыми сверстниками показывает, что больные дети являются "принятыми" в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками часто болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

Анализ *микросоциальной среды* развития часто болеющих детей *среднего дошкольного возраста* показывает, что развитие психических функций, таких как мышление, память, внимание происходит в соответствии с возрастными закономерностями. Дети являются "принятыми" в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками часто болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

Микросоциальная среда часто болеющих детей *старшего дошкольного возраста* характеризуется следующими особенностями. Дети являются "принятыми" в среде своих сверстников. Внутрисемейная атмосфера характеризуется сниженным эмоциональным микроклиматом.

2.3. Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у часто болеющих детей.

Сохранение и улучшение нервно-психического здоровья с помощью психолого-педагогических средств.

Психолого-педагогические средства направлены на развитие ребенка и коррекцию его негативных индивидуальных особенностей в условиях ДОО.

Коррекционно-развивающие мероприятия и вспомогательные средства общения направлены на:

1. формирование навыков общения;
2. гармонизацию отношений ребенка в семье и со сверстниками;
3. коррекцию некоторых личностных свойств, которые препятствуют общению, либо изменение проявления этих свойств так, чтобы они не влияли негативно на процесс общения;
4. коррекцию самооценки ребенка с целью приближения ее к адекватной.

Принцип учета общих закономерностей разностороннего развития детей дошкольного возраста и сензитивных периодов в развитии психических процессов.

Каждый ребенок обладает только одному ему присущими особенностями познавательной деятельности, эмоциональной жизни, воли, характера, каждый ребенок требует индивидуального подхода, опираясь на сензитивность данного этапа развития ребенка (Приложение 6).

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это хорошо организованная система психологических воздействий. В основном она направлена на смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. Значительный этап работы с этими детьми – коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

В отечественной и зарубежной психологии используются разнообразные методы, помогающие откорректировать эмоциональные нарушения у детей. Эти методы можно условно разделить на две основные группы: групповые и индивидуальные. Однако такое деление не отражает основной цели психокоррекционных воздействий.

Методы ПК эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные. К основным методам ПК эмоциональных нарушений относятся методы, которые являются базисными в психодинамическом и поведенческом направлениях. Сюда входят игротерапия, арт-терапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенной тренировки, поведенческий тренинг. Специальные методы включают в себя тактические и технические приемы психокоррекции, которые влияют на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов. Эти две группы методов взаимосвязаны.

При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо исходить из специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка. При внутриличностном конфликте следует использовать игровые, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции. При преобладании межличностных конфликтов применяют групповую психокоррекцию, способствующую оптимизации межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести эмоционального неблагополучия ребенка.

В отечественной психологии разработаны и описаны методы групповой психокоррекции преневротических нарушений у детей (Спиваковская, 1988). Рассматривая психокоррекционный процесс как систему, автор выделяет в ней основные блоки: диагностический, установочный, коррекционный и оценочный.

Диагностический блок отвечает за изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, способствующих его эмоциональному неблагополучию.

Перед началом психокоррекционной работы психологу необходимо выяснить влияние этих факторов на формирование у ребенка невротического конфликта. Отметим, что при анализе причины невротического конфликта у ребенка следует учитывать единство субъективных и объективных факторов возникновения и развития конфликта. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое, в свою очередь, обостряет противоречия, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, негативно отражается на умственной работоспособности ребенка, дезорганизует его поведение.

Содержательный анализ детских конфликтов наиболее полно раскрывается в процессе игровой и продуктивной (рисование) деятельности. Целесообразно также использовать проективные психологические методики: методика КАТ, Рене Жиля, Розенцвейга и др.

Установочный блок включает в себя главную цель – формирование положительной установки ребенка и его родителей на занятия. Основными задачами этого психокоррекционного блока являются:

- снижение эмоционального напряжения у ребенка;
- активизация родителей на самостоятельную психологическую работу с ребенком;
- повышение веры родителей в возможность достижения позитивных результатов психокоррекции;
- формирование эмоционально-доверительного контакта психолога с участниками психокоррекции (Спиваковская, 1988).

Для реализации этих задач используются разнообразные психотехнические приемы: организация встреч родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими, проведение

веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции, с привлечением родителей и проч. Особое значение для установочного этапа психокоррекции имеет место, где проходят занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение, с мягким освещением, где ребенок будет чувствовать себя спокойно и безопасно.

Коррекционный блок. Основной целью данного блока занятий является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием.

Конкретные задачи:

- преодоление внутрисемейного кризиса;
- изменение родительских установок и позиций;
- снятие проявлений дезадаптации в поведении ребенка;
- расширение сферы социального взаимодействия ребенка;
- формирование у ребенка адекватного отношения к себе и к другим.

Внутри этого блока выделяются два основных этапа.

Первый этап – ориентировочный (23 занятия), где ребенку предоставляется возможность спонтанной игры. Психолог на данном этапе наблюдает за детьми, а у детей формируется положительный эмоциональный настрой на занятия, что очень важно в процессе сглаживания внутренних конфликтов. Кроме того, на данном этапе продолжается диагностика форм поведения и особенностей общения детей с целью окончательного формирования группы. Психотехнические приемы здесь состоят из различных невербальных коммуникаций, коммуникативных игр.

Второй этап – реконструктивный, когда проводится коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. Психотехническими приемами на данном этапе являются сюжетно-ролевые игры, разыгрывание детьми проблемных жизненных ситуаций. Эти игры способствуют эмоциональному отреагированию и вытеснению негативных переживаний. Ребенок обучается самостоятельно находить нужные способы поведения и формы эмоционального реагирования.

При оценке эффективности психологической коррекции (оценочный блок) просматриваются отчеты родителей о поведении детей в начале занятий. Разбираются поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа результатов деятельности ребенка до занятий и после. Оценивая эмоциональное состояние ребенка до и после занятий, целесообразно использовать цветовой тест Люшера, методику цветописи, разработанную Лутошкиным, рисуночные тесты, а для оценки значимых межличностных отношений лучше обратиться к цветовому тесту отношений (ЦТО), адаптированному Эдкиным.

Для детей с эмоциональными нарушениями предлагаются следующие фазы групповой психокоррекции: установочная, подготовительная, реконструктивная, закрепляющая. В таблице представлены фазы групповой динамики у детей с различной направленностью конфликта (табл.1).

Таблица 1

<i>Фаза</i>	<i>Задачи</i>	<i>Психотехнические приемы</i>
1. Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настроения на занятие. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальные коммуникации. Коммуникативные игры

2. Подготовительная	Структурирование группы. Формирование активности и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки членов группы	Сюжетно-ролевые игры. Игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения
3. Реконструктивная	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Эмоциональное реагирование и вытеснение негативных переживаний. Обучение ребенка самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций
4. Закрепляющая	Закрепление у ребенка адекватного эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми

Кроме групповых психокоррекционных занятий для детей с эмоциональными нарушениями используется **психорегулирующая тренировка**.

Основной целью этих занятий является:

- смягчение эмоционального дискомфорта;
- формирование приемов релаксации;
- развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Занятия проводятся поэтапно через день с небольшой (до 5 человек) группой детей, с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка.

- Первый этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Затем детям предлагаются зрительно-музыкальные стимулы, направленные на устранение тревожности и создание позитивных установок на последующие занятия.
- Второй этап – обучающий. Здесь детей обучают релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывания тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений.
- Третий этап – восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, помогающие корректировать настроение, развивать коммуникативные навыки, перцептивные процессы и проч.

Опыт показывает, что психорегулирующая тренировка (ПРТ) способствует повышению устойчивости к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях ПРТ у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Целесообразно использовать ПРТ с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок, на коррекцию эмоционального напряжения хорошо влияют **психомышечные тренировки**.

Данный метод включает в себя четыре основные задачи.

1. Научить ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.
2. Научить с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формы самовнушения.

3. Научить удерживать внимание на мысленных объектах.
4. Научить воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

Психомышечные тренировки подходят для работы с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические характеристики ребенка. Не рекомендуется проводить занятия с детьми младше 5 лет, а также брать на занятия детей с эписиндромом, с хроническими заболеваниями сердечнососудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью. Следует неукоснительно придерживаться методических требований:

1. выполнение упражнений ребенком;
2. самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений;
3. самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

В детской и подростковой клинике широко используется **психогимнастика**, предложенная чешским психологом Г. Юновой и модифицированная М. И. Чистяковой. Занятия по психогимнастике включают в себя ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры. Занятия состоят из следующих трех фаз.

- Первая фаза – снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социально-психологическое значение (кого выбрать в напарники и т. д.).
- Вторая фаза – пантомима (например, изображение страха, растерянности, удивления и др.).
- Третья фаза – заключительная, идет закрепление чувства принадлежности к группе (используются различные коллективные игры и танцы).

В 1990 году М. И. Чистякова применила этот метод к детям младшего возраста и несколько модифицировала его.

- Первая фаза – обучение детей технике выразительных движений.
- Вторая и третья фазы – обучение использованию выразительных движений в воспитании эмоций и высших чувств.
- Четвертая фаза – обучение навыкам саморасслабления.

Авторы предлагают в профилактических целях занятия психогимнастикой с детьми с эмоциональными нарушениями.

Кроме перечисленных выше методов особо важное значение имеют игровые методы коррекции. **Игра** – это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе игры формируется активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется его личность в целом.

Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности и реальности сложившейся ситуации. В условных обстоятельствах, созданных по определенным правилам, игра дает человеку возможность переживать удачи, успех, познать свои физические и психические силы. Эти свойства игры как деятельности раскрывают ее богатый психокоррекционный потенциал.

Игру как метод психотерапии и психокоррекции стали применять в начале XX века. Одним из родоначальников игровых методов в лечении больных являлся Могепо, который разработал методику психодрамы, способствующую коррекции взаимоотношений больных. В 1922 году Могепо впервые организовал в Вене лечебный «театр экспромта», в котором вместе с больными на сцене выступали актеры-профессионалы.

Основа лечебного эффекта психодрамы Морено – катарсис, душевное очищение и облегчение.

В середине 1920х годов А.Фрейд и М.Клейн применили игру как метод психотерапии детей. Авторами были предложены две формы игровой

терапии: направленная и ненаправленная. Направленная (директивная) игротерапия предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он ведет и интерпретирует деятельность ребенка. Ненаправленная (недирективная) игротерапия проходит в форме свободной игры ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции. Зарубежные исследователи разработали огромное количество методов недирективной игротерапии. Например, широкое признание получили игры с песком и водой для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка (Chan). М. Lowenfeld предложила методику «миросозидания» (WellTechnik). В распоряжение ребенка предоставляется набор различных предметов: фигурки людей, животных, части зданий, домики, автомашины, деревья, бесформенный материал (плоский и открытый ящик, наполненный песком). Из этого материала ребенок строит свой мир. «Миры» создаются ребенком в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Затем психолог обсуждает с ребенком процесс и конечный результат его творчества. Во время игры дети обнаруживают свое эмоциональное отношение к людям, предметам. Эта игра представляет собой определенную диагностическую ценность, кроме того, в процессе игры ребенок перерабатывает свои душевные конфликты.

Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи:

1. способствует развитию самовыражения ребенка;
2. снимает имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт;
3. формирует саморегулирующие процессы.

Применяя недирективную игровую коррекцию, психолог осуществляет эмпатическое общение с ребенком, эмоционально сопереживает с ним, устанавливает определенные ограничения в игре. Введение ограничений является главным условием достижения коррекционного успеха, поэтому важная роль в процессе директивной игровой коррекции принадлежит технике формулирования запретов и ограничений. В направленной

(директивной) игровой психокоррекции центральное звено в игре – психолог, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее символического значения. Различают два вида директивной игровой коррекции: сюжетно-ролевые игры и психодрамы.

Сюжетно-ролевые игры способствуют коррекции самооценки ребенка, формированию у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Перед началом игровой коррекции необходимо разработать сюжет игры, выбрать игровой материал, сформировать группу детей и спланировать игровые ситуации. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Перед началом игры необходимо подобрать специальные сюжеты, где ребенок видел бы различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению. В ходе игры дети поочередно меняются ролями. Способность ребенка входить в роль, уподобление разыгрываемому образу – это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутриличностных конфликтов. Сюжетно-ролевые игры полезно проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. Во время игры рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок в роли матери. Опыт нашей работы показал, что использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей широкий диапазон положительных эмоций от спокойно-удовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения.

Игровая психокоррекция в форме сюжетно-ролевой игры широко используется при работе с детьми с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции детям предлагается не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях. Эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени

зависит от социального опыта ребенка, от особенностей его представлений о людях, их чувствах, взаимоотношениях.

Для детей с ограниченным социальным опытом вследствие задержки психического развития, физической неполноценности и т.п. целесообразно использовать игры драматизации на тему знакомых сказок.

Основной задачей игр драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры драматизации должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок не просто подражает, а создает образ персонажа, уподобляется ему. Способность ребенка войти в роль, уподобить себя образу – это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя ими персонажи. Особое значение в коррекции эмоционально-волевой сферы ребенка имеют подвижные игры (пятнашки, жмурки и др.). Эти игры обеспечивают эмоциональную разрядку, снимают торможение, связанное со страхом, способствуют гибкости поведения и усвоению групповых норм, развивают координацию движений.

Изобразительное творчество является одним из ведущих методов психокоррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков.

Еще в 1930х годах для коррекции эмоционально-личностных проблем ребенка психоаналитиками был предложен метод арт-терапии.

Арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на изобразительном искусстве. Основная задача арт-терапии состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка.

В исследованиях психологов было давно замечено: рисунки детей не только отражают уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной проекцией личности. Рисунок выступает как средство усиления чувства идентичности ребенка, помогает детям узнать себя и свои способности.

Р. Альшулер и Э. Крамер выделяют четыре типа изображений, показывающих как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально личностные особенности ребенка. Это бесформенные и хаотичные каракули, конвенциональные стереотипы – схемы, пиктограммы и собственно художественные произведения. Каракули, например, представляя собой исходную стадию детского рисунка, в более старшем возрасте могут выражать чувство беспомощности и одиночества.

В стереотипных схематических изображениях и пиктограммах в более старшем возрасте проектируются сублимация подавленных желаний или потребность в защите. Символические изображения отражают подавленные аффекты в форме сублимации. Особое значение играет цвет. Например, преобладание серых тонов, черный цвет говорят об отсутствии жизнерадостности, а яркие насыщенные краски – об активном жизненном тоне, оптимизме.

В отечественной психологии методы арт-терапии использовались в коррекции психических заболеваний у взрослых (Бурно, 1989) и неврозов у детей (Захаров, 1986).

Наиболее эффективна арт-терапия в коррекции страхов у детей и подростков. С помощью метода рисования А.И. Захаров выделяет несколько этапов коррекции страхов у детей. За месяц до коррекции дети приносят свои рисунки психологу и показывают их в группе другим детям. Это активизирует ребенка, вызывает у него интерес к рисованию. На первых двух занятиях по рисованию темы для рисунков выбирают сами дети. На последующих занятиях детям предлагаются тематические рисунки: «В детском саду», «На улице», «Я дома», «Моя семья», «Что мне снится

страшного», «Кого я боюсь», «Мой самый страшный день». Следующий этап занятий направлен на устранение страхов. Психолог совместно с ребенком составляет список страхов, затем предлагает ребенку нарисовать их. В процессе анализа детского рисунка психолог каждый раз должен выражать одобрение, вызывая у ребенка гордость за выполненное задание. Через несколько дней психолог проводит индивидуальное обсуждение рисунков. Ребенку последовательно показывают его рисунки и спрашивают, боится ли ребенок теперь. Отрицание ребенка обязательно надо закрепить похвалой. Оставшиеся страхи рисуют снова. Психолог просит ребенка нарисовать то, чего он уже не боится. Такая установка становится дополнительным стимулом к преодолению страха.

Кроме рисунков для коррекции страхов автор предлагает изготовление масок, фигурок из пластилина, конструкций из подручных материалов (провода, материи, веревок и др.).

В психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями широко используется **музыкотерапия**. Выделяется четыре основных направления психокоррекционных воздействий музыкотерапии.

1. Эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии.
2. Регулирующее влияние на психовегетативные процессы.
3. Развитие навыков межличностного общения.
4. Повышение эстетических потребностей.

В качестве психологических механизмов психокоррекционного воздействия музыкотерапии авторы указывают:

- катарсис – эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния;
- усвоение новых способов эмоциональной экспрессии;
- повышение социальной активности и др. (Завьялова, 1995).

Традиционно выделяются следующие варианты музыкотерапии: рецептивная музыкотерапия, которая предполагает восприятие музыки с

коррекционной целью, и активная, которая представляет собой коррекционно-направленную, активную музыкальную деятельность.

Различают три формы рецептивной психокоррекции.

1. Коммуникативная – совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия.
2. Реактивная, помогающая достижению катарсиса.
3. Результативная, ведущая к снижению нервно-психического напряжения.

При работе с детьми целесообразно использовать оба варианта музыкальной психокоррекции. Активная широко практикуется в групповых занятиях для сплочения группы и эффективности группового взаимодействия. Например, хоровое пение, исполнение музыкальных произведений на музыкальных инструментах или с помощью ложек, расчесок и др.

Благодаря рецептивной музыкотерапии решаются конкретные психокоррекционные задачи: оптимизация общения, создание доверительной эмпатийной атмосферы, снижение эмоционального дискомфорта и др.

Применение **песочной игротерапии** в создании психоэмоционального комфорта детей дошкольного возраста.

Впервые принцип "песочная терапия" был предложен Карлом Густавом Юнгом, психотерапевтом. По его мнению, этот текучий материал символизирует жизнь во вселенной, а отдельные песчинки - это люди и другие живые существа.

Песок - идеальная развивающая среда, где можно творить без страха, что-либо сломать или испортить.

Основополагающая идея песочной игротерапии заключается в том, что ребенок, перенося на плоскость песочницы свои фантазии и переживания,

может контролировать самостоятельно свои побуждения, выражая их в символической форме.

Цель песочной терапии - не менять и не переделывать ребенка, не учить его специальным поведенческим навыкам, а дать ребенку возможность быть самим собой.

Формы и варианты песочной терапии определяются особенностями конкретного ребенка, специфическими задачами работы и ее продолжительностью. Игровые методы применяются:

- с целью диагностики;
- с целью профилактики;
- с целью оказания первичной психологической помощи;
- в процессе краткосрочной психотерапии;
- в процессе продолжительного психологического воздействия;
- на развивающих занятиях по коррекции психических процессов.

Песочная игротерапия, является наиболее продуктивным и действенным методом организации деятельности с детьми, особенно с детьми, соматически ослабленными.

У часто болеющих детей могут развиваться различные психологические проблемы, "комплексы". Прежде всего, это "комплекс неполноценности", неуверенности в себе, так как частые болезни могут привести к социальной дезадаптации (ребенок замыкается в себе, становится грубым, раздражительным, начинает избегать сверстников). Поэтому большое внимание следует уделять психоэмоциональному здоровью детей.

Метод песочной терапии способствует: развитию эмоций у часто болеющих детей, развитию фантазии, мелкой моторики, тактильных ощущений, связной речи; наиболее эффективен в коррекции страхов, тревожности, замкнутости, агрессии, гиперактивности.

Применение этой игровой терапии на занятиях с детьми способствует созданию психоэмоционального комфорта (снятие напряжения, утомляемости, развитие положительных эмоций, эмпатии).

Применяется для развития и коррекции в решении следующих проблем у ребенка:

- трудности в общении;
- взаимоотношения детей и родителей;
- психологические травмы;
- расстройства настроения;
- кризисные ситуации;
- страхи, тики, навязчивости и другие расстройства;
- проблемы поведения.

Задачи песочной игротерапии ориентированы на то, чтобы помочь ребенку:

- развить более позитивную Я - концепцию;
- развить самооценку;
- обрести веру в себя;
- овладеть чувством контроля;
- стать более ответственным в своих действиях и поступках;
- научиться выражать свои мысли, чувства и эмоциональные переживания;
- научить способам самовыражения.

При организации занятий песочной игротерапии, ставятся следующие **задачи:**

- Создавать для ребенка атмосферу безопасности.
- Создавать ощущение дозволенности.
- Понимать и принимать мир ребенка.
- Поддержка положительного тонуса и самочувствия.
- Установление обратной эмоциональной связи путем развития различных эмоций.
- Облегчить ребенку принятие решений.

Игру с песком нельзя интерпретировать. Психолог выполняет роль внимательного зрителя. Позиция психолога - это "активное присутствие", а не руководство процессом.

В некоторых случаях игра с песком является ведущим методом коррекции (например, при наличии у ребенка поведенческих или эмоциональных нарушений). В других случаях - в качестве вспомогательного средства при развитии сенсомоторики, при активизации к действию, для снятия психоэмоционального напряжения, нервозности.

Ребенок в процессе песочной игры выражает свои самые глубокие эмоциональные переживания, освобождается от страхов и пережитое не развивается в психическую травму.

Для игр с песком используется материал:

- водонепроницаемый ящик голубого цвета, наполненный песком;
- вода;
- небольшие подносы;
- стаканчики для воды;
- лопаточки;
- формочки;
- мелкие игрушки;
- животные;
- сказочные персонажи;
- транспорт;
- геометрические формы;
- природный материал;
- камешки, ракушки;
- бросовый материал.

Играя с песком, ребенок самовыражается. Используя игрушки, он выражает все то, что ему трудно выразить в словах.

Каждая выбранная игрушка воплощает какой-либо персонаж, который взаимодействует с другими героями. Дошкольник сам придумывает, о чем они говорят или что делают. Во всех случаях малыш чувствует себя хозяином своего маленького мира. То, что прежде таилось в глубине детской

души, выходит на поверхность песочницы; персонажи игры приходят в движения, выражая наиболее актуальные для ребенка чувства и мысли.

Весь нехитрый материал помогает детям строить свой собственный мир и обыгрывать в нем различные внутренние проблемы.

Игра в песок дает средства для разрешения конфликтов и передаче чувств. Выбранные игрушки, помогают ребенку самовыразиться: в свободной игре он может выразить то, что ему хочется сделать, то, что он не может объяснить словами, рассказать или ребенку тяжело выразить свои эмоции, страхи, переживания.

По мнению К. Юнга, процесс игры в песок высвобождает заблокированную энергию и активизирует возможности самоисцеления, заложенные в человеческой психике.

Использование данного игрового метода, способствует улучшению психологического и эмоционального благополучия детей, на этом фоне - стабилизация соматического здоровья, что способствует снижению заболеваемости детей.

Занятия по песочной терапии направлены на коррекцию психических процессов, развитие мелкой моторики руки, тактильных ощущений, развитие связной речи, коррекцию страхов, боязливости, агрессивности, гиперактивности. Занятия могут проводиться с детьми индивидуально и с небольшой подгруппой детей.

3. Система психолого-педагогического сопровождения часто болеющих детей

Как уже говорилось в предыдущей главе, в ходе определенных исследований были выявлены особенности познавательной деятельности и особенности развития личности часто болеющих детей.

Для группы старших дошкольников из числа часто болеющих детей к особенностям познавательной деятельности можно отнести:

- 1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- 2) трудности переключения внимания;
- 3) снижение продуктивности воспроизведения;
- 4) снижение продуктивности внимания;
- 5) уменьшение уровней развития творческого воображения;
- 6) уменьшение объема произвольной зрительной памяти;
- 7) большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.

Среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста можно выделить преобладание позиции "малоценности", ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе (Ливанова М.Н., Николаева В. В.). Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина Г.А., Коваленко Н.А.). Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Касаткин В.Н., Румянцев А.Г.).

Таким образом, предлагаемая и описываемые нами системы психолого-педагогического сопровождения – Лекотека и программа «Здоровье» В.Г. Алямовской, способны охватить весь ряд возможных проблем психологического характера у часто болеющих детей дошкольного возраста.

3.1. Лекотека

Итак, Лекотека - это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами развития.

Само слово Лекотека (произошло от шведского слова leso- игрушка и греческого theke- хранилище - это служба психологического сопровождения и специальной педагогической помощи родителям, воспитывающим детей с выраженными нарушениями и проблемами развития.

Деятельность Лекотеки основана на гуманистическом подходе к воспитанию и направлена на:

- поддержку усилий родителей по развитию личности ребенка;
- налаживание эффективного общения ребенка с другими членами семьи;
- формирование предпосылок к обучению;
- гармонизацию детско - родительских отношений.

Иными словами она подразумевает еженедельные бесплатные индивидуальные занятия для детей с логопедом, дефектологом, психологом.

Отправной точкой сотрудничества с родителями является оказание им помощи в понимании сущности имеющихся у ребенка отклонений и динамики их развития, в идентификации и осознании сильных и слабых сторон ребенка.

Основной целью Лекотеки, является развитие речи, математических навыков, и психологическая помощь детям, имеющим проблемы в общении со сверстниками. Посещать такие учреждения могут малыши до 7 лет.

Педагоги Лекотеки помогают детям с нарушениями развития, в формировании у них предпосылок к учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказании психолого-педагогической помощи родителям. Обучение проходит в форме игры.

Преподаватели Лекотеки уверены, что взрослые, воспитывающие ребенка с особыми нуждами, должны воспринимать игру, как жизненную необходимость для детей раннего возраста. Ведь это основной источник знаний, навыков и хорошего настроения. Родители должны быть готовы обыграть любую текущую ситуацию. А действия взрослых при этом должны быть выразительными, мягкими и адекватными возможностям ребенка.

Деятельность Лекотеки связана с использованием вспомогательных средств, обеспечивающих полноценное вовлечение ребенка с особыми нуждами и окружающих его людей в игровую активность для обучения и развития общения в игре. Эти средства должны перекрывать все основные

потребности ребенка с особыми нуждами, связанные с организацией его игровой деятельности. Материальная база Лекотеки должна включать как минимум следующие разделы:

1. специальное оборудование для детей с нарушениями движений;
2. оборудование для развития общей подвижности;
3. игрушки для развития ручных навыков;
4. игрушки для развития тактильного восприятия;
5. игрушки и средства для развития зрительного восприятия;
6. игрушки для развития слухового восприятия;
7. игрушки для развития мышления;
8. игрушки для развития речи и языка;
9. игрушки для поддержки социально-эмоционального развития;
10. игрушки для игры с водой;
11. игрушки для игры с сыпучими материалами;
12. материалы для изобразительного творчества;
13. музыкальные игрушки;
14. книги для детей;
15. фонотека;
16. видеотека;
17. компьютерные игры;
18. книги для родителей;
19. средства для развития невербальной коммуникации;
20. выставка самодельных игрушек;
21. специальное оборудование для слепых детей и детей со сложным дефектом.

Следует отметить, что многие игрушки могут использоваться для развития различных сторон психики ребенка. Предоставление средств Лекотеки во временное пользование может осуществляться при наличии в Лекотеке дубликатов. Обычно это делает специалист после ТИС (Терапевтического игрового сеанса), при этом он подбирает средства,

необходимые малышу, демонстрирует варианты игры с ребенком его родственникам или няне.

Лекотека может осуществлять свою деятельность как автономно, так и в составе образовательных учреждений: дошкольных; учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи; учреждений специального образования и т.п.

Основные формы работы Лекотеки:

1. Консультация – это встреча специалиста Лекотеки с родителями (воспитателями), во время которой реализуется конструктивное сотрудничество специалистов и родителей.
2. Диагностический игровой сеанс представляет собой совместную игру родителей (воспитателей) с ребенком в специально оборудованном зале. Специалист ведет наблюдение за происходящим, в идеале – ДИС фиксируется на видеокассету. Результаты наблюдения фиксируются на формализованных бланках. По результатам ДИС составляется сезонный план сопровождения семьи.
3. Терапевтический игровой сеанс (ТИС) также является формой Лекотеки. Во время терапевтического игрового сеанса (обычно – 40 минут) происходит игровое взаимодействие специалиста с ребенком в присутствии, а иногда – с участием родителей (воспитателей). Перед началом ТИС и после его окончания специалисты коротко (5 минут) беседуют с родителями (воспитателями). После ТИС специалист заполняет протокол.
4. Групповой родительский тренинг (ГРТ). В групповой родительский тренинг участники включаются добровольно. Обычно – это тренинги по общению, игре, ассертивности, арт-методам, специальным техникам, по изготовлению игрушек и другие. В ряде случаев родителям предлагается участвовать в тренинге исходя из результатов ДИС.

Принципы психолого-педагогического сопровождения детей с проблемами развития:

1. Стимуляция и поддержка игровой деятельности

Первое, что должны учитывать взрослые, воспитывающие ребенка с особыми нуждами, это жизненную необходимость игры для детей раннего возраста как основного источника знаний, навыков и хорошего настроения.

2. Игра - основной метод Лекотеки.

Осознавая важность игры, необходимо не только специально создавать игровые ситуации и обеспечивать ребенка игрушками, но и быть готовым обыграть любую текущую ситуацию. Игровые действия взрослого при этом должны быть выразительными, мягкими, адекватными возможностям ребенка.

4. Недирективность в игровом взаимодействии с ребенком.

Признавая добровольность главным условием вовлечения ребенка в игру и ее дальнейшего развертывания, от взрослого требуется воздерживаться от любых форм навязывания и принуждения к игровой деятельности.

Желательно придерживаться ролей организатора игровой среды, демонстратора, наблюдателя, активного и эмпатического слушателя, собеседника, приглашенного партнера, если необходимо - генератора идей.

5. Уважительное отношение к игре ребенка и к самому ребенку

Ребенок может выбирать "глупую", "примитивную" с точки зрения родителей игру. Но это выбор ребенка, на который он имеет право. Ребенок вряд ли будет играть в то, что не имеет для него никакого смысла. В этой ситуации взрослый должен постараться поддержать эту игру, стать ее участником только после установления партнерских отношений показать возможности ее модификации (если игра действительно слишком бедна и монотонна).

6. Необходимо быть чрезвычайно чувствительным к сигналам ребенка, показывающим его отношение к игре и игрушкам

Особенно недопустимы проявления критики к действиям малыша, необоснованное прерывание детской игры. Не менее опасно для развития ребенка безразличие к его игре.

7. Адекватность игр и игрушек уровню и особенностям развития ребенка

Каждый ребенок рождается со своими задатками. Генетические причины, заболевания и среда определяют направление его индивидуального развития. Особенности темперамента малыша, сильные и слабые стороны психики проявляются постепенно в процессе его взаимодействия с окружением. Умение замечать и осознавать характерные черты поведения ребенка может помочь взрослым удержаться от произвольного и формального подталкивания его к неинтересным играм (в силу их сложности и малой привлекательности).

Мнение специалиста может оказаться полезным на этапе оценки функциональной компетентности ребенка и первичного подбора необходимых игрушек. После этого желательно проведение игрового эксперимента, во время которого может быть получена важная информация об игровых потребностях ребенка, его игровом стиле, игровых навыках и игровых стереотипах родителей. На основе полученной информации возможно проектирование адекватной игровой деятельности и разумного выбора игрушек

8. Оптимальная организация игровой среды

Необходимость оборудования игровой среды для ребенка кажется очевидной. Тем не менее, в некоторых семьях этому не уделяется должного внимания, даже при наличии достаточного количества места для создания детского уголка. В таких случаях игрушки ребенка, которые также могут быть приобретены бездумно, равномерно распределяются по всей квартире; может отсутствовать оборудование, необходимое для игры ребенка в разных позах (лежа, сидя, стоя). Причиной такого положения вещей чаще всего

является непонимание родителями важности событий, происходящих во время детской игры, для развития ребенка.

Невозможно придумать универсальную оптимальную среду для ребенка с особенностями развития. Оборудование домашнего игрового пространства должно быть тщательно спланировано в зависимости от характера нарушений и трудностей развития. Вся игровая среда должна быть организована, что облегчает приспособление к ней ребенка и приучает его к порядку. Специалисты Лекотеки призваны оказать родителям квалифицированную консультативную помощь в этих вопросах.

Необходимые элементы оборудования игровой среды для ребенка должны, как правило, приобретаться самостоятельно или изготавливаться родителями. Лишь в случае невозможности этого по какой-либо причине у ребенка специфических потребностей, некоторое оборудование может быть предоставлено во временное пользование Лекотеккой [25].

3.2. Программа «Здоровье» В.Г. Алямовской

Программа представляет комплексную систему включает *четыре направления*, каждому из которых соответствует своя целевая программа.

1. Физическое здоровье — программа «Группы здоровья».
2. Психологическое благополучие — программа «Комфорт».
3. Духовное здоровье — программы «Город мастеров», «Школа маленького предпринимателя».
4. Нравственное здоровье — программы «Этикет», «Личность». Целевые программы рассчитаны на все возрастные группы детей. Программа «Здоровье» позволяет педагогам использовать и другие программы, например: «Радуга», «Программа воспитания и обучения в детском саду», отечественные и зарубежные методики и системы обучения.

Цель программы: воспитание ребенка-дошкольника здорового физически, разностороннего развитого, инициативного, раскрепощенного.

Автор стремилась разработать такую систему физического воспитания, которая бы не заорганизовывала детей, а решала бы вопросы психологического благополучия, нравственного воспитания, имела связь с другими видами деятельности и просто нравилась детям. Итогом пятилетней работы с 1985 по 1990 г. стала программа «Группа здоровья» — комплексная система физического воспитания детей, рассчитанная на все возрастные группы.

При разработке новой системы физического воспитания автор руководствовалась результатами исследований лаборатории И.А. Аршавского, опиралась на работы Ю.Ф. Змановского, И.И. Туртова, систему К. Купера, учитывала взгляды Н.М. Амосова.

Алгоритм программы: от удовольствия к привычке, от привычки к потребности.

Задачи программы:

- укрепление здоровья;
- воспитание потребности в здоровом образе жизни;
- развитие физических качеств;
- создание условий для реализации потребности в двигательной активности;
- выявление интересов, склонностей, способностей;
- приобщение к традициям большого спорта.

Структурно-содержательная характеристика программы

Программа состоит из шести разделов.

В *первом разделе* представлены организация и методика проведения разных вариантов физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Во *втором* — раскрывается организация лечебно-профилактической работы, закаливания. Здесь представлены план лечебно-профилактических процедур в течение года, система закаливания в каждой возрастной группе,

требования, предъявляемые к одежде детей при проведении занятий на воздухе, в группе.

В *третьем* — описаны планирование и организация физкультурных мероприятий.

В *четвертом* — кратко представлена диагностика физического развития, поскольку автор ссылается на рекомендации программы «Радуга».

В *пятом* — уделяется внимание воспитанию у дошкольников потребности в здоровом образе жизни, перечисляются основные направления воспитания у детей этой потребности: привитие культурно-гигиенических навыков, формирование представлений о строении тела человека, обучение детей уходу за своим телом.

В *шестом* — описываются особенности совместной работы ДОО и семьи по воспитанию здорового ребенка.

В *приложении* описана система обучения детей группы раннего возраста основным видам движений в течение года.

Предметно-развивающая среда

Модульная полуфункциональная, подвижная, легкая мебель. Зоны отдыха в каждой группе: «морское дно», «царство Берендея» и др. Тренажеры «Батыр», мини стадионы.

Особенности организации работы специалистов ДОО

Программа требует от воспитателя высокого профессионализма, серьезной теоретической и методической подготовки, гуманного отношения к детям, установления партнерского общения.

Педагогам предлагается осуществлять диагностику, результаты которой необходимо отражать в индивидуальной диагностической карте каждого ребенка. Им рекомендуется организовывать различные формы двигательной деятельности и их варианты.

Особое внимание следует обратить на утреннюю гимнастику, которая является по сути утренней прогулкой, так как дети не только выполняют

физические упражнения, но и играют, им предоставляется время для свободной деятельности. Комплексы утренней гимнастики составляет воспитатель. Отличительная особенность планирования утренней гимнастики заключается в том, что на каждый месяц составляются 3—4 комплекса, которые используются педагогом в соответствии с погодными условиями. Первый — для хорошей погоды, второй — на морозные дни, третий — на случай порывистого ветра, четвертый — на время сырой, промозглой погоды.

Воспитателям предлагаются различные варианты проведения утренней гимнастики: в виде подвижной игры, танцевально-ритмической гимнастики, спортивной тренировки, смешанного типа, на тренажерах, на полосе препятствий, оздоровительный бег, на воздухе.

Утренняя гимнастика состоит из следующих частей: разминка, бег в медленном темпе, расслабление, комплекс общеразвивающих упражнений, расслабление, свободная деятельность, подвижные игры, водные закаливающие процедуры.

Физкультурное занятие предлагается проводить ежедневно в группах детей от 3 до 7 лет. Ежедневные занятия дают возможность целенаправленно организовывать индивидуально-подгрупповое обучение по различным программам с учетом состояния здоровья и интересов детей.

Предлагаются следующие варианты физкультурных занятий: обычного типа, сюжетно-игровое, игровое, на танцевальном материале, на спортивных тренажерах, занятие-прогулка, занятие-зачет, тренировка, занятие серии «Забочусь о своем здоровье».

Физкультурные занятия проводятся двумя воспитателями, в зале им помогает музыкальный работник. Занятия-секции проводит тренер-специалист. Ряд занятий серии «Забочусь о своем здоровье» проводят медицинские сестры, массажист.

Начиная с младшей группы, физкультурные занятия проводятся на свежем воздухе в конце прогулки. За 40 мин до ее окончания дети переодеваются в спортивную одежду и выходят на спортивную площадку. Одно физкультурное занятие следует организовать в физкультурном зале.

Гимнастика после сна проводится с целью поднятия настроения, мышечного тонуса детей, для профилактики нарушения осанки. Эту гимнастику рекомендуется проводить в следующих вариантах: игровая, на тренажерах, самостоятельная, оздоровительный бег, лечебно-восстановительная, музыкально-ритмическая, мини-спортивная. У малышей гимнастика начинается с разминочных упражнений в постели, старшие выполняют самомассаж, разминаются на тренажерах или под руководством взрослого занимаются в физкультурном зале. В период карантина гимнастика проводится в группе, в летний период — на улице.

Комплексы утренней гимнастики, варианты физкультурных занятий и гимнастики после сна планируются на месяц. В течение месяца каждый вариант утренней гимнастики, физкультурного занятия, гимнастики после сна повторяется не более 2 раз. Но какие бы варианты ни были использованы, обязательная их составляющая — оздоровительный бег.

Еженедельно следует проводить ритмику, спортивный досуг, музыкальное развлечение. Организации двигательной деятельности ежедневно отводится 1,5—2 ч.

Анализ заболеваемости детей позволяет планировать лечебно-профилактическую работу детского сада. При организации закаливания предлагаются следующие приемы: обширное умывание, ходьба по мокрым дорожкам, обливание ног, погружение ног в воду, влажное обтирание, ходьба босиком, сон без маечек.

Воспитывать у дошкольника потребность в здоровом образе жизни необходимо по следующим направлениям:

- привитие стойких культурно-гигиенических навыков; - развитие представлений о строении собственного тела;
- обучение уходу за своим телом, навыкам оказания элементарной помощи;
- формирование представлений о том, что полезно и что вредно для организма;
- формирование привычки ежедневных физкультурных упражнений.

В работе с родителями рекомендуется применять следующие формы: факультативы, семейные клубы, совместные занятия, выставки и др.

Предлагаются варианты организации режима дня. Педагог может использовать эти варианты, когда в ДООУ карантин, каникулы, если отсутствует помощник воспитателя или необходимо учесть желание родителей. Также в программе представлен гибкий график работы сотрудников и администрации.

Важной составляющей программы «Радуга» является «Программа здоровья для группы часто болеющих детей». В ней уделяется внимание организации групп реабилитации, физическому развитию и воспитанию часто болеющих дошкольников.

Цель программы: создание оптимального режима, обеспечивающего гигиену нервной системы ребенка, комфортное самочувствие, нервно-психическое и физическое развитие.

Программа состоит из **пяти разделов:**

1. Организация приема детей в детское учреждение.
2. Организация жизни детей в адаптационный период (в приложении представлены адаптационный лист, критерии адаптации ребенка к дошкольному учреждению).
3. Организация комфортного режима (варианты гибкого режима дня в дошкольном учреждении).

4. Система физкультурно-оздоровительной работы (организация лечебно-профилактических мероприятий, закаливания, питания, двигательной активности дошкольников).

5. Создание развивающей предметно-пространственной среды в возрастных группах дошкольного учреждения.

В программе также уделяется внимание организации работы физиокабинета. Представлен список основных процедур, режим работы, перечень основной документации медицинского работника физиокабинета.

В разделе «Питание» описаны особенности организации питания часто болеющих детей, детей из группы реабилитации, склонных к аллергии и представлена организация столовой дошкольного учреждения. В приложении даны примерное меню, рецепты оздоровительных напитков.

В группах организуется комфортный режим. Утренняя гимнастика не проводится, физкультурное занятие проводится ежедневно, после сна — гимнастика в сочетании с закаливающими процедурами. Завтраком кормят детей по мере их прихода, после физкультурного занятия — второй завтрак, обед организуется по подгруппам, полдник по мере подъема детей. Сон не имеет строгих ограниченных рамок. Ежедневно проводятся две прогулки [2,17].

Приложение

Приложение 1

Как помочь ребенку преодолеть тревожность (рекомендации для родителей тревожных детей)

Необходимо понять и принять тревогу ребенка - он имеет на нее полное право. Интересуйтесь его жизнью, мыслями, чувствами, страхами. Научите его говорить об этом, вместе обсуждайте ситуации из школьной жизни, вместе ищите выход. Учите делать полезный вывод из пережитых неприятных ситуаций - приобретается опыт, есть возможность избежать еще больших неприятностей и т.д. Ребенок должен быть уверен, что всегда может обратиться к Вам за помощью и советом. Даже если детские проблемы не кажутся Вам серьезными, признавайте его право на переживания, обязательно посочувствуйте ("Да, это неприятно, обидно..."). И только после выражения понимания и сочувствия помогите найти решение выход, увидеть положительные стороны.

Помогайте ребенку преодолеть тревогу - создавайте условия, в которых ему будет менее страшно. Если ребенок боится спросить дорогу у прохожих, купить что-то в магазине, то сделайте это вместе с ним. Т.о. вы покажете, как можно решить тревожащую ситуацию.

Если в школе (детском саду) ребенок пропустил из-за болезни много дней, попробуйте сделать его возвращение постепенным - например, придите вместе, узнайте домашнее задание, пусть разговаривает с друзьями из детского сада, школы по телефону; ограничьте время пребывания в школе (детском саду) - не оставляйте первое время надолго, избегайте перегрузок.

В сложных ситуациях не стремитесь все сделать за ребенка - предложите подумать и справиться с проблемой вместе, иногда достаточно просто Вашего присутствия.

Если ребенок не говорит открыто о трудностях, но у него наблюдаются симптомы тревожности, поиграйте вместе, обыгрывая через игру с солдатиками, куклами возможные трудные ситуации, может быть ребенок сам предложит сюжет, развитие событий. Через игру можно показать возможные решения той или иной проблемы.

Заранее готовьте тревожного ребенка к жизненным переменам и важным событиям - оговаривайте то, что будет происходить.

Не пытайтесь повысить работоспособность такого ребенка, описывая предстоящие трудности в черных красках. Например, подчеркивая, какое серьезное выступление, контрольная его ждет.

Делиться своей тревогой с ребенком лучше в прошедшем времени: "Сначала я боялась того-то ..., но потом произошло то-то и мне удалось ..."

Старайтесь в любой ситуации искать плюсы ("нет худа без добра"): ошибки в контрольной - это важный опыт, ты понял, что нужно повторить, на что обратить внимание...

Важно научить ребенка ставить перед собой небольшие конкретные цели и достигать их. Сравнивайте результаты ребенка только с его же предыдущими достижениями/неудачами.

Учите ребенка (и учитесь сами) расслабляться (дыхательные упражнения, мысли о хорошем, счет и т.д.) и адекватно выражать негативные эмоции.

Помочь ребенку преодолеть чувство тревоги можно с помощью объятий, поцелуев, поглаживания по голове, т.е. телесного контакта. Это важно не только для малыша, но и для школьника.

У оптимистичных родителей - оптимистичные дети, а оптимизм - защита от тревожности.

Антипедагогические рекомендации родителям

1. Чтобы существенно повысить тревожность ребенка, необходимо педагогам и родителям - воспитывающим, мешать достижению реального успеха ребенком в какой-либо деятельности, например:

- в рисовании;
- в игре;
- в помощи по дому и др.

2. Ребенка нужно больше ругать и меньше хвалить.

3. Его нужно сравнивать с другими, оценивая улучшение результатов товарищей и подчеркивая его поражения:

- сегодня нарисовал хуже, чем вчера;
- медленнее убрал игрушки и т. д.

Мешайте ребенку достичь удачи в любом деле. И тревожность вам обеспечена!

Каждый родитель считает себя самым-самым... Откуда только берутся "запущенные" дети?

Что же делать, если у вас противоположные педагогические цели?

Необходим щадящий оценочный режим в той области, в которой успехи ребенка невелики. Например, если он медленно одевается, не нужно постоянно фиксировать на этом его внимание. Однако, если появился хотя бы малейший успех, обязательно нужно его отметить. Больше обращайтесь внимание на обстановку, которая складывается дома и в детском саду!

Теплые эмоциональные отношения, доверительный контакт со взрослыми тоже могут способствовать снижению общей тревожности ребенка.

Нельзя оставлять без внимания застенчивых детей. Следует выявить и развить у них положительные качества, поднять заниженную самооценку, уровень притязаний, чтобы улучшить их положение в системе межличностных отношений. Также необходимо воспитателю пересмотреть свое личное отношение к этим детям [18].

Приложение 2

Рекомендации по стабилизации (выравниванию) микроклимата в семье

Роль семьи в воспитании ребенка

Несмотря на развитую систему образовательных и воспитательных учреждений (яслей, детских садов, школ, развивающих центров), которые несут воспитательную функцию, ответственность за всестороннее воспитание ребенка и подготовку его к жизни в обществе лежит в первую очередь на семье. Ведь именно родители являются первыми воспитателями и учителями малыша, они учат детей познавать окружающий мир, подражать взрослым, приобретать жизненный опыт, усваивать нормы поведения и т.д.

В семье ребенок приобретает первый социальный опыт, первые чувства гражданственности. Если родителям свойственна широта интересов, действенное отношение ко всему происходящему, то и ребенок будет усваивать такие нормы поведения.

Микроклимат в семье также играет большую роль в становлении личности ребенка. Атмосфера дружбы, доверия, взаимных симпатий не только благоприятствует гармоничному психическому развитию, но и делает малыша более податливым воспитательному воздействию. Такой малыш будет более послушно и адекватно реагировать на сделанные ему замечания.

Поэтому, уважаемые родители, выражая недовольство поведением своего ребенка, особенно его реакцией на замечания, прежде всего, понаблюдайте за взаимоотношениями между всеми взрослыми членами семьи.

Обратите внимание на следующее:

- ***есть ли в семье единые принципы и методы воспитания*** (их отсутствие позволяет ребенку манипулировать взрослыми и проявлять непослушание);
- ***последовательны ли вы в принятии решений***, выборе методов поощрения и наказания (иначе малыш не будет знать, что можно, а что нельзя делать, говорить);
- ***сдерживаете ли вы свои обещания***. Например, если Вы, запрещая в словесной форме: «не будешь смотреть, не будем играть, не пойдем гулять...», не закрепляете сказанное в реальных действиях, - это прямой и верный путь к игнорированию ребенком ваших замечаний.
- ***являетесь ли вы авторитетом для малыша***. Кто в семье является авторитетом для ребенка?
- ***учитываете ли вы индивидуальные особенности малыша***, и как часто сравниваете его развитие с другим ребенком.

Всегда помните, что поведение родителей ребенок бессознательно копирует и уже к пяти годам формируется определенная базовая модель поведения, изменить которую очень и очень трудно [19].

Приложение 3

Гимнастика для детей дошкольного возраста.

После пробуждения дети, лежа в постели, выполняют упражнения для глаз:

Закрывать, открывать;

Поворот глаз вправо, влево;

Посмотреть вверх, вниз;

Круговые движения глаз.

«Будим ручки».

Движения пальцами рук;

Сжать пальцы в кулачок и разжать;

Круговые движения кистей рук.

Самомассаж ушных раковин.

Растереть ушные раковины («разбуди ушки»);

Пройти пальцем по малому и большому завитку («потри ушки»);

Указательным пальцем надавить на козелок («заткни ушки»);

Указательным пальцем продавить ушную раковину снизу вверх и обратно («пощипай ушки»);

Ладонью сзади «завернуть» ушную раковину вперед («закрой ушки»).

Упражнения на ликвидацию застойных явлений в малом тазе.

Поступательные движения стопой назад и вперед (3-5 раз);

Упражнение «велосипед» (3-5 раз);

Лежа на спине, сесть и дотянуться руками до носков ног, вдох во время наклона (3-5 раз)

Упражнения на животе.

Упражнение «лодочка». Лежа на животе, обхватить руками лодыжки и прогнуться (3 раза);

Стоя на четвереньках и опираясь на вытянутые руки, потягиваться, как это делают кошки, - «киска добрая». «Киска злая» сопровождается шипением (3 раза).

Бег по кругу босиком.

«Самолетик» (при беге произносится звук «у-у-у-у»);

Ходьба по «Дорожке Здоровья»;

По резиновым коврикам с шипами, аппликаторам Кузнецова и др.;

По ребристой доске;

По канату (приставным, боковым и обычным шагом);

Сначала по влажному солевому коврику, затем по сухому байковому коврику.

Упражнения на дыхание.

Глубокий вдох («нюхаем цветочки»), выдох с наклоном («ох»).

Комплекс упражнений для профилактики нарушения осанки.

(укрепление мышц спины, брюшной стенки, ягодичных и тазобедренных мышц)

Потянуться, лежа на животе. Сначала одновременно руками и ногами, потом левой рукой и правой ногой, и наоборот (6 раз).

Лежа на животе, поднять одну ногу, потом другую, ноги выпрямить и удерживать на весу 2-3 с (6 раз).

Лежа на животе, поднять обе ноги, удерживать их на весу 4 с, постепенно увеличивая время до 10с (6 раз).

Лежа на животе, поднять правую ногу, одновременно поднимая левую руку (можно с гантелей), и наоборот (6 раз).

Лежа на спине, попеременно поднимать, выпрямлять и опускать правую и левую ногу (6 раз).

Лежа на спине, поднять обе ноги, выпрямить и опустить (6 раз).

Лежа на спине, поднять обе ноги, выпрямить, перекрестить их или вращать на весу, опустить (6 раз).

Лежа на спине, согнуть правую ногу в колене и прижать ее к животу. То же самое проделать с левой ногой (6 раз).

Лежа на спине, вращать ногами (упражнение «велосипед»).

Лежа на спине, поднять ноги, выпрямить под углом 45* и «Рисовать» ими цифры от 1 до 10 (по самочувствию).

Лежа на животе ноги можно зафиксировать для упора, руки в замок на затылке. На вдохе прогнуться назад на 10-15 с, на выдохе опуститься (10-15 раз по самочувствию).

Лежа на спине, ноги выпрямить, руки в стороны. Сгибая колени, подтянуть их к груди, обхватив руками. Одновременно поднять голову и коснуться подбородком колен. Удерживать это положение туловища в течение 5 с (6 раз).

Комплекс дыхательной гимнастики и точечный массаж для часто болеющих детей.

Ходьба по кругу, на носках, на пятках

Точечный массаж.

Дыхательные упражнения.

Часики вперед идут, за собою нас ведут.

«Часики» И.П.- стоя, ноги слегка расставлены. 10-12
1- взмах руками вперед - «тик», (вдох), раз
2 – взмах руками назад – «так» (выдох)

Крыльями взмахнул петух, всех нас разбудил он вдруг.

«Петух» И.П.- встать прямо, ноги врозь, руки опустить.
1- поднять руки в стороны (вдох), 5-6 раз
2- хлопнуть руками по бедрам «ку-ка-ре-ку» (выдох)

Накачаем мы воды, чтобы поливать цветы.

«Насос» И.П.- о.с. 10-12
1- наклон туловища в сторону (вдох) раз
2- руки скользят, при этом громко произносить звук «с-с-с»

«Семафор» Самый главный на дороге, не бывает с ним тревоги.

И.П.- сидя, ноги сдвинуть вместе. 4-6 раз
1- поднятие рук в стороны (вдох)

2- медленное опускание рук с длительным выдохом и произнесением звука «с-с-с»

Подыши одной ноздрей, и придет к тебе покой.

И.П.- стоя, туловище выпрямлено, но не напряжено.

«Дыхание» 1- правую ноздрю закрыть указат. Пальцем правой руки, левой ноздрей делать тихий, продолжительный вдох, 2- как только вдох окончен, открыть правую ноздрю, а левую закрыть указат. пальцем левой руки. Через правую ноздрю делать тихий, продолжительный выдох с максимальным освобождением легких и подтягиванием диафрагмы максимально вверх. 4-5 раз

«Дыхание» Тихо-тихо мы подышим, сердце мы свое услышим.

И.П.- о.с.

1-медленный вдох через нос. Когда грудная клетка начнет расширяться – прекратить вдох и сделать паузу на 4 сек.

2- плавный выдох через нос.

Приложение 4

Рекомендации для воспитателей по коррекции детско-родительских отношений

Результаты психолого-педагогических исследований свидетельствуют о том, что эффективность взаимодействия педагога с родителями во многом зависит от изучения семьи. Для этого ученые рекомендуют традиционные методы: наблюдение, беседы, анкетирование, интервью, тестирование, изучение продуктов детской деятельности:

В процессе наблюдения педагогу необходимо обратить особое внимание на содержание и форму (“мягкая” или “жесткая”) обращения родителей с детьми: употребление уменьшительно-ласкательных или грубых слов,

реакция на просьбы ребенка, его шалости, капризы и т.п. Следует также оценить эмоциональную окраску общения: тон голоса взрослого (спокойный, резкий, ироничный и др.), мимику, телесные контакты – касания, ласковые поглаживания или жесткие толчки. Особое внимание надо обращать на реакцию детей (их настроение, содержание обращение и др.).

Эффективными являются и наблюдения за детьми в сюжетно-ролевой игре “Семья”, где дошкольники воспроизводят привычные для них формы общения. Поведение детей, их действия, высказывания, экспрессия позволят педагогу сделать вывод о характере внутрисемейных отношений.

Содержательную информацию о психологическом климате в семье воспитатель может также получить из рисунков детей на темы: “Моя семья”, “Мой самый любимый человек” и др. При анализе этих работ важно обратить внимание на цветовую гамму рисунков, количественный состав семьи (полная, неполная). Отметить расположение и последовательность изображения членов семьи, особенности нарисованных фигур и др. (См. подробнее интерпретацию рисунков в книге “Общая психодиагностика” под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М., 1987).

Для изучения семейной атмосферы педагог может предложить своим воспитанникам разрешить следующие ситуации:

У тебя два билета в цирк. Кого бы ты взял (а) с собой на представление?

Твоя семья идет в гости, но один человек заболел и должен остаться. Кто это?

Ты потерял (а) что-то очень дорогое для тебя. Кому первому ты расскажешь об этой неприятности?

После того как педагог установит доверительный контакт с родителями, становится возможным решение главной задачи по профилактике жестокого обращения с детьми – трансляции родителям положительного образа ребенка. Необходимость решения этой задачи определяется тем, что часто в повседневном общении с ребенком родители упускают из виду положительные черты его личности, сосредоточившись на негативных

проявлениях. Поэтому демонстрация воспитателем ко всем без исключения детям, умение похвалить в присутствии родителей каждого ребенка, показать и рассказать, чему он научился за прошедший день, способность почувствовать и по возможности “снять” родительскую тревожность, являются важнейшими условиями построения доверительных отношений с родителями.

Педагог, ставящий своей задачей профилактику нарушения прав ребенка в семье, прежде всего, должен выступать образцом уважительного и доброжелательного отношения к ребенку.

Родители, которые изо дня в день видят воспитателя, реализующего стратегию гуманизма в обращении с детьми, задумаются над необходимостью применения агрессивных способов воздействия на собственного ребенка.

Приложение 5

Памятка в помощь воспитателю для работы с родителями

Важной формой осуществления контакта с родителями является индивидуальная работа, а условием - соблюдение педагогического такта и гибкости.

Сведения, которые должен собрать воспитатель:

/Социальный анамнез семьи/

В ходе изучения семей выявляются следующие данные:

1. Возраст родителей:

а) до 25 лет (члены молодой семьи чаще ориентированы на решение своих личных проблем и продвижение в карьерном росте, в то время как воспитание ребенка подчас осуществляется стихийно);

б) старше 25 лет (у родителей в это время, как правило, уже сформирована потребность заниматься ребенком. Интересы и потребности малыша занимают доминантное положение в иерархии потребностей этой семьи).

2. Образование и профессия (позволяет определить социальный статус семьи и возможный уровень материального благополучия).

3. Состав семьи - полные, неполные семьи, сложные, измененные (говорит об участии в воспитательном процессе бабушек, дедушек, отчимов, мачех, а также о наличии в семье других детей).

Все это позволяет спрогнозировать стратегию взаимодействия с семьей.

Рекомендуемые методы:

Ближе познакомиться с родителями.

Установить контакт с помощью верного тона разговора, конкретных, точных ответов.

Выявить структуру семьи и ее психологический климат (сколько человек, возраст, образование, отношения между взрослыми в семье, профессии взрослых).

Выявить формы семейных отношений:

- а) гуманизм или жесткость,
- б) ответственность или стихийность,
- в) взаимопонимание или недоверие,
- г) взаимопомощь или неуважение.

Определить микроклимат в семье:

- а) какой фон семейной жизни преобладает - положительный или отрицательный,
- б) каковы причины семейных конфликтов,
- в) причины отрицательных переживаний детей и родителей,
- г) как разрешаются конфликты.

Выявить положение матери и отца в семье:

- а) степень участия в воспитательном процессе,
- б) степень участия в организации семейной жизни (хозяйственно-бытовая деятельность, отдых),
- в) наличие желания воспитывать ребенка.

Определить педагогические возможности семьи:

- а) наличие или отсутствие системы воспитания (осознание целей, задач и методов воспитания),
- б) уровень педагогической культуры и потенциальные педагогические возможности родителей,
- в) знание своего ребенка,
- г) объективность в оценке его поведения,
- д) характер влияния родителей на детей,
- е) какие черты характера ребенка вызывают у родителей тревогу,
- ж) какие методы воспитания родители используют.

Чем наполнена жизнь ребенка в семье:

- а) наблюдение за ребенком в сюжетно-ролевых играх «Дочки-матери», «Семья» и т.д.,
- б) изучение рассказов детей на тему «Наша семья»,
- в) изучение рисунков детей «Мой дом», «Моя семья» и т.д.,
- г) опрос детей.

Опросите детей:

Где работают родители?

Кем работают мама, папа?

Когда говорим о маме, какие возникают ассоциации? А о папе?

Как любит отдыхать мама?

Бывает ли у папы свободное время, чем он занимается?

«Как соблюдать педагогический такт в беседе с родителями?»

Разговор о взаимоотношениях воспитателей и родителей на сегодня одна из самых сложных проблем. Многие родители считают, что воспитывать их детей должны в детском саду, есть категория родителей, которые пренебрегают советами педагогов, в некоторых семьях в выходные дни дети предоставлены самим себе, а родители считают, что их задача состоит в том, чтобы ребенок был сыт, одет, а единственное его занятие дома - прогулка.

Поскольку организация индивидуальной работы с родителями вызывает наибольшие затруднения, важно установить с ними доверительный контакт, найти верный тон разговора. Особое внимание следует обратить на следующие моменты:

- никогда не начинайте разговор с родителями с указания на отрицательные моменты в поведении их ребенка;
- отметьте сначала положительные факты его жизни;
- замечания, жалобы родителей, их сомнения, возражения выслушивайте внимательно и терпеливо;
- если есть необходимость указать на ошибки родителей, делайте это тактично;
- желательно давать точные, конкретные ответы, обоснованные советы;
- надо вселять в родителей веру в своего ребенка;
- щадите самолюбие родителей;
- не принижайте авторитет родителей, как бы ни был мал их опыт в воспитании детей.

«Что значит взаимодействие и сотрудничество?»

Установите обратную связь с семьей с целью получения полной информации о развитии ребёнка и консультирования семьи;

Найдите возможность встретиться с родителем в спокойной обстановке;

Проясните проблему: сформулируйте свою точку зрения;

Вначале выслушайте точку зрения родителей: постарайтесь понять его цели, намерения, опасения;

Если есть проблема, сформулируйте её суть, прежде чем обратиться к родителям;

Поставьте перед собой и родителями вопрос: что можно сделать в данной ситуации?

Обсудите как можно больше вариантов решения и выберите оптимальный вариант для обеих сторон;

Обсудите действия каждой стороны в рамках принятого решения;

Договоритесь о сроках и способах связи друг с другом.

Определите положение ребенка в семье

С какими просьбами, вопросами обращаются дети к родителям и наоборот.

Что родителей интересует, прежде всего, в жизни детского сада: питание, сон, поведение, занятия.

Как ребенок встречает своих родителей.

Как происходит расставание детей с родителями.

Как разговаривают родители с детьми (тон, мимика).

Как родители реагируют на отрицательные факты поведения детей.

Как родители воспринимают успехи детей.

Алгоритм взаимодействия с семьей

1-я стадия

Поиск контактов при первой встрече. Воспитатель должен проявить высокий педагогический такт, искреннее уважение к родителям, деликатность, сдержанность, важно не оттолкнуть непродуманным вопросом.

2-я стадия

Обсуждается, что необходимо развивать и воспитывать в ребенке, подчеркивать его индивидуальность, неповторимость. На этом этапе уже можно осторожно заговорить о нежелательных проявлениях в поведении малыша.

3-я стадия

Установление общих требований к воспитанию ребенка. Воспитатель побуждает родителей высказать свои взгляды на воспитание ребенка.

выслушивает мнение родителей об используемых ими методах, даже если оно ошибочно. Не опровергает, а предлагает свои способы воздействия, призывает объединить усилия для выработки единых требований.

4-я стадия

Упрочение сотрудничества в достижении общей цели. Согласившись на совместное сотрудничество, стороны уточняют воспитательные возможности друг друга, ставят единые цели и задачи. Возможны споры, разногласия. Важно, чтобы они не помешали дальнейшему сотрудничеству.

5-я стадия

Реализация индивидуального подхода. Воспитатель не демонстрирует свою всеильность, а доверительно сообщает о своих сомнениях, затруднениях, спрашивает совета у родителей и прислушивается к ним. На этой стадии вырабатывается целый ряд согласованных мер, направленных, в том числе и на перевоспитание ребенка.

6-я стадия

Совершенствование педагогического сотрудничества. Готовые рецепты не предлагаются, тщательно анализируется процесс совместной деятельности. Это стадия развития педагогического сотрудничества, где идет реализация единых педагогических воздействий. Инициатором контакта является педагог.

Приложение 6

Показатели психического развития детей

Показатели развития детей третьего года жизни

(Г. В. Пантюхина)

Линия развития	Показатели
3 года	
Сенсорное развитие (С)	Называет четыре основных цвета
Общие движения (О)	Переступает через препятствия высотой 10—15 см чередующимся шагом

Игра (И)	В игре исполняет роль (например, играя куклой, говорит «мама», «доктор»)
Речь активная (РА)	Употребляет сложные предложения
Навыки (Н)	Одевается самостоятельно с небольшой помощью взрослого, застегивает пуговицы, завязывает шнурки

Диагностика и оценка нервно-психического развития детей 4—6 лет ³

Психические функции и социальное поведение	Показатели развития	
	соответствуют норме	с отклонениями
4 года		
1. Мышление и речь	Умеет группировать предметы по классам: мебель, посуда, одежда, животные, птицы и т. п.	Группирует предметы по несущественному признаку, например по цвету
2. Моторика	Общая: умеет подпрыгивать одновременно на двух ногах (на месте и продвигаясь вперед). Ручная: всегда или иногда застегивает пуговицы самостоятельно. Всегда или иногда самостоятельно завязывает шнурки	Не умеет подпрыгивать на месте и продвигаясь вперед: отталкивается одной ногой или не отрывается от пола. Никогда не застегивает пуговицы и не завязывает шнурки самостоятельно

3. Внимание и память	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, психомоторного характера
5 лет		
1. Мышление и речь	Умеет составить по картинке рассказ в несколько предложений. Правильно отвечает на вопрос, как герой попал в данную ситуацию	Составляя рассказ, не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию. Не понимает смысла картинки, перечисляя действия героя вместо пересказа сюжета
2. Моторика	Умеет прыгать на месте на одной ноге и продвигаясь вперед. Одевается и раздевается полностью самостоятельно всегда или	Не умеет прыгать на одной ноге. Никогда полностью не одевается и не раздевается самостоятельно или делает это очень редко

	почти всегда	
3. Внимание и память	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь, соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, психомоторного характера
6 лет		
1. Мышление и речь	Умеет составить по картинке рассказ с развитием сюжета, отразив в нем события прошлого, настоящего и будущего. Допустимы наводящие вопросы	При рассказе сюжета не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию, чем все завершится
2. Моторика	Общая: умеет прыгать в длину с места с	Не умеет прыгать в длину с места или показывает

	результатом не менее 70 см. Ручная: умеет аккуратно закрасить круг диаметром 2 см не более чем за 70 с	результат менее 70 см. Неаккуратно закрашивает круг (часто и грубо пересекает линию, много больших пробелов) или тратит на это более 70 с
3. Внимание и память	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, психомоторного характера

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. Саратов: Радуга, 1986.183с.
2. Алямовская В.Г. Как воспитать здорового ребенка. Опыт создания авторской программы на базе дошкольного учреждения № 199 г. Н. Новгород. М, 1993.
3. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? Г.А. Арина, Н.А. Коваленко Школа здоровья. 1995. Т.2.3.116-125.
4. Бережная Н.Ф. Дошкольная педагогика. Январь - февраль, 2007. Использование песочницы в коррекции эмоционально-волевой и социальной сфер детей раннего младшего дошкольного возраста.
5. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте М.: Просвещение, 1968. 468с.
6. Бурмистрова Н.Н. Особенности поведения детей и педагогическая работа с ними при некоторых острых детских инфекциях (скарлатина, корь): Автореф. дис. канд. психол. наук. - М., 1996. - 23 с.
7. Волкова Е. Трудные дети; или трудные родители? Е. Волкова. М.: Педагогика; 1992-96с.
8. Грабенко Т.Н., Т.Д. Зинкевич-Евсигнеева, Чудеса на песке. Песочная игротерапия.СПб.:Институт специальной психологии

- педагогике, 1998. Михеева А.А., Смирнова Е.О. Школа здоровья. 1999 №-1 55-73 с.
9. Грабенко Т.Н., Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры. СПб.: Детство-Пресс, 2002.
 10. Груздева О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития: Монография О.В. Груздева. Красноярск: РИО КГПУ им.В.П. Астафьева, 2004.160с.
 11. Дубовик Е.Ю. Тревожность у детей дошкольного возраста: учебное пособие по спецкурсу по психологии "Тревожность дошкольника"; Красноярск. гос. пед. университет им.В.П. Астафьева, 2006. - 100 с.
 12. Исаев Д.Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков Д.Н. Исаев.Л., 1988. Т.2.287с.
 13. Касаткин В.Н., Михеева А.А. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей и у пациентов с бронхиальной астмой 1998.157с.
 14. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка - пациента соматической клиники. Практикум. - Красноярск-Ярославль, 2006. - 87 с.
 15. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей. - Красноярск, 2004. - 152 с.
 16. Кулакова Н., Грабенко Т.Н. Мой ребенок. 2003. Май. Следы на песке.
 17. Кудрявцев В. Т. Психолого-педагогические принципы развивающей оздоровительной работы с дошкольниками // Начальная школа: плюс-минус. 2000. № 7. С. 3—8.
 18. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально личностного развития соматически ослабленных детей: Казань, 1997.202с.
 19. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. –СПб.: Речь, 2001.-220с.
 20. Михеева А.А., Смирнова Е.О. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. - 1999. - № 1. - С.55-73.

21. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. - Красноярск, 2007. - 144 с.
22. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987. - 166с.
23. Штейнхард Л. Юнгинская песочная психотерапия, СПб.: Питер, 200
24. <http://neurosis.ho.ua/anti-rekomendacii.php> - Сайт о неврозах, Антипедагогические рекомендации родителям, А.Курпатов
25. <http://community.yavsemogu.ru/2011/07/29/rekomendatsii-spetsialistov-roditelyam/rol-semi-v-vozpitanii-rebenka> - Клуб по раннему развитию «Я все могу!», Рекомендации специалистов родителям, Роль семьи в воспитании ребенка
26. www.lekoteka.ru – Российская Лекотека

Глоссарий

Лекотека (произошло от шведского слова leso- игрушка и греческого theke- хранилище - это служба психологического сопровождения и специальной педагогической помощи родителям, воспитывающим детей с выраженными нарушениями и проблемами развития.

Педагогической поддержка – это процесс совместной работы обучаемого с преподавателем для определения собственных интересов, целей, возможностей и путей решения проблем (преодоления препятствий), мешающих обучаемому на пути его развития при сохранении человеческого достоинства и при самостоятельном достижении желаемых результатов в обучении, самовоспитании, общении, образе жизни.

Психолого-педагогическое сопровождение — это система профессиональной деятельности психолога, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в ситуациях взаимодействия.

Часто болеющие дети (ЧБД) – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями. ЧБД, таким образом, являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медико-психолого-педагогической поддержке.