

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЁЖНОЙ ПОЛИТИКИ  
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КРАЕВОЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСТВА ДЕТЕЙ  
И ЮНОШЕСТВА ИМЕНИ Ю. А. ГАГАРИНА

*Психолого-педагогическое сопровождение  
семьи детей с ограниченными  
возможностями здоровья*

**ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В  
СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  
ЗДОРОВЬЯ**

Ставрополь  
2016

УДК 808.1  
ББК 74.200.585.00  
П 84

*Автор-составитель:*

**Зайцева Алена Викторовна –**

*заместитель директора по научно-методической работе ГБУ ДО «Краевой  
Центр развития творчества детей и юношества имени Ю.А. Гагарина»,  
кандидат психологических наук, Почетный работник общего образования  
Российской Федерации*

*Ответственный за выпуск:*

**Найденко Галина Валентиновна –**

*директор ГБУ ДО «Краевой Центр развития творчества детей и юношества  
имени Ю.А.Гагарина», кандидат педагогических наук.*

*Рецензент:*

**Тимошенко Наталия Олеговна,**

*заведующая сектором специального образования и здоровьесберегающих  
технологий министерства образования и молодежной политики  
Ставропольского края*

П 84 Профилактика жестокого обращения в семьях, воспитывающих де-  
тей с ограниченными возможностями здоровья: Психолого-педагогиче-  
ское сопровождение семьи детей с ограниченными возможностями  
здоровья / Составитель: А. В. Зайцева. – Ставрополь, ООО ИД ТЭСЭРА,  
2016. – 120 с.

Сборник содержит материалы актуализирующие проблемы насилия и жестокого обращения и семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Приводится краткий теоретический анализ работ зарубежных, отечественных авторов, имеющий целью повышение профессионального уровня педагогов-практиков, необходимость проведения с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья профилактической работы с целью предупреждения любых проявлений насилия и жестокого обращения с детьми, одной из форм которой является социально-психологический тренинг.

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования «Краевой Центр развития творчества детей и юношества имени Ю.А.Гагарина».

Адрес: 355008, г. Ставрополь, ул. Комсомольская, 65, кабинет 143.  
Телефон: (8652) 26-69-52, 26-77-24  
e-mail: kcdutt@mail.ru Сайт Центра <http://centr-gagarina.ru/>

© ГБУ ДО КЦРТДиЮ им. Ю. А. Гагарина, 2016

# Введение

---

Семья, воспитывающая ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, поставлена в особые условия в обществе и по отношению к ребёнку. В процессе своей жизнедеятельности семья сталкивается с проблемами, большинство из которых несвойственно и нетипично с нормально развивающимися детьми. Воспитание ребёнка-инвалида затрудняет функционирование семьи, ставит её членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям. Практика общения с семьями, воспитывающими ребёнка с ограниченными возможностями, показывает, что лишь немногие родители воспринимают судьбу своего ребёнка с особыми нуждами, что ведёт к распаду семей. Отдельные родители отказываются от своего ребёнка ещё в родильном доме, если ребёнок имеет тяжёлую форму заболевания.

В последние десятилетия отмечается рост числа детей с ОВЗ, при этом ребенок с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающийся в семье, также не защищен от насилия.

В связи с тем, что практически любая семья, находящаяся в кризисных обстоятельствах жизни, способна к выживанию и преодолению своих насущных проблем и подчас очень сложных проблем, если она приобретает духовную ориентацию, направленную на единение членов семьи и формирование его готовности совместно понести подвиг созидания новых взаимоотношений, основанных на любви и доверии друг другу, все усилия образовательных учреждений и всего общества должны быть направлены на духовное единение членов семьи.

Существующая в нашей стране система государственного реагирования на домашнее насилие в основном направлена на устранение последствий, в том числе с применением уголовных мер наказания. При этом практически отсутству-

ют профилактические мероприятия. На сегодняшний день мировое сообщество признает проблему насилия, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей как одну из самых острых и злободневных. В связи с этим актуальность данного направления исследований очевидна. Проведенный тщательный теоретический анализ показал, что существенные характеристики понятия насилие, его причины, виды (физическое, сексуальное и психологическое) и формы рассмотрены достаточно подробно. Значительно расширяет проблемное поле исследований понимание пренебрежения нуждами ребенка, как один из видов насилия.

К пренебрежению нуждами ребенка относятся следующие формы:

- оставление ребенка без присмотра;
- не предоставление ребенку питания, одежды, жилья;
- не предоставление медицинской помощи ребенку;
- отсутствие должного внимания, опеки, защиты (безнадзорность);
- отсутствие возможности получения адекватного образования и др.

Работа с родителями должна вестись по трём основным направлениям:

- 1.Связь семьи и образовательного учреждения через родительские комитеты;
2. Всеобуч родителей.
3. Работа с проблемными семьями.

Особое внимание в образовательном учреждении должна занимать работа с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья. Основной целью специального воспитания является создание условий для максимального развития реальных и потенциальных возможностей детей инвалидов и их ранняя социальная адаптация средствами специального образования, профилактика жестокого обращения.

Для нормализации жизнедеятельности семей с детьми – инвалидами необходима специальная психокоррекционная работа с ними как с социальными группами с целью устра-

нения нестабильности и дискомфорта эмоциональных внутрисемейных взаимодействий.

Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, чтобы инвалидность ребёнка не оставалось только личным делом семьи. Родители должны поверить в свои силы и активно решать насущные проблемы своих детей и своей семьи.

## **Психолого-педагогическое сопровождение семьи детей с ограниченными возможностями здоровья**

Проблема проявления насилия в отношении детей представляет собой обширную область, наиболее интенсивно разрабатываемую в мировой психологии и педагогике в последние годы. Как отмечает большинство современных авторов, работающих в области решения данной проблемы, насильственные методы воспитания встречаются достаточно часто в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Семья – это особый мир, внутри которого разворачиваются индивидуальные счастливые и несчастливые истории человеческих взаимоотношений, формируется либо деформируется личность ребенка. Для ребенка, имеющего дефект психического или соматического характера, семья, как первичное, наиболее эмоционально значимое пространство жизнедеятельности, должна выполнять свое базовое предназначение – стать для него своеобразной коррекционно-развивающей средой, обеспечивающей компенсацию дефекта. Включаясь в такую среду, ребенок с ограниченными возможностями здоровья учится возмещать свои природные недостатки, обретает возможность справиться с возрастными задачами иными путями. Однако жизнь большинства семей, в которых рождается такой ребенок, сопровождается целым рядом деструктивных переживаний (вины, разочарования,

страха, одиночества, душевной боли, отчаяния), и родители зачастую сами нуждаются в психологической помощи, не имея ресурсов для создания условий, способствующих его адаптации и развития. Именно поэтому особая деятельность по психолого-педагогическому сопровождению таких семей является востребованной и актуальной.

При планировании основных направлений работы специалиста с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, важно особое внимание уделять реакциям родителей и возможности оказывать им консультативную помощь на том или ином этапе. В контексте этого подхода необходимо знать особенности семей, воспитывающих ребенка-инвалида, понимать, какие чувства испытывают родители.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, – это деятельность, направленная на актуализацию коррекционных ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность ее функционирования, особенно в периоды кризисов, связанных с воспитанием и развитием ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что позволяет создавать соответствующее возрасту ребенка коррекционно-развивающего пространство, формировать и реализовывать адекватные потребностям ребенка стратегии воспитания, базирующиеся на конструктивных родительских установках и позициях по отношению к нему.

Следует отметить, что в последнее время термин «сопровождение» достаточно часто употребляется педагогами и психологами в различных ситуациях и применительно к различным задачам. А что означает это понятие «сопровождать»?

В «Толковом словаре русского языка» (под редакцией Д. Ушакова) читаем: сопровождать – значит – производить одновременно с чем-нибудь, сопутствовать чему-нибудь, следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, ведя куда-нибудь или идя за кем-нибудь.

Понимание сути психолого-педагогического сопровожде-

ния семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, в наибольшей степени предполагает ориентацию на идею ведения, нахождения рядом («аккомпанемента»), и в меньшей степени деятельность специалистов по сопровождению должна быть созвучна теме жесткого директивного ведения и конвоирования.

Понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ) в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» трактуется так: «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и психическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующее получению образования без создания специальных условий».

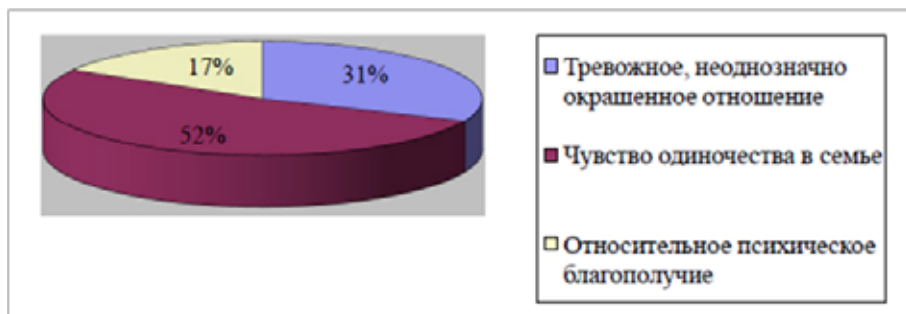
Анализ литературы показывает, что в настоящее время имеются значимые психолого-педагогические разработки, касающиеся вопросов личностной сферы родителей (в большей степени – матерей).

В рамках психодинамического подхода, отталкиваясь от взглядов З. Фрейда, современные исследователи проблемы материнско-детских отношений выделяют мать как центральный элемент диады «ребенок–мать». В качестве провоцирующих условий, нарушающих адекватное материнство, авторы выделяют внешнюю ситуацию, носящую травмирующий характер, и внутреннюю ситуацию, которая раскрывает невротическую структуру личности, описанную в трудах К. Хорни, А.Адлера, Е. Скаффера и др.

Сталкиваясь с препятствиями и сложными жизненными ситуациями (а рождение ребенка-инвалида – это, безусловно, именно такая ситуация), личность, как показано в работах отечественных и зарубежных авторов А.Г. Асмолова, Б.С. Братуся, Ф.Е. Василюка, Т.Б. Карцевой, Р.Х. Шакурова, В. Франкла и др., изменяется в отношении к себе, социуму и деятельности. В этом случае в качестве определяющего фактора, помогающего преодолеть это препятствие, авторы выделяют уровень развития мотивационно-потребностной сферы.

В психолого-педагогических исследованиях, проведенных В.А. Вишневым, Б.А. Воскресенским, Р.Ф. Майрамян,

И.А. Скворцовым, Л.М. Шипициной и др., описывается психотравмирующее влияние ребенка с отклонениями в развитии на отношения в семье и возникновение в связи с этим психопатологических расстройств у матерей. Так, психологическое исследование межличностных отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, проведенное Л.М. Шипициной, показало, что большинство семей не в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, связанными с появлением ребенка-инвалида в семье. В большинстве из них имеют место конфликтность, тревожность, эмоционально неоднозначно окрашенные семейные отношения, отчужденность, одиночество в семье (см. диаграмму).



*Диаграмма. Характер семейных отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья*

Проведенный анализ показывает, что в такой ситуации семья вправе рассчитывать не только на материальную поддержку со стороны государства, но и на помощь в организации, налаживании социальной, бытовой, воспитательной и психологической сфер ее жизни.

Проблеме комплексного подхода к вопросу о социально-психологической адаптации семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, посвящены исследования Т.А. Добровольской, И.Ю. Левченко, М.М. Семаго, В.В. Ткаченко, О.В. Солодянкиной, Е.Р. Баенской и др.

Рассмотрение проблем детско-родительских отношений



в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, частично представлено в работах Т.Г. Богдановой, А.И. Захарова, Б.Д. Корсунской, Н.В. Мазуровой, Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной, А.Р. Маллера, А.Н. Смирновой, А.С. Спиваковской, Л.М. Шипицыной и др. Данной проблеме посвящены работы таких зарубежных авторов, как Д. Добсон, Р. Скиннер, Д. Клигз, Н. Финни, К. Флейк-Хобсон и др. Однако эти исследования в основном носят рекомендательный характер, касаются разработки специальных мер, направленных на реабилитацию детей конкретных нозологий, т. е. они ориентированы на узкопрофильную помощь.

Анализ имеющейся психолого-педагогической литературы по проблеме показал, что семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваются в большинстве случаев через призму особенностей развития самого ребенка, характера его инвалидности. Комплексное психолого-педагогическое сопровождение таких семей – относительно новая сфера деятельности специалистов. На сегодняшний день ощущается недостаток работ, в которых были бы описаны знания и опыт, накопленные в данной области. В этой связи представляется целесообразным подробнее остановиться на вопросах, касающихся закономерностей жизненных циклов семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также проблем социальной адаптации таких семей.

На основе теоретических положений, целенаправленным будет для изучения в отношении в семье следующий диагностический инструментарий:

1. Изучение личных карт здоровья детей.
2. Беседы со специалистами учреждения.
3. Наблюдение за детьми с ОВЗ с целью выявления особенностей поведенческих реакций в процессе игровой деятельности,
4. Родительский опросник Волковой К.Н.
5. Представление о семье как системе (системная модель семьи).

В процессе беседы со специалистами образовательной ор-

ганизации определяется социальный статус семей изучаемого контингента детей. Для благополучных семей характерен высокий образовательный уровень родителей, благоприятный социально-психологический микроклимат в семье, адекватное восприятие своего ребенка. Не благополучные семьи характеризуются асоциальным поведением на почве алкоголизма, а также низкий социокультурный статус. В таких семьях регистрируется низкий образовательный уровень родителей, отсутствие единой воспитательной системы, преобладание конфликтных ситуаций, вербальной агрессии по отношению к другим членам семьи.

Большой процент составляют неполные семьи (22.5 %), причем в большинстве из них причиной распада семьи явилось рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В структуре таких семей преобладают матери одиночки, которые, как правило, вынуждены были изменить место работы (часто с понижением зарплаты), и они не рассматривают перспективу создания новой семьи. Итогом является формирование неправильных установок в воспитании детей. В ряде случаев обнаруживается симбиотическая связь с ребенком, причем в этих отношениях в большинстве случаев нуждается мать. Она требует от ребенка компенсации духовно-нравственных, эмоциональных и материальных затрат, в свою очередь ребенок находится в ситуации насилия. Он не может в силу своих возрастных и психологических особенностей адекватно оценить жертву матери и реализовать возлагаемые на него надежды. Еще 7.2 % семей составляют те, в которых родители сами имеют отклонения в развитии. В системе детско-родительских отношений преобладают стереотипные установки в воспитании и оценке жизненных перспектив ребенка.

Отзывы специалистов о поведении ребенка свидетельствуют о переносе модели взаимодействия с родителями на межличностные отношения со сверстниками. Это проявляется в демонстрации агрессивных форм поведения, жестокого обращения и искаженных форм общения.

В процессе наблюдения за детьми анализировались: игро-

вая деятельность; межличностное общение; особенности психоэмоционального развития в процессе выполнения продуктивных видов деятельности.

Наблюдение за игровой деятельностью поможет преобладание предметных игр в старшем дошкольном возрасте при отсутствии использования предметов-заместителей в игре. Ведущей у таких детей длительно остается «игра рядом». В процессе разворачивания сюжетно-ролевой игры присутствует неумение распределять роли, склонность к выбору стереотипных образов и действий, соскальзывание с определенных ролей. При анализе продуктов деятельности детей (на примере оценки продуктов изобразительной деятельности) отмечен приоритет предметного рисования с отсутствием детализирования изображения (человек без кистей рук, без обуви, с не прорисованными частями лица). В рисунках старших дошкольников часто использовались темные тона, сильные нажимы и нестандартное пространственное расположение деталей. Эти признаки указывают на наличие высокого уровня тревожности, проявлений агрессивности, эмоциональной неустойчивости, лабильности, конфликтности и защитных реакций. Данные проявления являются результатом как самого психоэмоционального статуса, так и отношения к ребенку со стороны родителей.

В родительском опроснике Волковой К. Н. раздел «А» ориентирован на сбор информации о семье, в ходе которого выявлялись основные паспортные данные респондентов.

Раздел «Б» представлен в виде 34 вопросов, направленных на выявление различных факторов насилия, где целью является изучение физического и психологического насилия, а именно:

– дефект ребенка выступает раздражительным фактором (ребенок не видит, не слышит, не понимает, обездвижен);

– проявление агрессивности, эмоциональной неустойчивости, лабильности, конфликтности и защитных реакций. Данные проявления являются результатом как самого психоэмоционального статуса, так и отношения к ребенку со сто-

роны родителей.

– в семьях, где родители сами имеют отклонения в развитии, показатели психологического насилия низкие, что свидетельствует о низком пороге тревожности родителей в отношении своих детей.

Показатели физического насилия находятся в диапазоне следующих ответов:

– в неблагополучных семьях физическое насилие, которое включает в себя удары с помощью какого-либо предмета, преобладает в количестве «3-5 раз» – «6-10 раз»;

– в неполных семьях физическое насилие с помощью веника, палки, розог или ремня присутствует единично («однажды или дважды»);

– в семьях, где родители сами инвалиды, присутствовали противоречивые ответы: «ни разу за последний год» или же «6-10 раз».

Физическое насилие, которое включало в себя удары ногой, трясение, удушение, щипание, обжигание, ошпаривание и другое, независимо от статуса семьи было представлено единственным ответом «никогда».

Как показали дополнительные исследования и опыт практической работы, эти данные маскируют реальную картину жизни таких детей.

Вариант физического насилия с публичными унижениями, запиранием в темной комнате и др. использовались родителями всех категорий семей «однажды или дважды» или «никогда».

Важнейшим инструментом в проведенном исследовании явился модифицированный вариант родительского опросника. Модификация была связана с введением дополнительной секции «Г», представленной девятью вопросами, которые позволили детализировать наличие тенденций насилия в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Представление о семье как системе (системная модель семьи):** успешность и результативность деятельности по психолого-педагогическому сопровождению семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, во многом зависит от той теоретической

модели семьи, в рамках которой будут осуществляться ее анализ и диагностика. С нашей точки зрения, **системная модель** семьи наиболее эффективна и практична, так как позволяет специалистам по сопровождению сформировать целостное представление о структуре и характеристиках семейного пространства, дает в руки ориентиры для понимания и прогнозирования поведения членов семьи, позволяет точно выделять точки приложения сил по гармонизации внутрисемейных отношений и, в конечном итоге, усиления коррекционно-развивающего потенциала.

В рамках системной модели любая семья может быть охарактеризована рядом параметров. Для диагностики семейных дисфункций и нарушений, нуждающихся в дальнейшей коррекции, выделяются следующие характеристики семьи как системы.

– Стереотипы взаимодействия, определяющие диапазон поведения, требования,

– Семейные правила,

– Семейная история,

– Семейные мифы,

– Сплоченность,

– Альянсы и коалиции,

– Гибкость,

– Иерархия,

– Субсистемы,

– Границы.

Семья, имеющая ребенка с ОВЗ, на протяжении всей жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными причинами. Это чередование взлетов и еще более глубоких падений. Семьи с лучшей психологической и социальной поддержкой легче преодолевают эти состояния. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть семейных кризисов на разных возрастных этапах развития ребенка по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Воспитание ребенка с ограниченными возможностями

здоровья затрудняет функционирование семьи и ставит ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям. Помимо того, что родители такого ребенка испытывают трудности, характерные для всех категорий семей, им также свойственны свои специфические проблемы, которые вызывают цепную реакцию неблагоприятных изменений в семье, затрагивающих все основные сферы семейной жизни.

А. Торнбал выделяет следующие периоды, связанные со стрессом на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей с ОВЗ:

– рождение ребенка: получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи;

– школьный возраст: становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (инклюзивное или специализированное обучение), решение вопросов, связанных с поступлением ребенка в школу, внешкольной деятельностью ребенка, переживание реакций сверстников;

– подростковый возраст: привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, планированием общей занятости ребенка;

– период «выпуска»: признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации семьи;

– постродительский период: перестройка взаимоотношений между супругами (если ребенок начал самостоятельную жизнь) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

В каждом из этих периодов можно выделить проблемы самого ребенка-инвалида и проблемы родителей, связанные непосредственно с ним. Особенности детско-родительских отношений сказываются на всех этапах социализации ребенка, что должно учитываться при определении путей помощи семье.

Как следует из анализа психолого-педагогических исследований Н.Д. Левитова, Г.М. Андреевой, Ф.Е. Василюка, А.А.

Налчаджана, И.А. Коробейникова и др., посвященных процессу социализации детей-инвалидов, социальная адаптация семьи в целом является необходимым условием социальной адаптации ребенка. Данный тезис очень важен, поскольку до последнего времени в российских исследованиях семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, не выделялись в отдельную группу. В массовое сознание десятилетиями внедрялся обывательский стереотип о том, что дети с нарушенным развитием рождаются исключительно в семьях с асоциальным поведением. Такой подход является совершенно недопустимым.

Научные исследования, проведенные в рамках изучения проблемы социализации, позволили выделить следующие основные проблемы социальной адаптации семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

– в обществе недостаточно сформировано отношение к инвалиду как к гражданину, в большей степени о нем говорится как о «медицинском» субъекте. Иными словами, все еще преобладает медицинская модель инвалидности, в отличие от социальной модели;

– отсутствует система ранней профилактической и информационной помощи родителям. Родители выиграют во времени, если будут иметь возможность как можно раньше принять это известие, узнать необходимую информацию, познакомиться с семьями, столкнувшимися со сходными проблемами. Во многих странах существует именно такая практика. Особую роль в данном случае играют врачи (гинеколог, генетик, неонатолог) – первые в длинной цепочке специалистов;

– имеющаяся система информирования родителей о том, что родившийся ребенок – инвалид, в значительной степени влияет на их психологическое состояние. Как правило, врачи предоставляют скудную и предвзятую информацию о «бесперспективности» ребенка с патологией и не сообщают, какие достижения может иметь этот ребенок при заботливом воспитании дома;

– среди семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, самый большой процент составляют неполные материнские семьи. 50 % родителей развелись по причине рождения ребенка-инвалида, мать не имеет перспективы вторичного замужества. Поэтому к проблемам данной категории семей прибавляются проблемы неполной семьи;

– стрессовая ситуация и отсутствие системы поддержки на ранних этапах оказывают сильное деформирующее воздействие на психику родителей и являются исходным условием для резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Родительские ассоциации, неправительственные организации начинают подключаться к этой проблеме лишь по прошествии определенного времени, когда в семье уже нарушена психологическая стабильность.

Вместе с тем в настоящее время в России существенно усилилось внимание к детям с ОВЗ:

– законодательство обеспечивает детям с ОВЗ равные условия для эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха. Сложность заключается в механизмах реализации этого положения с учетом региональных особенностей;

– активизируются общественные движения, которые на сегодняшний день являются одним из сильнейших механизмов стимулирования рассмотрения проблем инвалидности – как детской, так и взрослой;

– активизируется работа Всероссийского общества инвалидов, Всероссийского общества глухих, Всероссийского общества слепых и др.

– создано несколько видов общественных организаций и ассоциаций, занимающихся проблемами инвалидов (взрослых и детей), которые в том или ином виде разрабатывают и внедряют программы, направленные на социальную адаптацию семей, воспитывающих ребенка с ограниченными воз-



возможностями здоровья.

В контексте рассмотрения механизмов социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, наиболее значимой представляется социально-экологическая модель, предложенная У. Бронфенбрэннером. Подсистемы социально-экологической модели включают в себя микросистему, мезосистему, экзосистему и макросистему. К изучению семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, данную модель впервые применил Д. Митчелл. С точки зрения Д. Митчелла, микросистема представляет собой набор паттернов поведения, ролей и межличностных взаимоотношений, существующих в семье. В ней можно выделить следующие компоненты: «мать – отец», «мать – особый ребенок», «мать – здоровый ребенок», «отец – особый ребенок», «отец – здоровый ребенок», «особый ребенок – здоровый ребенок».

Опишем примеры потенциальных проблем в различных подразделах микросистемы «семья особого ребенка»:

– «мать–отец»: индивидуальное состояние каждого и гармоничность отношений до рождения ребенка, необходимость принять ограничения ребенка;

– «мать – особый ребенок»: депрессия, чувство вины, самообвинение, проблема отношения к ребенку;

– «мать – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;

– «отец – особый ребенок»: отказ отца от физического и психологического участия в заботе об особом ребенке;

– «отец – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;

– «особый ребенок – здоровый ребенок»: чувство вины, стыда, страх «заразиться» нарушениями или вера в то, что ты уже «заразился»; «порабощение» особым ребенком здорового брата или сестры, амбивалентные чувства здорового

ребенка по отношению к брату/сестре с нарушениями.

Микросистема (в первую очередь семья), по мнению Д. Митчелла, функционирует в мезосистеме, включающей в себя ближайшее окружение семьи и поле ее активных действий.

Основные элементы мезосистемы:

– врачи и медицинские работники: восприятие диагноза ребенка, глубина профессиональных знаний и способностей, отношение специалистов к особым детям и их семьям, способность специалистов быть с родителями честными, но доброжелательными, человечными и готовыми помочь;

– родственники: отношение дедушек и бабушек к внуку с нарушениями развития, готовность дедушек, бабушек и других родственников облегчить стресс родителей, предоставляя им физическую и психологическую помощь;

– друзья/соседи: открытое и сочувственное отношение, готовность помочь родителям справиться с чувствами вины и неловкости;

– знакомые, коллеги: отношение к членам семьи как к нормальным людям, без излишнего и навязчивого внимания к ограничениям их ребенка;

– программы раннего вмешательства, которые могут оказать семье особого ребенка огромную помощь;

– другие родители: группы поддержки для родителей, братьев и сестер предоставляют социальную, психологическую и практическую помощь, могут с помощью коллективных действий влиять на социальную политику.

В экосистему входят условия, на которые семья не может активно повлиять, но которые влияют на семью. Д. Митчелл считает, что примером экосистем могут служить:

– средства массовой информации: формируют отношение населения к людям с ограниченными возможностями здоровья, изображая их несчастными, ни на что не способными, никому не нужными или, напротив, сильными, талантливыми, заслуживающими уважения и любви;

– система здравоохранения: семьи детей с тяжелыми нарушениями особенно зависят от системы здравоохранения;

– социальные службы: для благосостояния некоторых се-

мей жизненно важна финансовая помощь и другие виды государственной поддержки; пенсия по инвалидности также помогает выжить нуждающимся семьям;

– система образования: возможность получить доступное ребенку образование.

И, наконец, существует макросистема, отражающая принятые в обществе ценности:

– этнические, культурные, религиозные и социально-экономические: влияют на то, как члены семьи воспринимают нарушения ребенка, и могут сыграть важную роль в стиле взаимодействия семьи с государственными учреждениями и общественными организациями; социально-экономический статус непосредственно определяет физические ресурсы семьи;

– экономические и политические ценности: состояние экономики и политическая атмосфера могут оказать непосредственное влияние на государственные программы помощи особым детям и их семьям.

Как видно из описанной выше модели, для того чтобы понять, как функционирует семья, воспитывающая ребенка с нарушениями развития, недостаточно изучить одного ребенка, или пару «ребенок–мать», или даже динамику семьи в целом. Все важнее становится исследовать семью в широком социальном, экономическом и политическом контекстах.

Опираясь на вышесказанное, сформулируем основные позиции, в соответствии с которыми должны строиться основные пути психолого-педагогической помощи и поддержки семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также систематизируем ряд вопросов, касающихся психолого-педагогической работы по социальной адаптации такой семьи. Содержание этой работы включает в себя многообразные теоретические и практические направления и заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки семье и ее отдельным членам в проблемных ситуациях.

Опишем основные функции, которые выполняет при этом специалист:

– информационная функция: специалист предлагает семье или ее отдельным членам дидактическое изложение информации, владение которой позволило бы устранить недостаточную психолого-педагогическую и социальную компетентность;

– поддерживающая функция: специалист обеспечивает психологическую поддержку, которая отсутствует или приняла искаженные формы в реальных семейных отношениях;

– посредническая функция: специалист в роли посредника содействует восстановлению нарушенных связей семьи с миром и ее членов между собой;

– функция развития семьи как малой группы: специалист помогает членам семьи развивать основные социальные умения и навыки, такие, как навыки внимательного отношения к другому, понимания нужд окружающих, умения оказывать поддержку и разрешать конфликтные ситуации, выражать свои чувства и замечать чувства других людей. Специалист также способствует поиску ресурсов семьи, позволяющих каждому из ее членов осознать и использовать возможности для саморазвития;

– функция обучения родителей и детей: специалист раскрывает перед родителями всю многогранность коррекционного психолого-педагогического процесса работы с ребенком, знакомит с принципами построения таких форм взаимодействия с ребенком, при которых он чувствует себя уверенно и комфортно. При этом специалист может способствовать развитию навыков общения, приемов саморегуляции и самопомощи.

В соответствии с вышеперечисленными функциями можно выделить следующие виды психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

– информирование: специалист может предоставить семье или отдельным ее членам информацию о закономерностях и особенностях развития ребенка, о его возможностях и ресурсах, о сущности самого расстройства, которым страдает их ребенок, о вопросах воспитания и обучения такого ребенка и т.д.;

– индивидуальное консультирование: практическая помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья, суть которой заключается в поиске решений проблемных ситуаций психологического, воспитательно-педагогического, медико-социального и т.п. характера. Рассматривая консультирование как помощь родителям в налаживании конструктивных отношений со своим ребенком, а также как процесс информирования родителей о нормативно-правовых аспектах будущего семьи, вытаскивания их из «информационного вакуума», прогнозирования возможностей развития и обучения ребенка, можно выделить несколько моделей консультирования, самой адекватной из которых является трехсторонняя модель, предусматривающая ситуацию, когда во время консультации родителей консультант должен оценивать и учитывать характер проблем и уровень актуального развития самого ребенка;

– семейное консультирование (психотерапия): специалист оказывает поддержку в преодолении эмоциональных нарушений в семье, вызываемых появлением особого ребенка. В ходе занятий применяются такие методы, как психодрама, гештальттерапия, транзактный анализ. Эти методы способствуют формированию психологического и физического здоровья, адаптации в обществе, принятию себя, эффективной жизнедеятельности;

– индивидуальные занятия с ребенком в присутствии матери: подбираются эффективные методы воспитательно-педагогического воздействия на ход психического развития самого ребенка и результативные способы обучения родителей коррекционно-развивающим технологиям;

– групповая работа: организация работы родительских и детско-родительских групп.

Поскольку участникам таких групп предоставляется возможность поделиться собственным опытом и узнать об опыте других, трансформировать картину переживаний и приобрести навыки саморазвития как основы личностной позиции, данный способ оказания помощи семьям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможно-

стями здоровья, является одним из самых эффективных.

Практика показывает, что психолого-педагогическая помощь оказывается более продуктивной, когда с семьей работает команда специалистов, нацеленных на общий результат. В этом случае для каждой конкретной семьи разрабатывается своя индивидуальная комплексная программа реабилитации, в которой объединены элементы психологической коррекции, педагогического воздействия, дефектологии, социальной работы. Работа в команде позволяет избежать ряда проблем, связанных со спецификой работы с семейной системой, например, тенденции присоединиться и образовать коалицию с одним из членов семьи. Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Направления, формы, методы, средства и принципы психолого-педагогической помощи родителям детей с ограниченными возможностями здоровья:

Л.П. Боровой (1998) и ее соавторами были выделены следующие основные **функции психолога**, работающего с семьей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья:

– организаторская (организовывать занятия с детьми и их родителями),

– информативная (информировать семью о том, где можно получить медицинскую, социальную помощь, в том числе и в отношении прав и льгот ребенка и его семьи),

– посредническая (быть посредником между семьей и другими социальными институтами: больницей, учебными заведениями, социальными организациями),

– осуществление психолого-педагогической и социально – бытовой адаптации и поддержки ребенка и его семьи,

– диагностика и коррекция «особенностей» ребенка.

Таким образом, можно говорить о многофункционально-

сти психологов и социальных работников, что, в свою очередь, требует от них комплекса разнообразных знаний, умений и навыков.

Следует так же отметить важность системного подхода в оказании помощи этой категории населения, на необходимость существования которого указывают исследователи. Однако, часть респондентов (около 33%) указывают на отсутствие такой системы, ее несовершенство. В этом плане, в основном, используется зарубежный опыт, адаптированный к условиям нашей страны.

Система психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, включает в себя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и помощь их родителям.

Психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья:

Можно сформулировать следующие направления работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

– медицинское (с детским врачом, невропатологом, психоневрологом, дефектологом, логопедом, массажистом и др.);

– социальное (с социальным работником – удовлетворение информационного голода, социальных нужд для данной категории населения);

– психолого-педагогическое (с педагогом-психологом, психологом, психотерапевтом – работа по улучшению эмоционального состояния, социальной адаптации, работа с акцентуациями или психопатией, если таковые имеются).

Средствами также являются:

1) психолого-педагогическое просвещение педагогов, социальных и медицинских работников в таких вопросах как особенности психического развития хронически больного и соматически ослабленного ребёнка; критические периоды развития и специфика воспитательных подходов на данном этапе развития личности; экология общения;

2) специальная тренинговая подготовка сотрудников центра (развитие навыков социальной перцепции, коммуникации и позитивного взаимодействия, осознание собственных

личностных особенностей и стиля педагогического общения);

3) подготовка методических рекомендаций и анализ отдельных случаев трудностей позитивного взаимодействия в процессе воспитания, которые могут быть использованы педагогами и медицинскими работниками с целью оптимизации процесса комплексной реабилитации;

4) проведение медико-психолого-педагогических консилиумов, позволяющих уточнить причины затруднений в обучении и поведении у детей, выработать целостное видение проблемы и гуманистические по содержанию подходы к её решению.

Безусловно, существуют и *другие методы*, используемые в работе с данной категорией детей. Среди них можно отметить:

- игровые (игротерапия);
- арттерапия;
- метод интерактивной работы, взаимодействие;
- беседа;
- наблюдение;
- клоунотерапия;
- трудотерапия.

Выбор методов зависит от состояния и заболевания ребенка.

Психолого-педагогическая помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья:

Основными **направлениями работы** с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья являются социальное и психолого-педагогическое. **Форма** такой работы может быть индивидуальной или групповой.

Как считает Р. Мэй (1999): «Для того чтобы в человеке начали происходить позитивные изменения, он должен пройти через страдания и отчаяние. Пациент будет пребывать в бездействии, пока его страдание не станет невыносимым. Подобное состояние является необходимым условием излечения в психотерапии» [31, С. 94]. Это одна из точек зрения. Ей созвучна точка зрения К.Г. Юнга, которую в своей работе упоминает Р. Мэй (1999). К.Г. Юнг утверждал, что «переживая душевные



страдания, человек не только растет духовно, но и черпает силы для духовного творчества» [31, С. 92]. Отсюда вытекает один из основных принципов консультирования родителей с детьми-инвалидами: консультант должен стремиться не столько избавить клиента от переживаний, сколько направить их в конструктивное русло. Страдание – не единственный способ роста, хотя в работе с родителями детей с ограничениями жизнедеятельности этот способ может быть использован.

Но нужно помнить, что «врач создает условия, а бесконечность вырабатывает лекарство» [31, С. 54].

Применим для работы с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья метод психологической работы Ранка О. – это воздействие эмпатической связи, установившейся между клиентом и консультантом. Целью этого метода терапии является отождествление пациента с позитивной волей терапевта, при этом пациент получает от последнего дополнительные силы для преодоления своей отрицательной воли (Мэй Р, 1999).

Средствами этого метода являются беседа, информирование, консультирование и др., проводимые в индивидуальной форме.

Каждая личностная проблема — в определенном смысле проблема нравственная, поскольку касается главного вопроса этики: «Как следует жить?» Проблему клиента надо рассматривать не с точки зрения морали, а как вопрос душевного здоровья. Творческая самостоятельность личности всегда сумеет правильно разрешить те нравственные проблемы, которые поставит перед ней жизнь. Выработка именно такого отношения к жизни также является целью консультирования.

Другие исследователи (Черникова Т.В., 2000; Рыженко И.В. и Карданова М.С., 2003) подходят к проблеме с другой стороны. Они говорят о существовании закономерностей переживания в семье случившегося, и эти закономерности совпадают с этапами решения жизненной творческой задачи. Разные исследователи выделяют разные этапы переживания семьями случившегося и соответствующие им тактики помощи се-

мьям. Так, например, И.В. Рыженко и М.С. Карданова (2003) в своей статье «Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи», выделяют следующие четыре стадии: отрицания, агрессии, депрессии, принятия. Следует отметить, что все перечисленные стадии не располагаются в строгом порядке и могут менять очередность. В лучшем случае, на проживание данного «цикла горя» уходит от полугода до 2-3 лет. В худшем – принятие появления больного ребенка не наступает и происходит «застревание» на какой-либо из стадий, что приводит к нарушению адекватности контактов с людьми.

В связи с этим возникает необходимость сохранения и поддержания психического и психологического здоровья членами семей с ребенком-инвалидом. Поскольку семья является первичной средой развития ребенка, члены семьи, формирующие эту среду, должны стать первыми, кому оказывается психологическая помощь, в случае рождения больного ребенка. Направленность и содержание психологических (и психопрофилактических) усилий определяется тем обстоятельством, что последствия хронического социально-психологического стресса, в котором пребывают семьи с ребенком-инвалидом, имеют тенденцию приводить к патологическому развитию личности (Боев И.В., 1999).

Психологическая помощь – это воздействие на чувства, импульсы, мысли, отношения, способствующие снятию психологических проблем, беспокоящих клиента (Алексеева Л.С., 1998); это предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинная и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психологического и психического здоровья, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости (Менделевич В.Д., 2001).

Цель психологической помощи родителям детей с ОВЗ заключается в содействии адекватной социальной адаптации в условиях изменившихся микросоциальных факторов. Ожидаемые изменения должны касаться трех плоскостей: познавательной сферы (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание), эмоциональной и поведенческой сфер. Тактика психолога, психотерапевта зависит от того, на какой стадии переживания случившегося находится клиент. Обобщенно это можно представить следующим образом:

– В стадии отрицания мы не должны мешать родителю больного ребенка.

– В стадии агрессии целесообразно дать клиенту «выплеснуться», принять агрессию на себя из милосердия к клиенту.

– В депрессивной стадии необходимо эмпатийно разделить переживание.

– В стадии принятия необходимо оптимистично поддерживать клиента.

В работе с родителями и членами семей детей-инвалидов на групповых и индивидуальных занятиях мы используем следующие направления: кататимно – имагинативное переживание образов (Обухов Я.), семейную психотерапию (Эйдемиллер Э.Г., 1999; Варга А.Я. и др.), групповая психотерапия (Карвасарский Б.Д.), социально-психологический тренинг (Сидоренко Е.В., Хрящева Н.Ю.), аутогенную тренировку (Шульц И.), гипносуггестивные методы, музыкотерапию, цветотерапию, ароматерапию, воздействие эффектов сенсорного оборудования и др.

В отдельные блоки психологической помощи, по мнению И.В. Рыженко, И.С. Кардановой (2003), выделено образовательное направление, которое позволяет родителям получать знания о воспитании, обучении «нетипичных» детей, а также информировать население о проблемах детей-инвалидов и их семей через средства массовой информации и воспитание гуманного отношения к детям-инвалидам у школьников общеобразовательных школ (тренинги, беседы)».

А Т.В.Черникова (2000) в своей статье «Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на раз-

ных этапах переживания случившегося», выделяет следующие стадии переживания семьей случившегося: осознание ситуации и ее анализ, актуализация прежнего опыта, дискредитация этого прошлого опыта и/или отказ от него, создание нового знания и его реализация. Форма оказания помощи, по Т.В. Черниковой, – групповая семейная терапия. Одновременно с выявлением особенностей динамики восприятия случившегося предстоит выявить наиболее действенные средства оказания поддержки, соответствующие различным этапам переживания.

Т.В. Черникова (2000) предлагает в начале психологической помощи родителям проводить диагностику восприятия и переживания случившегося, а так же диагностику эмоционального состояния родителей.

Первый этап — осознание случившегося в семье. Сопровождается эмоциональным состоянием безысходности, «моральным потрясением», отчаянием и слезами. Средствами психологической работы на данном этапе являются:

1. Информирование о заболевании и возможностях его лечения;
2. Обучение обоих родителей специальным навыкам по уходу за ребенком;
3. Своевременная медицинская помощь в начале заболевания;
4. Эмоциональная поддержка, содействующая более спокойному оцениванию случившегося и усилению адекватности восприятия ситуации;
5. Привлечение нужных специалистов-консультантов и спонсорских денежных средств для организации медицинской и социальной поддержки на первом этапе переживания случившегося.

Помощь психолога на этом этапе должна носить в большей степени эмоционально поддерживающий, информационный и посреднический характер.

Второй этап характеризуется первичным ростом напряжения, актуализирующего привычные способы решения проблем. У одних это проявляется в форме поисковой активности,

цель которой – узнать как можно больше о болезни ребенка и постараться своевременно оказать ему помощь. В этот период появляется настоятельная потребность родителей во вспомогательных средствах лечения (Каткова Л.П., 1994).

На этом этапе развития событий средствами педагога-психолога продолжает оставаться оказание квалифицированной информационной и посреднической помощи. При этом цель его работы — психологическая поддержка активности родителей и совместная с ними экспертная оценка предпринимаемых действий.

Когда усилия родителей не приносят желаемого улучшения, увеличивается психологическое напряжение и может происходить отказ от продолжения дальнейших активных действий. Часто это бывает тогда, когда обращение к найденному наконец нужному специалисту происходит слишком поздно. Появляется сомнение в необходимости и впредь тратить силы и время. Хотя потребности родителей в это время остаются прежними, на данном этапе переживания ситуации происходит своего рода переоценка прошлого опыта отношения к событию (Каткова Л.П., 1994).

Дальнейшее развитие событий происходит в основном в двух направлениях: люди либо мобилизуют внешние и внутренние источники развития и преобразования сложившегося положения, либо мирятся с ним. Предшествующий опыт активности позволяет сформировать несколько иное отношение к жизни с ребенком с ограничениями жизнедеятельности. Чаще на ребенке как бы негласно «ставят крест» – дома, в школе, в поликлинике. Родители пытаются извлечь выгоды для себя из ситуации с больным ребенком.

Деятельность специалиста по расширению информированности о возможностях реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья на этом этапе не всегда находит поддержку в семье. Цель специалиста состоит в поддержании мотивации родителей активно заниматься своим ребенком, хотя направление активности, как правило, меняется. Средством работы сотрудника социально-психологической службы является содействие процессу социализации де-

тей с ограниченными возможностями здоровья посредством организации их интеллектуального развития и расширения возможностей обучения практическим навыкам (Климова Ю.А., 2001).

Некоторые родители отмечают, что со временем приходит новое видение своей ситуации, в связи с чем другими становятся их действия. Родители понимают, что для облегчения участи ребенка надо рассчитывать на собственные ресурсы – личностные, интеллектуальные, коммуникативные, профессиональные. Такие родители, как отмечает Т.В. Черникова (2000), принимают новую стратегию жизни, дети воспринимаются ими уже не только как источник постоянной тревоги, но и как источник радости. Такие родители выходят за пределы проблем своей семьи и устанавливают связи с другими подобными семьями.

Реализация названных выше идей и целей психологической психотерапии семьи с ребенком с ограничениями жизнедеятельности, по мнению Г.Т. Коментускаса (1989), предполагает решение следующих **задач**:

- ребенок и члены семьи приобретают навыки понимания себя, своих чувств и чувств близких;
- родные учатся поддерживать больного, не забывая о собственных потребностях, поддерживая его самостоятельность и инициативу;
- семья стремится поощрять не болезнь, а здоровье.

Атмосферу поощрения здоровья позволяет создать следование таким **правилам**: не лишать больного возможности заботиться о себе самом; поощрять любые проявления его инициативы, направляя её в продуктивное русло; отмечать любое улучшение в состоянии больного; заниматься с ним деятельностью, не относящейся к болезни; по мере выздоровления больного резко не сокращать внимание к нему, чтобы ребенок не принял любовь и заботу близких как награду за болезнь, чтобы не опасался потерять их по мере выздоровления и т.д. (Абрамова Г.С., 1999).

Дополнительные правила:

- Педагогический такт родителей;

– Знание возрастных и индивидуальных особенностей детей;

– Авторитет и личный пример родителей;

– Культура быта в семье (Абрамова Г.С., 1999).

Таким образом, психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение детей с ОВЗ необходимо на протяжении всего периода их обучения. Для семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, важным является максимальное развитие потенциальных возможностей ребенка и успешная интеграция его в обществе. Поэтому родителям необходимо своевременная помощь в воспитании этой категории детей, в том числе социально – психологическая по преодолению их отчужденности в обществе.

### **Характеристика семьи, имеющей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, для решения проблем социализации и профилактики жестокого обращения**

Появление в семье ребенка с ОВ всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья спланируется. Отец в семье с больным ребенком — единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно — это надомный труд). Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психозэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто

матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ОВ. Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей. Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата. Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития, или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Врачей всегда интересовала проблема общения тяжело больного ребенка с родителями. Любой женщине, ставшей матерью, приходится выдерживать очень много нагрузок в первый год жизни малыша. Это тем более непросто, когда мама знает, что у ребенка серьезные нарушения. Мама, которая подсознательно хочет видеть своего ребенка здоровым, веселым, послушным, находится в сложном положении, следствием которого, как правило, является внутриличностный конфликт. В результате этого у нее бессознательно могут сформироваться негативные чувства, деструктивные стратегии поведения, осложняющие отношения и с ребенком, и с другими членами семьи, и в первую очередь, с самой собой. По мнению И.В. Карпенковой (2001), главными из них являются:

1. *Чувство вины*. «Я виновата в том, что мой ребенок больной». Как следствие этого – резкое понижение самооценки, потеря уверенности в себе, в своих силах;

2. *Чувство «обиды на жизнь»*. Это другая крайность, которая может быть выражена во фразе: «Другие (акушерки, муж,



наследственность, безденежье и т.п.) виноваты в том, что со мной это случилось». Следствием этой позиции могут стать неадекватная самооценка (завышенная или заниженная), соматические заболевания;

3. *Отказ от ребёнка* или отстранение от него, когда родители делают вид, что ребёнок вовсе и не болен и т.п.

Эти позиции выражены в той или иной степени практически у всех родителей, и особенно у мам, имеющих ребенка с проблемами в развитии. Важно отметить, что мы имеем в виду бессознательные процессы, и поэтому бессмысленно обвинять маму с больным ребенком, что она себя как-то не так ведет. Это ее беда. Многие мамы, осознавая свои проблемы, справляются, приспосабливаются к «новой жизни», т. е. жизни с больным ребенком. Многие из женщин, по сути, посвящают свою жизнь такому ребенку, постоянно пренебрегая своими интересами. Но природа человека так устроена, что, если человек систематически не удовлетворяет свои личностные потребности, то у него формируется чувство неудовлетворенности (собой, жизнью). Это чувство также влечет за собой множество негативных последствий (проблемы со здоровьем, нервозность, сложности в общении и т.д.).

Жестокое обращение с детьми – это не только побои, нанесение ран, сексуальные домогательства и другие способы, которыми взрослые люди калечат ребёнка. Это – унижения, издевательства, различные формы пренебрежения, которые ранят детскую душу. Пренебрежение может выражаться в том, что родители не обеспечивают ребёнка необходимым количеством пищи, одежды, сна, гигиенического ухода. Кроме того, пренебрежение проявляется в недостатке уважения, внимания, ласки, тепла со стороны родителей. Жестокое обращение (насилие) с детьми (несовершеннолетними гражданами, от рождения до 18 лет) – это любое поведение по отношению к ребенку, допускаемое родителями (другими членами семьи), опекунами, попечителями, педагогами, воспитателями, представителями органов правопорядка, которое нарушает физическое или психическое благополучие ребенка, ставит под угрозу состояние его здоровья или

развития. Четыре основные формы жестокого обращения с детьми: Физическое насилие – преднамеренное нанесение физических повреждений. Сексуальное насилие (или развращение) – вовлечение ребёнка с его согласия и без такового в сексуальные действия со взрослыми, с целью получения последними удовлетворения или выгоды.

Психическое (эмоциональное) насилие – периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие на ребёнка, тормозящее развитие личности и приводящее к формированию патологических черт характера. Пренебрежение основными потребностями ребенка (заброшенность, беспризорность) Пренебрежение нуждами ребёнка – это отсутствие элементарной заботы о ребёнке, в результате чего нарушается его эмоциональное состояние, появляется угроза его здоровью или развитию. К пренебрежению элементарными нуждами ребёнка относятся: – отсутствие адекватных возрасту и потребностям ребёнка питания, одежды, жилья, образования, медицинской помощи; – отсутствие должного внимания и заботы, в результате чего ребёнок может стать жертвой несчастного случая.

Какова бы ни была причина, родителям ребенка с нарушениями в развитии необходима психологическая помощь. Это не всегда осознают сами родители и близкие (Карпенкова И.В., 2001).

По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся ко всем, кто пытается общаться с их детьми. Страх и тревога являются основными чувствами этих взрослых (Смирнова Е.Р., 1996).

Данные психологических исследований А.И. Тащевой (1998) свидетельствуют о том, что у близких ребенка-инвалида, за редким исключением, наблюдается:

- хронический стресс, вызванный болезнью дитя, обстоятельствами его лечения и проблемами, связанными с этим;
- озабоченность;
- практичность, дипломатичность;
- высокий уровень тревожности;
- консервативность мышления;

- слабость, хрупкость эмоциональных структур;
- интроверсия;
- социальная робость, подозрительность;
- заниженная самооценка.

Практически все обследованные матери и отцы в исследованиях А.И. Тащёвой, постоянно ухаживающие за детьми, испытывают:

- выраженные чувства вины и стыда перед больными, перед членами семьи, часто разрушившейся, а также перед собственными родителями;
- непреходящую месяцами невротическую усталость;
- опустошенность;
- раздражительность и пр.

Детальное рассмотрение переживаний родителей как процесса адаптации к новой жизненной ситуации приводится в монографии Э.Шухардт (1979). Автор предлагает свою периодизацию кризисных состояний эмоциональной сферы родителей:

1) Неизвестность, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока ощущение того, что рухнет привычная «нормальная» жизнь.

2) Известность, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональном уровне и ее отрицанием на уровне эмоций и чувств.

3) Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

4) Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Выделяются две основные стратегии такого поведения: поиск медицинского «светила» – экстрасенса, врача-волшебника – или поиск чудесного исцеления путем прямого обращения к Богу.

5) Депрессия. Переживание чувств безысходности, апатии и отчаяния в связи с безуспешностью усилий, предпринятых на предыдущем этапе.

6) Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

7) Активизация. Высвобождение сил, вследствие принятия факта нарушения развития ребенка, которые раньше уходили на борьбу и отрицание, и активное построение и осуществление жизненных планов.

8) Солидарность. Объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности [6].

В группу репродуктивных мотивов родителей входят такие категории, как «дети – источник радости, новизны, забава», «мотив продления себя в детях, смысла жизни», «родительство повышает чувство ответственности», «вырастая, дети могут достигать большего в жизни, чем родители», «экономическая полезность детей», «дети повышают престиж», но ребенок с тяжёлым хроническим заболеванием не может соответствовать этим родительским ожиданиям. Связанные с болезнью ребёнка стресс, тревога и страх могут быть такими сильными, что родители чувствуют себя совершенно беспомощными. У них может возникнуть страх возникновения новых проблем или возврата старых проблем, вопросы, связанные с новым лечением имели вероятностью неудачи проводящегося лечения и ухудшения состояния ребёнка. Для родителей ребенка приспособление к его болезни может включать дополнительные обязанности по уходу за ним, такие, как соблюдение диеты, контроль за приёмом лекарств, проведение физиотерапевтических процедур или гимнастики в домашних условиях и т.д. кроме того, могут быть многочисленные встречи с медицинскими работниками, педагогами, социальными работниками. Все это отнимает много времени, которое обычно тратилось родителями друг на друга, на других детей, на работу или же на отдых. Кому-то из родителей приходится уволиться с работы, и тогда другому нужно зарабатывать ещё сверхурочно для решения возникших финансовых проблем. Наконец, многие семьи испытывают страх смерти ребёнка. В результате родители тяжелобольных детей нередко страдают от тревожно-фобических расстройств, навязчивостей, депрессивных состояний, нередко с идеями самообвинения.

Нарушения психологической адаптации семьи больно-

го ребёнка можно рассматривать в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложнённых так называемым дамкловым синдромом\* (синдром дамклова меча Koosher, O'Malley): источник стресса временно устранён, но не исчез, так как сохраняется вероятность рецидива. При этом сами родители оценивают своё психологическое состояние как ухудшающееся, в то время как опасения за здоровье и жизнь ребёнка отходят на второй план. В иных семьях одни и те же события могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни детей. Примером может быть семья ребёнка с хроническим заболеванием, которое постоянно держит всех домочадцев в состоянии напряжения. Некоторые дети медленно достигают определённых возрастных этапов, а иногда и вовсе не «проходят». В критический период развития ребёнка родители вновь и вновь переживают чувства беспокойства, разочарования и неуверенности. Вследствие природы и степени тяжести детского заболевания и особенностей семейного восприятия ситуации, семьи детей-инвалидов должны быть готовы к переживанию таких стадий развития, которые могут быть уникальны для конкретных случаев. Структура и функции каждой семьи видоизменяются течением времени. Жизненный – цикл семьи включает фазы, или стадии, развития, в каждой из которых жизненный стиль семьи относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определённые задачи индивидуального развития сообразно со своим периодом жизни. Дети с ограниченными возможностями здоровья медленнее достигают определённых этапов жизненного цикла, а некоторые из таких детей могут вовсе не достичь их. Когда подходит критический период в развитии ребёнка-инвалида, родители могут снова переживать чувства грусти и беспокойства.

Период связан с осознанием того, что ребёнок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся. Характером заболевания в основном определяется время, когда родители узнают о нем. Генетические отклонения – такие, как синдром Дауна, – часто выявляются уже до рождения или

вскоре после рождения, и родители рано оказываются осведомлёнными о болезни своего ребенка. Такие состояния, как глухота, нарушения речи, трудности обучения, могут не диагностироваться до тех пор, пока ребёнок не станет старше. Кроме того, семьи могут столкнуться с инвалидностью, возникшей вследствие несчастного случая или тяжёлого соматического заболевания ребёнка. Получение подтверждения серьёзной или хронической проблемы здоровья? в большинстве случаев вызывает кризис, и семья начинает активизировать имеющиеся ресурсы. Первой реакцией могут быть шок, разочарование, депрессия, после чего семья переживает достаточно предсказуемые этапы привыкания. Очень интенсивны в этот период контакты с медицинскими работниками. В то же время важны содержание и характер контактов с другими родственниками, особенно со старшим поколением родителей. Период определяется спецификой развития ребёнка в первые годы жизни, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребёнок достигает определённых ступеней, той нормы, которая известна для большинства здоровых детей определённого возраста. Хронический или эпизодический характер нарушений и то, как это воспринимается семьёй, образуют важнейший смысл первых лет развития ребёнка. Тип и степень тяжести его заболевания могут сыграть определяющую роль в формировании семейных перцепции и поведения. Встречи с другими родителями в специальных детских садах, реабилитационных центрах также могут способствовать углублению кризиса по следующим причинам:

- семья видит старших детей с диагнозом, подобным диагнозу их собственного ребёнка, и задает себе вопрос, станет ли таким же их сын или дочь, когда подрастёт;

- семья осознает, что услуги, необходимые ребёнку, могут представлять собой значительные финансовые и временные затраты;

- «те семьи, которые делятся своим опытом с другими, убеждаются в том, что им, возможно, предстоит приложить немало усилий, чтобы добиться для своего ребёнка необхо-

димых услуг, что потребует дополнительных семейных ресурсов»;

– члены семьи узнают, что именно они чаще всего рассматриваются обществом как источник долговременной заботы о ребёнке и его образовании.

Период испытаний для семьи – поступление ребёнка в школу, уточнение формы обучения (в обычной или специальной школе), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери. Ощутимой критической точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребёнок не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальной программе. Этот период также может быть тяжёлым для других детей в семье, поскольку их одноклассники будут узнавать о брате или сестре с ограниченными возможностями здоровья. В это время семья как бы «выходит на публику», поскольку ребёнок все больше начинает осваивать внешний мир. Наконец, родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры ребенка. Важно отметить, что характер и степень затруднений, переживаемых родителями, зависят от типа нарушения (так, привыкание может пройти относительно спокойно, если мальчик или девочка имеет нарушения физического развития средней тяжести) и готовности школьной системы обеспечить адекватное образование и адаптацию детей со специальными нуждами, этот период начинается с переходом ребёнка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания, возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планированием будущей занятости ребенка. Начало этого возрастного периода отмечено стремлением детей обособиться от родителей. Взрослеющие дети переживают значительные изменения, смятение и двойственность. Это время может оказаться наполненным болезненными напоминаниями о том, что подростку не удастся успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла, – он продолжает оставаться зависимым от своих родителей. То,

как он воспринимается сверстниками, остро переживают все члены семьи, поскольку отношение других детей определяет степень отчуждения и изоляции, ощущаемых ребёнком/подростком.

Период семейных сложностей — начало взрослой жизни, дальнейшее привыкание к семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребёнка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи инвалида. Образование даёт много возможностей как подростку, так и родителям. Он приобретает знания и навыки, развиваются его уверенность и чувство независимости. Родители получают необходимую передышку. Когда период обучения завершён, семье предстоит принять решение о трудоустройстве, но не обнадеживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу в этот период»

Период развития семейных отношений – взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями здоровья – перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребёнок теперь живёт вне семьи) и взаимодействие со специалистами по месту его проживания. Семья беспокоится о том, где проживает повзрослевший член семьи с ограниченными возможностями здоровья, о качестве ухода за ним. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут контролировать заботу о своём ребёнке. Особенно важную роль в этот, как и в другие периоды жизни семьи, играют все домочадцы, система услуг и социальные работники, которые могут помочь в организации трудовой деятельности, отдыха и в жилищном устройстве инвалида. Кроме того, семья контактирует с другими людьми, семьями, учреждениями и организациями. Замкнутость или открытость семьи для взаимоотношений с внешним миром активно влияет на то, как она справляется со своими проблемами.

Для того чтобы смягчить воздействие этих критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности



возрастного развития ребёнка и развития семейных отношений в эти периоды. Важно помнить, что физическое, социальное и эмоциональное «существование» членов семьи взаимозависимо и если возникают нарушения во взаимоотношениях или ухудшается здоровье одних родственников, это моментально вызывает изменения в жизни других.

Отмечается, что близкие ребёнка-инвалида, за редким исключением, сами пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного болезнью ребёнка, обстоятельствами его лечения и проблемами, связанными с этим. Обобщённый психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, практичностью, дипломатичностью, высоким уровнем тревожности, консервативностью мышления, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, интроверсией, социальной робостью, подозрительностью, явно заниженной самооценкой. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся ко всем, кто пытается общаться с их детьми. Страх и тревога являются основными чувствами этих взрослых. При определённых обстоятельствах данные чувства могут стать характерологическими особенностями родителей и прежде всего того из них, кто постоянно ухаживает за больным ребёнком.

Л.В. Мардахаев выделяет следующие типичные позиции родителей больных детей с точки зрения участия в социально-реабилитационной работе с ребёнком:

- 1) Родитель активен с самого начала.
- 2) Активность родителя возникает после появления первых положительных результатов у его ребёнка.
- 3) Скачкообразная активность, то проявляющаяся, то затухающая.
- 4) Активность ради активности (формальное соблюдение требований и процедур).
- 5) Имитация активности.
- 6) Вялая активность или же её отсутствие.

На братьях и сестрах (сиблингах) возникшая ситуация также отражается очень сильно. От них может потребоваться

больше помогать по дому или же присматривать за другими детьми, включая больного ребёнка. Если родители остаются вместе с заболевшим ребёнком в больнице, то сиблингам нередко приходится оставаться на короткое или длительное время с другими родственниками или друзьями семьи. Могут стать ограниченными контакты с другими детьми (невозможность пригласить друзей домой или участвовать в каких-либо социальных мероприятиях вне дома). Сиблинги могут чувствовать, что их желания и запросы теперь сопоставляются с потребностями больного брата/сестры, и, таким образом, они могут ощущать себя менее значимыми или любимыми.

В связи с болезнью брата или сестры у здорового сиблинга могут быть новые, трудные для ребенка чувства и мысли, и очень важно, чтобы ребёнок имел возможность поделиться своими мыслями и чувствами как с родителями, так и с больным братом или сестрой.

Ситуация также влияет на прародителей и других родственников, но это часто не замечается. Их могут подключить к уходу за ребёнком, при этом они могут оказывать огромную эмоциональную поддержку родителям и детям и разделять с семьёй чудовищное бремя забот и тревог. Однако они могут и усложнять проблему, если не понимают, что происходит, или не могут адекватно адаптироваться к возникшей ситуации.

Диагноз и болезнь ребёнка являются сильным стрессогенным фактором для родителей и других близких, что приводит к возникновению потребности в получении следующих видов психологической помощи:

- 1) выстраивание продуктивного поведения с ребёнком.

Кроме незнания, как вести себя с ребёнком перед лицом опасной болезни, родители часто начинают себя вести совсем иначе, чем до болезни ребёнка: они позволяют делать Ребенку все, что ему вздумается, но чаще всего ребёнок становится объектом гиперопеки. Этим самым у ребёнка закрепляется представление о себе, как о каком-то особенном.

- 2) оптимизация отношений между супругами и другими членами семьи.

### 3) потребность в психозэмоциональной рекреации.

Постоянное пребывание с больным ребёнком на протяжении длительного периода приводит к физическому и эмоциональному истощению, усталости, раздражению и агрессии.

Работа с темой жертвы и такими чувствами, как горе, несправедливость, вина. Попытки рационально объяснить, что же происходит, присутствуют у всех родителей. Некоторые родители проводят много часов в раздумьях, почему ребёнок заболел, что могло привести к этому. Родители пытаются найти ответ на вопросы: «Почему это произошло с моим ребёнком?», «Кто виноват?», «Почему судьба меня так наказала?»

Некоторые родители пытаются обвинять себя в том, что ребёнок болен, таким родителям свойственен поиск эпизодов в своей биографии, которым они придают иррациональное толкование, связывая эти эпизоды с нынешним заболеванием ребёнка. Иногда родители пытались объяснить то, что случилось с ребёнком, событиями мистического характера.

Чувство вины у родителей может быть также связано с ощущением своей беспомощности в различных аспектах. У них нет «волшебной палочки», чтобы вылечить ребенка, они могут винить себя за переданную ребёнку «плохую наследственность» или «недостаточно хороший уход» за ребёнком. Наконец, вина может ассоциироваться с недостатком финансовых возможностей для получения «лучшего в мире лечения и ухода».

Многие родители отмечают невозможность принять болезнь ребёнка и смириться с ней. Типичными реакциями являются отрицание, слезы, агрессивность. Болезнь ребёнка может негативно влиять на прочность брака. Здоровые дети скучают по своим братьям/сестрам, а длительная разлука с тем из родителей, кто ухаживает за больным ребёнком, влияет на формирование чувства ненужности, незначимости и ревности.

Как отмечает О.Б. Зерницкий, большинство родителей детей с ограниченными возможностями здоровья (65 %) указывают в качестве основной проблемы собственные переживания, что, скорее всего, связано с трудностями принятия

заболевания ребёнка. На втором месте идут педагогические проблемы обучения и воспитания больного ребёнка (55 %); на третьем – материально-бытовые трудности (50 %) и снижение уровня жизни (35 %), далее – вопросы обучения и воспитания ребёнка с ограниченными возможностями здоровья (30 %), проблемы его лечения и реабилитации (25 %), плохое самочувствие и проблемы здоровья самих родителей (25%), взаимоотношения с воспитателями и педагогами (20%), супружеские взаимоотношения и личная жизнь, а также взаимоотношения с родственниками и друзьями (по 15 %), а также проблемы трудоустройства и работы (10 %) и др.

По 20 % родителей как одинаково значимую считают потребность в медицинской и психологической помощи. Причём в обоих случаях отмечают важность консультирования и помощи в социальной адаптации.

При обращении к психологу в качестве основных жалоб у родителей больных детей Н.А. Писаренко отмечает нарушения невротического плана:

Тревожно – фобические расстройства, навязчивости (ритуалы, «защитающие» ребёнка от рецидива; распространены идеи «искупительной жертвы»); депрессия, часто с идеями самообвинения; эмоционально напряжённые отношения с ребёнком; ухудшение отношений матери с близкими (особенно с супругом), одиночество.

В исследовании качества выполнения родительских обязанностей, проведённом в Великобритании, в семьях, имеющих хронически больных детей, 59 % родителей справлялись со своими обязанностями плохо, а 41 % – хорошо. При этом одинокие родители делали это хуже, чем имевшие постоянных партнёров, и совсем плохо выполнение своих родительских функций получалось у родителей, характеризующихся эмоциональными и психическими проблемами. Наконец, чем больше личных и семейных проблем было у родителей, тем хуже они с ними справлялись, особенно если семья была многодетная и/или в ней имелся «трудный» ребенок.

Одинокие родители жалуются не на недостаток практической помощи, а на отсутствие эмоциональной поддержки.

С другой стороны, если постоянный партнёр есть и он поддерживает родителя, то удовлетворены выполнением своих родительских обязанностей 57% родителей, а если такой поддержки нет, то только 35% (что близко к показателям одиноких родителей). Поэтому одним из ключевых факторов, способствующих «хорошему родительству», считается ощущение родителями поддержки со стороны.

Таким образом, как выясняется что, социально-психологических трудностей у семей, воспитывающих больного ребенка великое множество, и для их разрешения требуется психологическая поддержка. Чем раньше она будет оказана, тем быстрее родители осознают и примут тот факт, что даже если их ребенок «особенный», это не значит, что с нормальной жизнью «покончено», а это значит, что родители смогут в большей степени показать любовь и поддержку своему ребенку.

Таким образом, процесс реабилитации родителей после эмоционального стресса является так же одним из самых важных аспектов формирования психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов, так как если не будет эмоциональной стабильности и освобождения от психических стрессов, психологическая готовность будет отсутствовать.

По результатам анкетирования 420 семей, имеющих детей в возрасте от 6 до 18 лет, Е.А. Екжанова (1998) выделяет три группы, в которых родители различаются по типу отношения к ребёнку и его проблемам:

Семьи (18%), где родители достаточно адекватно воспринимают проблемы ребёнка; эти семьи в основном полные (73%); тип взаимодействия доброжелательный, тёплый, эмоционально окрашенный; семьи открыты внешнему общению, готовы помогать другим таким же семьям;

Семьи (52%), испытывающие растерянность от проблем ребёнка; негативные переживания при контактах с государственными структурами затормозили их активность; в них наблюдается закрытый тип взаимоотношений с окружающими людьми, неверие в возможность продуктивных контактов

ребёнка с нормально развивающимися детьми, отрицание позитивного личностного развития для ребёнка;

Семьи (30%) с негативной реакцией, как на самого ребёнка, так и на его проблемы; перекладывание этих проблем на другие плечи, незаинтересованное отношение к особым нуждам ребёнка.

В каждой семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, существуют свои особенности, свой психологический климат, который так или иначе воздействует на ребенка, либо способствует его реабилитации, либо, наоборот, тормозит ее.

Такой фактор, как включенность отца в воспитание ребенка-инвалида, значительно влияет на его психологическое самочувствие. Вследствие отсутствия включенности отца в воспитание, а также в силу других причин, дети-инвалиды часто испытывают дискомфорт в семейных отношениях. Естественно, это всегда негативно. Ребенок-инвалид в таких семьях испытывает двойную нагрузку: неприятие обществом и подверженность феномену отчуждения в собственной семье.

#### *Дети с нарушением слуха*

Психическое развитие детей с нарушением слуха – это особый тип развития, происходящего в специфических условиях взаимодействия с окружающим миром. Первичное нарушение слухового восприятия ведет к недоразвитию наиболее тесно связанных с ним функций – речи, а также к замедленному развитию памяти, мышления, других познавательных, а также волевых и эмоциональных психических процессов. Все это тормозит развитие детей с нарушением слуха. Объем внешних воздействий на ребенка сужен, взаимодействие со средой обеднено. Вследствие этого психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными. Наблюдается несоразмерность в развитии наглядных и понятийных форм мышления. У детей с нарушением слуха отмечается замедление психического развития через некоторое время после рождения или после потери слуха и ускорение

развития в последующие периоды при адекватных условиях обучения и воспитания. В раннем детстве, дошкольном, младшем школьном возрасте особое внимание следует уделять развитию речи, движений. Трудности в развитии двигательной сферы в основном компенсируются к подростковому возрасту, но некоторые особенности сохраняются и далее – замедленный темп выполнения движений и овладения двигательными навыками, трудности в сохранении равновесия, особенности мимики. В подростковом возрасте, опираясь на уровень развития словесной речи, следует развивать словесную память, абстрактно-понятийное мышление, воображение. В юношеском возрасте следует уделять внимание развитию личности и самосознания, как факторов, влияющих на социально-трудовую адаптацию.

#### *Дети с нарушением зрения*

Влияние глубоких нарушений зрения на процесс развития связано с появлением отклонений во всех видах познавательной деятельности, сказывается на формировании личностной и эмоционально-волевой сферы. Снижается общее количество получаемой извне информации, изменяется ее качество. Ограничиваются возможности формирования образов воображения, памяти. Происходят качественные изменения взаимодействия анализаторов, возникают особенности в ориентации и мобильности в пространстве. Происходят изменения в физическом развитии – нарушается точность движений, их интенсивность, становится специфической походка. Формирование и развитие психической системы у детей с нарушениями зрения непосредственно связано с коррекционной работой, с формированием компенсаторных возможностей. Наличие зрительного дефекта вызывает состояние тревожности, неуверенности в своих силах и возможностях. Смена обстановки, привычных условий деятельности может вызвать у детей с нарушениями зрения стрессовое состояние. Этим детям свойственна меньшая познавательная активность, поэтому развитие общения, речи этих детей играют особую роль и свидетельствуют о степени

его социального развития. Зависимость от взрослых и товарищей, боязнь новых условий и перемен, – вот то, что формируется при отсутствии внимания к социализации детей с нарушениями зрения.

### *Дети с задержкой психического развития (ЗПР)*

Задержка психического развития характеризует отставание в развитии психической деятельности ребенка в целом. Причинами выраженной задержки психического развития детей являются минимальные органические повреждения или функциональная недостаточность центральной нервной системы, возникшие в результате воздействия патогенетических факторов во внутриутробном периоде, во время родов, в первые годы жизни ребенка, длительные хронические заболевания, перенесенные в раннем детстве, а также длительная социально-культурная депривация (пребывание с момента рождения в условиях неблагоприятной семьи, дома ребенка) и влияние стрессовых психотравмирующих факторов. Стойкие формы ЗПР, как правило, связаны с мозаичными органическими повреждениями центральной нервной системы. Этим они отличаются от умственной отсталости, которая характеризуется тотальным недоразвитием мозговых структур.

Категория детей с ЗПР по степени выраженности отставания в развитии и индивидуальным проявлениям очень неоднородна. Общим для всех детей с ЗПР является отставание во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста. Это выражается в замедленной по сравнению с нормой скорости приема и переработки сенсорной информации, недостаточной сформированности умственных операций и действий, низкой познавательной активности и слабости познавательных интересов, ограниченности, отрывочности знаний и представлений об окружающем. Недостатки в развитии эмоционально-волевой сферы проявляются в эмоциональной неустойчивости и возбудимости, несформированности произвольной регуляции поведения, слабости учебной мотивации и преобладании игровой. Характерны недостатки моторики, в особенности мелкой, затруднения в координа-



ции движений, проявления гиперактивности. Существенной особенностью детей с ЗПР является неравномерность, мозаичность проявлений недостаточности развития.

### *Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП)*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в разнообразных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте, которое сопровождается патологией мышц (параличами). ДЦП обуславливает поражение двигательных зон и проводящих путей головного мозга, что сопровождается двигательными расстройствами. Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в нарушении мышечного тонуса, наличии насильственных движений, несформированности актов равновесия и координации, недостатках мелкой моторики. Это разностороннее заболевание может иметь различную степень выраженности. По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированности двигательных навыков дети разделяются на детей с тяжелыми нарушениями; детей, имеющих среднюю степень выраженности двигательных нарушений; детей имеющих легкие двигательные нарушения. Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интеллектуального развития. Это обусловлено как поражением головного мозга, так и двигательной и социальной депривацией, возникающей в результате ограничения двигательной активности и социальных контактов. Задержка психического развития проявляется в отставании формирования мыслительных операций, задержке и неравномерности развития отдельных психических функций. У многих детей имеются нарушения восприятия, формирования пространственных и временных представлений, схемы тела. Практически у всех детей отмечаются астенические проявления: пониженная работоспособность, истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объем памяти. При ДЦП, как правило, двигательные расстройства сочетаются с

речевыми нарушениями. Выраженность речевых нарушений различна – от легких стертых форм до совершенно неразборчивой речи. Не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций. Тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических функций. Большинство детей имеют значительные потенциальные возможности развития психики, однако физические недостатки (нарушение двигательных функций, слуха, зрения), нередко множественные, речедвигательные трудности, астенические проявления и ограниченный запас знаний вследствие социально-культурной депривации маскируют эти возможности. Для таких детей характерны особенности в формировании личности: пониженный фон настроения, тенденция к ограничению социальных контактов, заниженная самооценка, уход в болезнь, ипохондрические черты характера, снижение познавательной активности. Это связано с ранним осознанием физического дефекта и переживанием своей неполноценности, а также с неправильным воспитанием – гиперопекой, ограничением активности и самостоятельности.

Таким образом, родители детей инвалидов должны обладать очень разнообразными качествами, такими как: внимательность, поддержка, понимание, сочувствие, и многими другими не маловажными качествами. Зачастую родителям так же сложно принять тот факт, что их ребенок инвалид, у него ограничены возможности, он не сможет воплотить большинство желаний своих родителей, потому важно не только помогать детям, но и родителям. Так же если родители должным образом будут помогать своим детям, то они не будут чувствовать себя ненужными или «особыми», отличающимися от других детей.

Позиция матерей, имеющих ребёнка-олигофрена, и их реакции на ребёнка описаны в исследовании О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной (1999). В своём исследовании они использовали опросник ОРО, методику PARI и тематический апперцеп-

тивный тест (ТАТ). Результаты показывают, что аномальный ребёнок эмоционально отвергается матерью, он воспринимается как инфантильный, личностно и социально несостоятельный, неприспособленный и неумелый, обиженный, страдающий, агрессивный. Качественный анализ ответов показал, что матерям аномальных детей часто бывает трудно определить меру строгости и требовательности к ребёнку. Наиболее типичными реакциями матерей на поведение умственно отсталого ребёнка является стремление опекать его (18%), жалея, следить за ним (15%), но вместе с тем проявляется и раздражение (12%), желание наказать (11%), проигнорировать (16%). Нередко родители испытывают горе и страдание (15%) и тому подобное. Преобладающими чувствами у матерей детей с психическим дизонтогенезом являются горе, страдание, депрессия, вина и стыд.

Итак, родителям детей с ограниченными возможностями здоровья необходима психологическая помощь для стабилизации эмоционального состояния, предотвращения дезадаптации, для нормализации общения с близкими и изменения отношения к собственному ребёнку.

Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ОВ практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникативных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире. Особенно тяжело это отражается на детях с ОВ, воспитывающихся в детских интернатах.

Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ОВ в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым, обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В

последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты. Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ОВ обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода.

Медико-социальная реабилитация детей с ОВ должна быть ранней, этапной, длительной, комплексной, включать медицинские, психолого-педагогические, профессиональные, социально-бытовые, правовые и другие программы с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку. Главное — научить ребенка двигательным и социальным навыкам, чтобы в последующем он смог получить образование и самостоятельно работать.

В связи с этим можно сделать вывод – инициатива реабилитации ребёнка в семье должна совпадать с инициативой реабилитации самой семьи. И здесь роль общественных объединений инвалидов, родителей детей-инвалидов неопределима. Вторая точка приложения социальной работы по реабилитации ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и семьи – состыковка нисходящих и восходящих программ реабилитации. Что это такое? Нисходящая программа планируется, организовывается и контролируется главным образом государством, и ориентирована на долгосрочное исполнение

и весь массив и зачастую не учитывают конкретную семью. Восходящие инициативы реабилитации из-за материальных трудностей, отсутствия методологии не находят поддержку и в лучшем случае сводятся к организации ещё одного учреждения ведомственного характера, которое решает какую-то частную задачу.

Из всего вышесказанного вытекают конкретные задачи реабилитологов, социальных работников и представителей общественных объединений. Это: превращение семьи в реабилитационное учреждение; реабилитация самой семьи; состыковка восходящих и нисходящих инициатив. Говоря проще, это забота о правах инвалидов; предоставление конкретной помощи инвалиду, его семье; принятие участия в разработке программ социального обеспечения; стимулирование усилий семьи по реабилитации ребенка-инвалида; интеграция инвалида и его семьи в жизнь местного сообщества. «Обобщённый» психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, высоким уровнем тревожности, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, социальной робостью, подозрительностью. Дефект ребенка некоторые родители воспринимают как собственную неполноценность, ущербность, подавляющуюся в виде переживания острого чувства вины, вины перед ребенком и окружающими их людьми. По мере взросления ребёнка проблем не становится меньше, они приобретают социальную окраску. Опросы родителей показывают, что если заботы и проблемы родителей ребёнка дошкольного возраста связаны с его поведением, сном, ходьбой и обеспечением общего ухода за ним, то дальше во весь рост встают проблемы будущего ребёнка, его профессионального определения и его отношений с окружающими. Ситуация в семье с появлением ребёнка с ограниченными возможностями усугубляется ещё и по причине трудностей материального порядка: возникает необходимость обеспечения платного ухода, медицинских консультаций, приобретения лекарств, дополнительного питания, реабилитационных средств.

Обобщая сказанное выше, можно утверждать, что дефект,

ограниченность ребёнка в развитии имеют два уровня компенсации, которые реализуются в соответствии с решением тех или иных задач семьи с ребёнком с ограниченными возможностями: высокий — с активным преодолением и низкий, заключающийся в приспособлении к нему (к дефекту). Воспитание ребёнка в соответствии с первой стратегией обеспечивает удовлетворение потребностей ребёнка в признании, в самостоятельности, не ограничивает его в общении и взаимодействии с другими детьми и взрослыми. Если выбрана вторая стратегия, то ребёнку прививается специфический статус, который становится организующим фактором всей жизни семьи. Роль больного, инвалида удовлетворяет потребность ребёнка в признании, любви, заботе, но существенно ограничивает его самостоятельность, развитие способностей к социальной адаптации. В связи с этим специалисты выделяют несколько особых типов семейного воспитания. Наиболее часто в семьях, где проживают дети с ограниченными возможностями, имеет место такой стиль воспитания, как гиперопека, которая проявляется в чрезмерной заботе о больном ребёнке, в преданности ему, что приводит к формированию у ребёнка эгоцентрических установок, отрицательно сказывается на проявлении у него инициативы, чувства ответственности и долга. Контакт с окружающими нарушается, что сказывается на последующем приспособлении ребёнка к социуму. В 50 % случаев у родителей отмечается неуверенность в своих силах, воспитательных возможностях, и они идут на поводу желаний и потребностей своего ребёнка. С сожалением приходится констатировать тот факт, что «гиперопека ведёт к возникновению выученной беспомощности». Реже, но наблюдается эмоциональное отвержение больного ребёнка. Благоприятным типом семейного воспитания считается «принятие и любовь», где родители помогают ребёнку в таких делах, которые важны для него, поощряют, наказывают, одобряют независимость ребёнка. Если родители хотя бы пытаются понять ребёнка и помочь ему, то они должны научиться сознавать, что, с одной стороны, они являются окружающей средой, в которой ребёнок живет и растёт, а, с другой, они

оказываются непосредственными участниками становления ребёнка в борьбе с болезнью. При этом родители, как и специалисты, работающие с детьми-инвалидами, должны опираться на те функции, которые у ребёнка остаются сохранёнными, то есть в какой-то степени совершенными и лучшим образом развитыми.

Очевидно, что во всех трех ситуациях должна проводиться кропотливая серьезная работа с родителями. Необходимо: направить их усилия по более оптимальному пути; обучить правильному пониманию своих тяжелых обязанностей; вооружить хотя бы минимумом психологических, педагогических, медицинских знаний и раскрыть возможности их использования; помочь родителям признать за ребёнком потенциальную исключительность. Если в семье нет ясности по этим вопросам, то серьёзным препятствием на пути развития ребёнка-инвалида становится сама семья. Все услуги должны быть скоординированы таким образом, чтобы помочь детям и их семьям, поддержать индивидуальное и семейное развитие и защитить права всех членов семьи. Но помощь максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, то есть не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье. Родителям следует внимательно наблюдать за характером деятельности ребенка, его высказываниями, темпом работы. В процессе наблюдения также можно установить, насколько посильны для ребёнка те требования, которые предъявляются к нему взрослыми. В качестве наказания за проступки нельзя требовать от ребёнка выполнения заданий, упражнений, а также назначать дополнительных занятий. Во-вторых, занятия не должны быть однообразными, монотонными. Нужно, чтобы они включали игровые и сюрпризные моменты. Необходимо максимально расширить социальные контакты ребёнка. Это означает, что он должен иметь возможность систематически взаимодействовать со взрослыми и сверстниками. В числе взрослых могут быть и родители, и другие родственники, а также знакомые, соседи. Важно помочь ребёнку организовать общение с детьми. Попадая в пропасть своих переживаний, родитель не в силах помочь своему

ребенку, хотя именно это – цель всего его существования. Находясь в состоянии психологического надлома, просто невозможно увидеть всей перспективы возможных действий

В последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян, еще недавно представлявших инвалидность лишь в медицинском аспекте, динамичный рост числа центров реабилитации детей с ограниченными возможностями. Для того чтобы получить исчерпывающие ответы на вопросы, родители могут обратиться в различные учреждения, организации и инстанции. Прежде всего, в краевую психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) и в ее филиалы. Здесь специалисты могут провести комплексное обследование ребёнка, составить для него индивидуальный образовательный маршрут; дать родителям конкретные рекомендации по вопросам оказания ребёнку помощи семье и т.п. ПМПК – это служба, которая занимает важное место в системе обучения детей с проблемами в развитии. ПМПК решает проблемы ребёнка на межведомственном уровне, объединяя усилия специалистов различных ведомств: здравоохранения, образования и социальной защиты населения. В целом ПМПК – учреждение системы образования и сочетает в своей деятельности образовательные, медицинские и социальные подходы к решению проблем детей (в том числе детей дошкольного и дошкольного возраста с нарушениями слухового анализатора). Обращаясь за помощью в ПМПК, родители могут рассчитывать на помощь широкого спектра:

- выявление особенностей развития глухого ребёнка и его резервных возможностей на раннем возрастном этапе;
- определение условий образования и воспитания, необходимых детям с ОВЗ, адекватных выявленным индивидуальным особенностям;



– содействие в организации сопутствующей или основной помощи (медицинской, социальной, педагогической и др.);

– отслеживание динамики и уровня социальной адаптации в процессе интеграции ребёнка в образовательное учреждение общего типа (сопровождение интегрированных детей);

– консультирование и помощь родителям (законным представителям ребёнка).

Подчёркивая роль коррекционной работы, которая проводится в условиях семьи, мы считаем нужным отметить необходимость сопровождения этой деятельности со стороны квалифицированных специалистов. Прежде всего, мы должны помнить, что семье с проблемным ребёнком, как и любой семье, оказавшейся в тяжёлых жизненных обстоятельствах или переживающей кризис, требуется социально-педагогическое патронирование. Патронирование – направленное сопровождение. Цель патронирования семьи: не вмешиваться в ситуацию и указывать, как необходимо поступать, а в том, чтобы организовать и реализовать сотрудничество с ней, направленное на самопознание её членов, самоуправление ими межличностными отношениями; на поиск внешних и внутренних ресурсов для необходимых преобразований, а также возможностей их эффективного использования. Для семьи с ребенком-инвалидом становится актуальной реабилитация всех членов семьи, в первую очередь матери. Суть реабилитации заключается в том, чтобы помочь семье (матери) обрести прежний социально-психологический и социокультурный статус, выйти из состояния психологического стресса. Таким образом, при реабилитации ребёнка-инвалида необходимо проводить целенаправленную работу с родителями, в первую очередь с матерью. Надо сказать, что матери детей-инвалидов испытывают хроническую вину, которая меняет их способ восприятия мира. У них меняется осанка, они как будто хотят занять меньше места у них особенная, скованная походка, не бывает громкого голоса. Они зажаты всегда и во всём. Вина опасна тем, что провоцирует обиду, она же может превращаться в гнев и стать источником депрессии. Наибольшая нагрузка в воспитании детей-инвалидов ложится на женщин, и специалистам центров реабилитации

и домов-интернатов чаще приходится общаться именно с ними. Поэтому знать состояние матери специалисту просто необходимо, это поможет ему с пониманием относиться к её некоторым неадекватным поступкам, а значит избежать возможных недоразумений при общении с ней. По мнению известного врача А.И. Захарова у матерей, имеющих детей-инвалидов, наблюдаются следующие невротические изменения: – сензитивность – повышенная эмоциональная чувствительность: всё близко принимать к сердцу, легко расстраиваться и волноваться; – аффективность – эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения, главным образом, в сторону его снижения; – тревожность – склонность к беспокойству; – противоречивость личности – недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний; – доминантность – стремление играть значимую, ведущую роль в отношениях с окружающими; – эгоцентричность – фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости суждений; – гиперсоциальность – повышенная принципиальность, утрированное чувство долга, трудность компромиссов.

Основная задача всех специалистов – выявить и реализовать возможности родителей в воспитании ребёнка с ОВЗ, нормализовать семейный микроклимат, оптимизировать социальные контакты семьи, ребёнка и общества. Это предполагает определённую последовательность решения задач сопровождения ребёнка с ОВЗ:

– создание у родителей положительного образа своего ребёнка, включающего его положительные проявления, сильные стороны, которых родители, сосредоточившиеся на проблемах ребёнка или не интересующиеся его развитием, не замечают;

– дать родителям знания, которые не могли быть получены ими в ходе повседневного общения с ребёнком в семье, но являются важными для налаживания продуктивных взаимоотношений с ним;

– оказание психолого-педагогической поддержки семье, оптимизация семейного микроклимата;

– формирование у родителей активной позиции участников сопровождения ребёнка.

Далее происходит анализ результативности взаимодействия с родителями в системе коррекционно-развивающей работы с ребёнком с ОВЗ. Намечаются перспективные задачи и пути их реализации. Проводится оценка удовлетворённости родителей образовательными услугами на основе анкетирования, в ходе которого отмечаются пожелания родителей относительно дальнейшей совместной работы.



Алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, может быть представлен в виде следующих этапов:

- 1) исследование семьи: изучение особенностей функционирования семьи, выявление ее скрытых ресурсов, сбор информации о ее социальном окружении, изучение потребностей родителей и ребенка;
- 2) установление контакта, работа на преодоление реакций психологических защит, мотивирование на сотрудничество;
- 3) оценка путей оказания психолого-педагогической помощи;
- 4) выбор направлений работы в зависимости от результатов диагностики;
- 5) работа специалистов по оказанию психолого-педагогической помощи семье, направленной на активизацию соци-

альной позиции родителей, восстановление и расширение социальных связей, поиск возможностей членам семьи опереться на свои собственные ресурсы;

б) анализ эффективности достигнутых результатов.

Деятельность специалистов, проводимая в рамках данного алгоритма, может рассматриваться как одно из направлений работы по социальной адаптации семьи в контексте основных аспектов жизнедеятельности, особенностей семейного функционирования на различных возрастных этапах, что дает возможность специалисту свободнее передвигаться в проблемном поле семьи и выбирать наиболее адекватные для каждого этапа работы стратегии психолого-педагогической помощи и коррекции. Последовательная реализация этих этапов, вкуче с подчиненностью принципам, сформулированным в данной работе, может стать организационной формой осуществления качественных изменений, которые повлекли бы за собой улучшение качества жизни семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Налаживание связей, установление доверительных отношений с родителями, знание ситуации в семье учащихся, является базой для работы педагогов специального учреждения с родителями своих воспитанников. Кредо специалиста (учителя, логопеда, психолога) должно заключаться в формуле: «Родители моего воспитанника – мои помощники и соратники». Именно такой подход позволяет сформировать потребность родителей в сотрудничестве с коррекционной школой, в которой обучается ребенок. Тогда сам родитель становится проводником и исполнителем психолого-педагогической коррекции, осуществляемой педагогическим составом учреждения по отношению к обучаемому ребенку. Одной из важнейших форм работы администрации специального учреждения является создание библиотеки для родителей и привлечение их к чтению рекомендуемой специалистами литературы.

Деятельность медицинского блока организует и проводит медицинский персонал учреждения – психиатр, педиатр. Работа медицинских специалистов с родителями в этом блоке

включает сообщения о причинах и профилактике возникновения у детей психоневрологических заболеваний, раскрывает последствия вредоносного воздействия алкоголя, курения, наркотиков и т.д.

Педагогический блок выполняет очень важную функцию, так как раскрывает родителям те трудности, которые возникают у учащихся специальных учреждений при восприятии программного материала и овладении им.

Деятельность психолога в образовательно-просветительском направлении, независимо от диагностической и коррекционной работы (психолого-педагогическое сопровождение), играет важнейшую роль. Деятельность психолога ориентирует других специалистов на установление с семьями воспитанников взаимодействия на уровне «обратной связи».

Известно, что семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии, на протяжении жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными факторами. Эти состояния описываются самими родителями как чередование «взлетов» и еще более глубоких падений. Как показывает опыт, семьи с лучшей психологической и социальной поддержкой легче преодолевают эти кризисные состояния ребенка с отклонениями в развитии.

Главная задача психолога в коррекционной работе с семьей заключается в том, чтобы родитель с его помощью смог увидеть реальную перспективу развития своего ребенка, составить представление о возможных трудностях, которые возникают в определенные возрастные периоды у детей с отклонениями в развитии, а также определить свою роль в процессе сопровождения ребенка.

Психолог должен помочь родителю в корректной и тактичной форме избавиться от иллюзий в плане будущего ребенка. Вместе с тем, психолог должен укрепить веру родителей в возможность и перспективы развития ребенка, в то, что правильно организованное коррекционно-педагогическое воздействие позволит оптимизировать дальнейшее интеллектуальное и личностное развитие ребенка.

Основной целью в психокоррекционной работе с родителями детей является, формирование у родителей позитивного взгляда на ребенка, имеющего нарушения развития. Адекватность позиции родителя позволяет ему обрести новый жизненный смысл, гармонизировать самосознание и взаимоотношения с ребенком, повысить собственную самооценку. Это, в свою очередь, обеспечивает использование родителями гармоничных моделей воспитания и, в перспективе, оптимальный вариант социальной адаптации ребенка.

При необходимости психолог осуществляет коррекцию психологического состояния родителей. Задача психолога в этой области заключается в профилактике невротизации или психопатизации родителей (особенно матерей и бабушек).

Работа всех специалистов в рамках психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка и его семьи определяется не правилом простого суммирования действий специалистов, а по определенной схеме и в определенной последовательности. Находясь “наиболее близко” к ребенку, педагог-психолог является наиболее “ярым” защитником его прав, поэтому именно педагог-психолог становится выразителем интересов ребенка и, следовательно, возлагает на себя функцию организатора и координатора всего сопровождения в целом. Целью психолого-педагогического сопровождения является: получение ребенком квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально-психологическое содействие семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья. Содержание психолого-педагогического сопровождения реализуется через основные направления, включающие комплексную диагностику, развивающую и коррекционную работу, консультирование и просвещение родителей.

## **Психолого-педагогические особенности работы с семьёй, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья с целью коррекции взаимоотношений**

Общепризнанным фактом является то, что помощь проблемному ребенку должна оказываться комплексно, с участием различных специалистов. К сожалению, в практике часто забывают о том, что необходимым звеном всей системы коррекционной работы является активное участие в ней семьи. Из-за отсутствия специальных, знаний большинство родителей не способны самостоятельно выявлять и справляться с проблемами детей. Исходя из этого, возникает острая необходимость отхода от устаревших форм, штампов в работе не только с детьми, но и родителями.

В настоящее время нужны более привлекательные, интересные формы активизации и образования родителей, которые были бы для них привлекательными и востребованными.

Другая проблема заключается в том, что родители, столкнувшиеся с проблемами ребенка, испытывают и сами множество трудностей социального, соматического и психологического характера.

Проблема воспитания и развития «особого» ребенка становится непосильной для семьи, родители оказываются в психологически сложной ситуации: они испытывают боль, горе, чувство вины, нередко впадают в отчаяние. Таким семьям необходима комплексная психолого-педагогическая помощь. К работе с семьей, имеющей больного ребенка или ребенка-инвалида, следует подходить с гуманистических позиций, ориентировать родителей на опережающую подготовку ребенка к жизни, вырабатывать у него умение мыслить категориями будущего, формировать позитивные перспективы его развития.

Оказание помощи детям и родителям, воспитывающему ребенка с отклонениями в развитии, в отечественной науке

является не новой проблемой. Еще в XIX веке психологи (В.М.Бехтерев, С.С.Корсаков, И.В.Маляревский и др.) использовали благотворное влияние родителей на состояние больного ребенка. Но, к сожалению, к середине XX столетия эти гуманистические подходы были в значительной степени утеряны.

Ситуация коренным образом изменилась в 90-е годы XX столетия. Современные гуманистические подходы к воспитанию и адаптации в социум детей с проблемами в развитии предполагают активное участие семьи в процессе развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим обеспечение и реализация права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важных задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития РФ. (Письмо Минобрнауки России от 18.04.2008 г). В настоящее время становится актуальным поиск новых путей и форм помощи таким родителям. Своевременное оказание необходимой психолого-медико-социальной помощи в дошкольный период позволяет обеспечить коррекцию недостатков ребенка, улучшить его развитие, обеспечить его социальную адаптацию. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии является одним из важных звеньев в системе их реабилитации.

Целью психолого-педагогического сопровождения является: получение ребенком квалифицированной помощи специалистов, направленной на индивидуальное развитие, для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально-психологическое содействие семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья.

Содержание психолого-педагогического сопровождения реализуется через основные направления, включающие комплексную диагностику, развивающую и коррекционную работу, консультирование и просвещение родителей.

Задачами психолого-педагогического сопровождения являются:

– Изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений.



– Анализ мотивационно-потребностной сферы ребенка и членов его семьи.

– Формирование у детей навыков общения со сверстниками в процессе совместной деятельности.

– Развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения.

– Формирование и стимулирование сенсорно-перцептивных, познавательных процессов у детей.

– Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс.

– Развитие коммуникативных навыков в процессе совместной деятельности детей и взрослых, актуальных форм сотрудничества взаимодействия с семьей.

### ***Основные этапы процесса психологического сопровождения:***

#### *1 этап*

Диагностическое сопровождение ребенка и его семьи.

Установление контакта со всеми участниками сопровождения ребенка.

Психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка, профилактика отклонений психического развития.

Определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных характеристик (составление социально – психологической карты семьи).

#### *2 этап*

Реализация индивидуальной программы и групповых занятий.

Оказание необходимой помощи родителям ребенка с ограниченными возможностями (консультирование, беседы, обсуждения).

Просвещение и консультирование педагогов, работающих с ребенком.

Психологические занятия, включающие в себя комплексы на развитие внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы.

Проведение совместных мероприятий с родителями и детьми («Праздник семьи», «Новый год», «8 марта», «Дни рождения», «День матери», «Осенний праздник»).

Разработка рекомендаций, определение оптимальной индивидуальной нагрузки с учетом психофизических особенностей.

### 3 этап

Анализ эффективности процесса и результатов сопровождения.

Принципы работы

1. *Личностно-ориентированный подход к детям, к родителям*, где в центре стоит учет личностных особенностей ребенка, семьи; обеспечение комфортных, безопасных условий.

2. *Гуманно-личностный* – всестороннее уважение и любовь к ребенку, к каждому члену семьи, вера в них, формирование позитивной «Я-концепции» каждого ребенка, его представления о себе (необходимо, чтобы слышал слова одобрения и поддержки, проживал ситуацию успеха).

3. *Принцип комплексности* – психологическую помощь можно рассматривать только в комплексе, в тесном контакте психолога с логопедом, дефектологом, воспитателем, музыкальным руководителем, родителями.

4. *Принцип деятельностного подхода* – психологическая помощь осуществляется с учетом ведущего вида деятельности ребенка (в игровой деятельности), кроме того, необходимо ориентироваться также на тот вид деятельности, который является личностно-значимым для ребенка.

5. *Принцип конфиденциальности* – вся информация, полученная о ребенке и его семье, не распространяется за пределы ДОУ, без соответствующего разрешения родителей или законных представителей ребенка.

Методы и формы работы с детьми:

*Сказкотерапия*, где используется психологическая, терапевтическая, развивающая работа. Сказку может рассказывать и взрослый, и это может быть групповое рассказывание, где рассказчиками может быть и группа детей.

*Игротерапия* – занятия могут быть организованы не заметно для ребенка, посредством включения педагога в процесс игровой деятельности. 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. Сюжетно-ролевые игры способствуют коррекции самооценки ребенка, формированию у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Основной задачей игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка.

*Релаксация* – в зависимости от состояния ребенка используется спокойная классическая музыка, звуки природы, использование сухого бассейна.

*Песочная терапия* – занятия проводятся с применением центра песка и воды.

*Психогимнастика* – включает в себя ритмику, пантомиму, игры на снятие напряжения, развитие эмоционально-личностной сферы.

*Арт-терапия* – это форма работы, основанная на изобразительном искусстве и другие формы работы с ребенком. Основная задача состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка. Рисунки детей не только отражают уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной проекцией личности. Каракули, представляют собой исходную стадию детского рисунка и показывают как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально личностные особенности.

Работа с родителями не ограничивается консультациями по поводу развития и обучения ребенка, учитываем и такой аспект как – эмоциональное состояние самих родителей. Для многих родителей детей с ОВЗ характерна особая ранимость

и ощущение себя изгоями в обществе. Окружающие, к сожалению, не всегда толерантно относятся не только к самим детям с особыми образовательными потребностями (ООП), но и их родственникам. Поэтому для них так важно найти людей, которые понимают их проблемы, не осуждают и поддерживают, относятся к ним без нигилизма. Беседы с воспитателями, дефектологом, социальным педагогом и психологом – это одна из возможностей решить проблемы, преодолеть негатив, стабилизировать нервную систему, получить ответы на сложные вопросы.

При работе с такими семьями мы решаем следующие задачи:

- формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров;
- развитие детско-родительских отношений;
- совершенствование коммуникативных форм поведения;
- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Во время индивидуальных консультаций мы предоставляем родителям информацию о возможностях психологической разгрузки и снижении уровня эмоциональных переживаний, связанных с выполнением роли родителя ребенка с ОВЗ.

Часто родители категорично отрицают диагноз, завышают требования к ребенку, в итоге результат не соответствует ожиданиям родителей, возникают конфликты. Сотрудники детского сада помогают родителям принять ситуацию и ребенка такими, какие они есть.

Часто оказывается, что в основе заявляемых проблем лежит внутренний страх, неуверенность, поэтому работа проводится очень деликатно. В семьях, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями, возникают конфликты, осложняются отношения между супругами, родственниками, что сказывается на ребенке. При работе с такими родителями мы стараемся нейтрализовать проблему, гармонизируя детско-родительские отношения.

Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, чтобы эта проблема не становилась только личным делом семьи. Важно, чтобы семья не замыкалась, не стеснялась своего ребенка. Воспитание ребенка с нарушениями в развитии требует от родителей больших физических и духовных сил, поэтому так важно взрослым сохранить физическое здоровье и душевное равновесие, оптимизм. От того, как дальше поведут себя родители, во многом будет зависеть судьба ребенка и самой семьи

Многие родители основную роль в преодолении отклонений в развитии отводят медикаментозному лечению. Но необходимо при этом помнить, что даже самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при качественной коррекционной работе и правильном семейном воспитании. Максимально возможного уровня развития ребенка можно достигнуть только при соблюдении ряда условий. К ним относятся:

- раннее начало коррекционной работы,
- благоприятная семейная обстановка,
- взаимодействие детского сада с семьей,
- медицинское сопровождение.

Для полноценного воспитания в семье необходимо соблюдать основные принципы коррекционной работы, поэтому родители должны самообразовываться, чтобы помочь ребенку с особыми образовательными потребностями.

Гармонизация отношений в семье, учет индивидуальных и возрастных особенностей ребенка с отклонениями в развитии в процессе воспитания и обучения, стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка.

В работе с родителями считаем особо важным, помочь родителям преодолеть неконструктивные установки, стереотипы и страхи. Стремимся обеспечить «запуск» рефлексивного мышления, что позволяет понять причины трудностей в развитии и поведении ребенка, спрогнозировать возможные варианты его индивидуального развития и, наконец,

внутренне принять рекомендации психолога как инструмент собственной деятельности по воспитанию и развитию своего ребенка. В нашей консультативной практике свою высокую эффективность обнаружили такие средства психоконсультативного воздействия, как нерефлексивное и активное выслушивание, информирование, перефразирование, резюмирование, отражение чувств.

Формы и методы работы с родителями:

*Анкетирование* родителей с целью получения информации о ребенке, семье.

*Консультирование* – дифференцированный подход к каждой семье, имеющей «особого» ребенка. Главное, чтобы родители верили в своих детей и были помощниками для нас. *Дни открытых дверей* – родители посещают детский сад, вместе с ребенком, наблюдают за работой специалистов.

*Семинары-практикумы* – где родители знакомятся с литературой, играми, учатся применять полученные знания на практике.

*Деловые игры.*

*Круглые столы*, где родители делятся собственным опытом воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями.

*Присутствие родителей* на индивидуальных коррекционных занятиях, с целью обучения их приемам и способам работы с особым ребенком.

*Проведение совместных праздников*, где родитель может видеть достижения своего ребенка, участвовать совместно с ребенком (мама рядом).

Совместные тренинги для родителей по оптимизации детско-родительских отношений. («Связующая нить» Н. Григори, «Учимся понимать своего ребенка» – гиперактивный ребенок)

Использование *информационных стендов* для родителей: стенды, папки-передвижки, тематические выставки (литературы, фото, детских работ), доска объявлений.

Организация *обратной связи* для родителей: «почтовый ящик» куда родители помещают свои отзывы, предложе-

ния, предлагают темы родительских собраний, семинаров.

Совместное заполнение *дневника наблюдений* за ребенком в условиях детского сада и в домашней обстановке, где родители и педагоги фиксируют свои наблюдения, с целью выявления динамики развития ребенка.

Использование современных устройств для общения с родителями: виртуальное общение с родителями через Интернет, использование сотовой связи.

– Организация выставок книг и игрушек, способствующих развитию ребенка в домашней обстановке.

– Размещение информации на сайте учреждения;

– Консультации и рекомендации на стендах, в групповых уголках;

– Разработка памяток с рекомендациями;

При работе с родителями используем следующие методы активизации родителей.

**«Мозговой штурм».** Метод коллективной мыслительной деятельности, позволяющий достичь понимания друг друга, когда общая проблема является личной для целой группы.

**«Реверсионная мозговая атака, или Разнос».** Этот метод отличается от «мозгового штурма» тем, что вместо отсрочки оценочных действий предлагается проявить максимальную критичность, указывая на все недочеты и слабые места процесса, системы, идеи. Этим обеспечивается подготовка решения, направленного на преодоление недостатков.

**«Список прилагательных и определений».** Такой список прилагательных определяет различные качества, свойства и характеристики объекта, деятельности или личности, которые необходимо улучшить. Сначала предлагаются качества или характеристики (прилагательные), затем они рассматриваются каждое в отдельности и решается, каким путем можно улучшить или усилить соответствующую характеристику. Например, «Какой бы вы хотели видеть речь вашего ребенка на пороге школы?». Родители перечисляют качества, т.е. прилагательные, а затем совместно формулируются пути достижения цели.

«Коллективная запись». Каждый из участников получает записную книжку или лист бумаги, где сформулирована

проблема и даются информация или рекомендации, необходимые для ее решения. Родители независимо друг от друга, определяют наиболее важные для них рекомендации, заносят в записную книжку. Затем записи передаются педагогу, он суммирует их, и группа проводит обсуждение. После этого приема можно использовать «мозговой штурм».

**«Запись на листах».** При обсуждении проблемы каждый из родителей получает листы бумаги для заметок. Педагог формулирует проблему и просит всех предлагать возможные решения. Каждое предложение записывается на отдельном листе. Проблему нужно формулировать четко. Например, «Как привлечь ребенка к выполнению домашнего задания», каждый родитель пишет свой вариант, затем все мнения обсуждаются. Вводится запрет на критику.

**«Эвристические вопросы».** К ним относятся 7 ключевых вопросов: Кто?, Что?, Где?, Как?, Чем?, Когда? (Почему?). Если перемешать эти вопросы между собой, получится 21 вариант. Последовательно вытягивая такие смешанные вопросы и отвечая на них, родители могут получить новый, интересный взгляд на проблему. Например, 1 и 5 в сочетании кто чем? Последовательно вытягивая такие смешанные и нестандартные вопросы и отвечая на них, родители видят и нестандартные пути их решения.

**Решение проблемных задач** семейного воспитания побуждает родителей к поиску наиболее подходящей формы поведения, упражняет в логичности и доказательности рассуждений, развивает чувство педагогического такта. Для обсуждения предлагаются подобные проблемные ситуации. Вы наказали ребенка, но позже выяснилось, что он не виноват. Как вы поступите и почему именно так? Или: ваша трехлетняя дочь шалит в кафе, куда вы ненадолго зашли, – смеется, бежит между столами, размахивает руками. Вы, думая об остальных присутствующих, остановили ее, усадили за стол и сурово отчитали. Какую реакцию на действия родителей можно ожидать от ребенка, который не умеет пока понимать потребности других людей? Какой опыт может получить ребенок в данной ситуации?



**Ролевое проигрывание семейных ситуаций** обогащает арсенал способов родительского поведения и взаимодействия с ребенком. Дается, например, такое задание: проиграйте, пожалуйста, как вы будете устанавливать контакт с плачущим ребенком, и др.

**Тренинговые игровые упражнения и задания.** Родители дают оценку разным способам воздействия на ребенка и формам обращения к нему, выбирают более удачные, заменяют нежелательные конструктивными (вместо «Почему ты опять не убрал свои игрушки?» – «Я не сомневаюсь, что эти игрушки слушаются своего хозяина»). Или родители должны определить, почему неконструктивны такие слова, обращенные к ребенку: «Стыдно!», «Меня не устраивают твои «хочу», мало ли, что ты хочешь!», «Что бы ты без меня делал(а)?», «Как ты можешь поступать так со мной!» и др. Задания могут выполняться в такой форме: воспитатель начинает фразу: «Хорошо учиться в школе – это значит...» или «Для меня диалог с ребенком – это...» Мать или отец должны закончить предложение.

**Анализ родителями поведения ребенка** помогает им понять мотивы его поступков, психические и возрастные потребности.

**Обращение к опыту родителей.** Педагог предлагает: «Назовите метод воздействия, который более других помогает вам в налаживании отношений с сыном или дочерью?» Или: «Был ли подобный случай в вашей практике? Расскажите о нем, пожалуйста», или: «Вспомните, какую реакцию вызывает у вашего ребенка применение поощрений и наказаний» и т.п. Побуждение родителей к обмену опытом активизирует их потребность анализировать собственные удаchi и просчеты, соотносить их с приемами и способами воспитания, применяемыми в аналогичных ситуациях другими родителями.

**Игровое взаимодействие родителей и детей** в различных формах деятельности (рисование, лепка, спортивные игры, театрализованная деятельность и др.) способствует приобретению опыта партнерских отношений.

Предложенные методы предоставляют родителям воз-

возможность моделировать варианты своего поведения в игровой обстановке. Когда родитель в игре моделирует собственное поведение, его взгляд на воспитательную проблему расширяется.

В родительском уголке или в качестве заключительной части родительских собраний предлагаю иногда родителям выслушать стихотворные строки или высказывания, позволяющие задуматься родителям о своих взаимоотношениях с детьми.

Помощь детям с особыми образовательными потребностями требует социально-педагогической поддержки их семей. Развитие ребенка в огромной степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности воспитательных воздействий.

**Конечной целью комплексной, системной работы с семьей** коллектив считает создание позитивных ценностно – смысловых установок в семье и ближайшем окружении ребёнка, которые обеспечат максимальную коррекцию психофизиологических недостатков малыша и полноценное развитие его личности в дошкольный период.

Комплексное сопровождение семьи ребёнка с ОВЗ решает множество важных задач:

- установление партнёрских отношений с семьёй, создание атмосферы общности интересов, эмоциональной взаимоподдержки и практической взаимопомощи друг другу;

- повышение компетентности родителей в области коррекционной педагогики, пробуждение интереса и желания заниматься со своим особым ребёнком;

- формирование навыка наблюдения за ребёнком и умения делать выводы, видеть проблемы и маленькие «победы» своего малыша;

- помощь в усвоении родителями уверенного, доброжелательного, спокойного стиля общения с целью обеспечения ребёнку чувства комфортности, поддержки в домашних условиях;

– воспитание потребности у родителей обращаться за квалифицированной помощью к специалистам в вопросах коррекции и воспитания, социальной защиты, медицинской и юридической поддержки семьи ребёнка с ОВЗ.

## **Основные направления работы по оказанию психолого-педагогической помощи семье для «перевода» ее в состояние психологического благополучия**

Работа специалистов по психолого-педагогическому сопровождению семьи, отнесенной по выделенным выше индикаторам к неблагополучной, может разворачиваться по нескольким направлениям, что позволяет обеспечить своеобразный перевод из состояния неблагополучия в состояние психологического благополучия:

1. *Обучение эффективной внутрисемейной коммуникации всех членов семьи, способствующей формированию адекватной самооценки и дающей возможность получать эмоциональную поддержку.* Для этих целей может быть реализована программа группового тренинга эффективной коммуникации для нескольких семей. В программу тренинга целесообразно включить разделы:

- обучение навыкам активного слушания;
- обучение новым способам общения (подчеркивая эффективность позитивного подкрепления в отличие от негативного подкрепления);
- обучение навыкам выражения мыслей и чувств от первого лица («Я-сообщение»);
- гармонизация отношений между диадой «мать с больным ребенком» и членами семьи, членами семьи и другими (посторонними) лицами.

2. *Оптимизация функционирования семейной системы.* Прежде всего, речь идет о необходимости оптимизации системы семейных правил, регулирующих жизнь семьи. (Для

этого может использоваться методика организации «Семейного совета», на котором члены семьи выявляют, осознают и оценивают существующие семейные правила и вырабатывают новые).

3. *Формирование навыков для установления необходимых для функционирования и развития семьи ресурсных социальных связей.* Для реализации этой цели будет уместно мотивировать членов семьи на поиск и установление контактов с различными сообществами и организациями, объединяющими людей со схожими проблемами. (Например, сообществом «Даун Синдром»; «Ассоциацией родителей детей с нарушениями слуха»; Обществом помощи аутичным детям «Добро» и др.).

4. *Формирование адекватного, реалистичного отношения к ограниченным возможностям ребенка.*

5. *Формирование ответственной родительской позиции*

*Примечание.* Для реализации целей направлений 4. и 5. может быть использована авторская программа групповой работы (Н.Н. Посысоев).

6. *Формирование коррекционно-развивающей среды.*

*Формирование коррекционно-развивающей среды*

*Под специальной коррекционно-развивающей средой в семье понимается совокупность внутрисемейных условий, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками (В. В. Ткачева).* В данном случае речь идет о насыщении семейного пространства коррекционно-развивающим содержанием. Идея развивающей среды должна быть простой и естественной. В ней должен быть упорядочен окружающий ребёнка мир взрослой жизни и созданы безопасные условия для развития.

В целом коррекционно-развивающая среда в семье может включать в себя следующие основные компоненты:

***Общая эмоциональная семейная атмосфера,*** которая создает общий позитивный фон настроения без излишней инвалидизации ребенка;

***Предметно-пространственная развивающая среда,***

специально организованная с учетом особенностей развития ребенка, включающая в себя функционально-ориентированные игрушки и пособия для развития сенсомоторных функций, конструкторы, полусферы, игрушки и пособия для развития общей и мелкой моторики и др.;

**Особый тип коммуникации «Взрослый – ребенок»**, обеспечивающей поддержку, сотрудничество, соблюдение ритма контакта, конгруэнтного особенностям ребенка, соблюдение *принципа ритмического резонанса* (Н.Н. Посысов);

Для более точного взаимодействия с детьми с ОВЗ необходимо учитывать так называемую «мелодию общения», ритм, из которого складывается общая динамика взаимодействия. Мы назвали общение такого рода – общением с соблюдением принципа ритмического резонанса. Особенно важно его учитывать при работе с подростками с ДЦП. У этих ребят наблюдается специфический ритм жизнепроживания, чередования активности и покоя. Этот ритм может показаться здоровому человеку замедленным, рваным, судорожным, вязким, застревающим и т.п. Но для них – это естественный ритм.

Возможные ошибки педагогов (родителей) – педагог подгоняет, торопит, чувствует себя дискомфортно во время срыва, бездействия, пытается помочь, берет на себя выполнение ряда операций. Типичные реакции: «Давай, я за тебя сделаю, тебе трудно». Но на самом деле трудность испытывает не ребенок, а сам педагог, которому трудно ждать, пока ребенок сделает сам. Например, у подростка-инвалида, сидящего на коляске и беседующего с педагогом, упала ручка. Педагог бросился поднимать. В результате при обсуждении выяснилось, что подросток в этой ситуации почувствовал себя зависимым и ущемленным. Более конструктивный вариант: педагог спокойно ждет, пока сидящий перед ним человек находит для себя приемлемый способ достать эту ручку.

Рассмотрим авторские методы психолого-педагогической работы с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ методик работы с матерями детей-инвалидов по

В.В.Ткачёвой. В.В. Ткачёва (2000) разработала методику работы с матерями, которые воспитывают детей с аномалиями развития. В ней предусмотрена индивидуальная работа с матерями в форме беседы. Она нужна для установления контакта между психологом и матерью ребёнка, для ознакомления с историей жизни данной женщины, с историей болезни её ребёнка, для выявления особенностей характера женщины, для того, чтобы мотивировать её на работу в группе.

В групповых занятиях осуществляется **психокоррекционная работа** с женщинами. Работа проходит следующим образом:

Разминка – на первом занятии происходит знакомство, а на последующих – настрой на работу, проверка домашних заданий;

Основная часть – происходит обсуждение жизненных ситуаций: «Мой жизненный путь», «Моя точка опоры в жизни», «Моя проблема», «Мой ребёнок меня не любит», «Мои представления о моём ребёнке», «Что я люблю в моём ребёнке», «Мама, не бей меня, я тебя люблю», «Стоит ли тратить всю жизнь на больного ребёнка», «Моё отношение к моему ребёнку»;

Разыгрывание ролевых ситуаций – цель – научить женщин вербализировать свои и чужие чувства, играть определённые роли, переживать вновь стрессовые состояния; по окончании задания происходит общий анализ, обсуждение ситуации, обмен мнениями;

Аутотренинг – техника релаксации по Э.Джейкобсону и И.Шульцу, формирует у членов группы способность к переключаемости с травмирующих психику переживаний к гармоничным состояниям;

Музыкальная релаксация – формирует позитивную установку, положительные ощущения и переживания, происходит замена травмирующих мыслей позитивными, снятие агрессии, внутреннего напряжения;

Подведение итогов занятия – психолог даёт домашнее задание, соответствующее теме занятия, одним несменным заданием является ведение дневника ощущений.

Положительной чертой данной методики является то, что определённым образом построенная групповая работа имеет **целью**:

– реальное снятие внутреннего напряжения, дискомфорта;

– переключать внимание с травмирующих переживаний на позитивные;

– проигрывать актуальные для матерей ситуации, открывающие глаза на то, что они когда-то поступали неверно и учащие, как можно целесообразно вести себя в данных ситуациях;

– дать возможность по-другому взглянуть на своего ребёнка, изменить отношение к нему с негативного (жалость, злость, агрессия, обвинения) на положительное (любовь, ласка, забота и др.).

Однако, без проработки глубинных личностных проблем не происходит полного осознания, уверенности, как надо поступать. Ведь некоторые личностные качества могут мешать выражать свои чувства, понимать других, быть терпеливым и т.д.(например, такие качества, как замкнутость, стеснительность, ригидность, различные акцентуации характера). В данной работе, к сожалению, не уделяется именно такого внимания индивидуальной терапии с матерями.

Практика в этой области показывает, что наилучшего результата можно достичь, если на занятиях с родителями использовать следующие формы работы:

1. Профессионально-информационную часть;
2. Упражнения – индивидуальные и в небольших группах;
3. Обмен личным опытом в воспитании детей;
4. Медитации, помогающие понять детские чувства, а также позволяющие взглянуть на проблему с другой стороны;
5. Домашние задания (Даринская В.М., 2000).

Курс рассчитан на 20 регулярных занятий и далее – поддерживающие встречи по запросам со стороны родителей.

В неформальной обстановке родители делятся сложившимися способами воздействия на ребёнка, принятыми в семье,

получают опыт других семей и имеют возможность познакомиться с профессиональными психологическими взглядами на решение возникших вопросов воспитания.

На занятиях, в частности, рассматриваются следующие вопросы:

- влияние врождённых задатков на формирование личности;
- особенности разных периодов психосексуального развития детей;
- воздействие личностных оценок на формирование качеств в будущем;
- проблемы ошибок: реакции взрослых и чувства ребёнка;
- применение методов активного и пассивного слушания;
- конструктивное решение конфликтных ситуаций без унижений и обид;
- причины возникновения неврозов у детей;
- механизмы психологической защиты, как ими пользуются дети и окружающие их взрослые и другие.

Как отмечает В.М. Даринская (2000), после пройденного курса родители отмечают:

- ощущение внутреннего спокойствия;
- стали лучше понимать своих детей;
- возросшее чувство уверенности в себе при выполнении своих семейных обязанностей;
- усиливается принятие своих детей;
- появилась большая склонность к демократическим отношениям и поступкам взамен авторитарных.

Данная методика разработана не для родителей детей с ограниченными возможностями, а для родителей трудных детей. Но, по нашему мнению, данную методику можно применять к родителям детей с ограничениями жизнедеятельности с сохранным интеллектом. Ведь в таких семьях существуют те же проблемы детско-родительского общения, какие могут быть и в обычных семьях (отчуждение, взаимная агрессия, взаимные обвинения либо гиперопека со стороны родителей). А данная методика разработана с целью корректировки детско-родительских отношений, улучшения



самочувствия родителей, снятия тревожности, внутреннего напряжения, научиться больше понимать своих детей и принимать их такими, какие они есть, видеть и ориентироваться на положительные качества их характера.

## **Рекомендации специалистам, работающим с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья**

Использовать, наряду с групповыми психокоррекционными занятиями, совместные занятия с каждым родителем и его ребенком.

Использовать упражнения на расслабление, снятие эмоционального напряжения, отреагирование негативных эмоций, а также упражнения на позитивные изменения отношения к себе и своему ребенку.

В работе с данной категорией семей применять техники поддержки, понимания и принятия, но не конфронтации, так как семьи данной группы находятся в нестабильном эмоциональном состоянии.

В групповой работе обращать внимание на самораскрытие и обмен опытом, так как данное обстоятельство очень важно для снятия эмоционального напряжения, изменения отношения к себе и ребенку.

В работе с матерью и ребенком уделять внимание позитивному общению и взаимодействию.

В работе с матерью и ребенком обращать свое внимание и внимание семей на ситуации, говорящие о взаимонепонимании, конфронтации и конфликтности между матерью и ребенком и организовывать конструктивное обсуждение данных ситуаций и поведения друг друга.

В работе с матерью и ребенком отслеживать и информировать семьи о качественно выполняемых ими актов взаимодействия, что послужит для них примером поведения и решения конфликтов в будущем.

Далее представлен тренинг, способствующий:

- формирование адекватной самооценки в социальной роли родителя;
- изменение стиля семейного воспитания для создания благоприятной семейной обстановки;
- заострение внимания родителей на проблеме домашнего насилия над собственным ребенком;
- обсуждение причин, способствующих появлению данного факта в семье.

В системе профилактической работы нами были выделены три основных этапа: ориентировочный, основной, завершающий. Каждый из них имеет свои цели и задачи, структуру и содержание. Средством решения задач тренинга служат групповые дискуссии, беседы, ролевые игры, психогимнастические процедуры, релаксационные упражнения.

Таким образом, проведенное теоретико-экспериментальное исследование подтвердило необходимость в консолидации усилий специалистов министерств и ведомств образовательного, социального и медицинского профиля по созданию комплексной программы профилактики психологического насилия в семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ.

## **Реализация тренинга психолого-педагогической помощи родителям детей с ОВЗ**

Предлагается мини-тренинг, целью которого является минимизация эмоциональной напряженности родителей и гармонизация детско-родительских отношений. Основой для комплектации занятий тренинга послужили теоретические и практические разработки упражнений таких психологов-исследователей, как Н.А. Голиков, И.П. Брызгунов, И.М. Марковская, Л.К. Грачев, Е. Коротаева, А.А. Осипова, Е.Р. Смирнова, Ю.С. Шевченко, В.А. Корнеева.

В теоретической части данной работы мы выделили существующие различные методы и подходы к психологической работе с родителями детей, имеющих ограничения в разви-

тии. Данные подходы зависят от жизненной стадии и от стадии эмоционального состояния родителя.

Мы разработали мини-тренинг психолого-педагогической помощи родителям детей с ограничениями жизнедеятельности, в который входят упражнения, основанные на теоретических положениях данной работы и авторские упражнения различных ученых-практиков.

Цель данного тренинга – минимизация эмоциональной напряженности родителей, изменение психологического микроклимата в семье и гармонизация детско-родительских отношений.

Данный тренинг разбит на отдельные занятия. Предусмотрен комплекс занятий, состоящий из 5 групповых и 5 отдельных занятий с каждой семьей (матерью) и ребенком. Рассмотрим комплекс групповых занятий для родителей.

### **Комплекс групповых занятий с родителями, имеющими детей с ограничениями жизнедеятельности.**

Цели данной части тренинга – преодоление эмоциональной напряженности, переживаний, изменение отношения к себе и своему ребенку.

Продолжительность одного занятия 1 час.

Занятие № 1. Тема: «Знакомство».

Цель – знакомство участников между собой и с психологом, установление контакта.

**Задачи :** 1) установление доверительной, спокойной обстановки;

2) обеспечить знакомство участников тренинга друг с другом;

3) сбор информации о проблемах участников;

4) настрой на дальнейшую психологическую работу.

Этапы:

Правила поведения. Психолог рассказывает о правилах поведения и участия в тренинге (конфиденциальности, добровольности, открытости, безоценочного принятия и др.), называет тему и цель тренинга и данного занятия, говорит о своих ожиданиях и чувствах (Абрамова Г.С., 1999).

Ожидания и опасения. Психолог предлагает познакомиться-

ся и каждому участнику, называя свое имя, высказаться об ожиданиях и опасениях от данного тренинга (наиболее частыми опасениями родителей были высказывания типа: «Стыдно показаться глупой, ничего не знающей», «Боюсь высказываться на публике», «Боюсь, что не поймут» и т.п.). Участники по очереди высказывают свои мнения. Психолог подводит итог.

Игра «Знакомство» (Марковская И.М., 1997). Ведущая дает задание: участники по очереди называют свое имя, одну положительную и одну отрицательную черту своего характера. Затем участникам дается мяч, который они должны бросать друг другу. Каждый, кому попал мяч, называет имя бросившего мяч, одну положительную и одну отрицательную черту его характера. В конце игры каждый по очереди говорит о своих чувствах, эмоциях, переживаниях, наблюдениях, отслеживая при этом изменения в своем настроении (практически каждый участник высказался об улучшении настроения, о появившейся «бодрости», «веселости»).

Проблема. Психолог предлагает каждому рассказать о своей проблеме, с которой он сюда пришел, о том, что его беспокоит. Участники рассказывают по кругу, в конце упражнения каждый говорит о своем самочувствии и настроении. Чувствами родителей после выполнения ванного задания стали: тревога, озабоченность, но в то же время и облегчение, удивление от того, что все имеют сходные проблемы.

Упражнение «Моя гордость» (Марковская И.М., 1997). Ведущая дает всем задание подумать и сказать о самой большой гордости, которую он испытывал в связи со своим ребенком. Участники выполняют задание. В конце упражнения самочувствие и настроение родителей изменилось в сторону подъема, бодрости, прилива сил.

Домашнее задание: подумать, как бы определил проблему ребенок и почему; спросить своего ребенка, что он считает семейной проблемой и как бы он ее определил. Затем психолог договаривается с участниками о новой встрече.

Прощание. Каждый говорит о своих наблюдениях, переживаниях, изменениях настроения относительно всего первого

занятия. Психолог говорит о своих чувствах и ощущениях, подводит итог занятия, делает выводы.

Занятие № 2. Тема: «Релаксация».

Цель – расслабление тела, снятие отрицательных эмоций.

**На данном занятии были использованы психотехники, разработанные И.П. Брызгуновым (2002) и Н.А. Голиковым (2003).**

Этапы:

Приветствие. Психолог приветствует всех участников, называет тему занятия, говорит о своих чувствах, настроении, предлагает всем рассказать о своих чувствах, настроении. Участники высказываются по кругу.

Проверка домашнего задания. Ведущая предлагает каждому рассказать о том, как он выполнил домашнее задание, какие получил результаты, сделал выводы, поделиться своими эмоциями, переживаниями по этому поводу (высказывания родителей содержали противоположные мнения от: «Я почувствовала облегчение и радость от слов дочери, ведь она сказала, что любит меня, несмотря на ссоры и обиды», – до: «Мой ребенок считает меня виноватой в семейных проблемах. Мне очень тяжело.»).

Упражнение на расслабление рук «Лимон». Инструкция: представьте, что в вашей левой руке находится целый лимон. Как можно сильнее сожмите его. Постарайтесь выдавить из него весь сок. Чувствуете, как напряглись ваши рука и ладонь, когда вы его сжимаете. А теперь выроните его. Обратите внимание на свои ощущения, когда рука расслаблена. Теперь возьмите другой лимон и сожмите его. Постарайтесь сжать его еще сильнее, чем первый. Прекрасно. Вы прилагаете все силы. Теперь выроните этот лимон и расслабьтесь. Не правда ли, насколько лучше чувствуют себя ваши рука и ладонь, когда они расслаблены? И снова возьмите лимон левой рукой и постарайтесь выжать из него весь сок до капельки. Не оставляйте ни единой капельки. Сжимайте все сильнее. Прекрасно. Теперь расслабьтесь, пусть лимон сам выпадет из вашей руки. Затем весь процесс повторяется для правой руки.

Упражнение на расслабление рук и плеч «Кошечка». Психолог дает инструкцию, по ходу которой участники ее выполняют: потянитесь, сначала руки вперед (вдох), затем высоко вверх, как можно выше, так, чтобы чувствовать напряжение в плечах (задержка дыхания). Опустите руки вниз (выдох). Упражнение выполняется 2-3 раза.

Упражнение на расслабление плеч и шеи «Черепха». Инструкция: теперь представьте, что вы черепашки. Сидите вы на камушке, на берегу мирного пруда, греетесь, расслабившись, на солнышке. Вам так приятно, так тепло, так спокойно. Но что это? Вы почувствовали опасность. Черепашки быстро прячут голову в панцирь. Постарайтесь поднять ваши плечи вверх до ушей, а голову втянуть в плечи. Втягивайте сильнее. Но, наконец, опасность миновала. Вы можете вытащить голову, снова расслабиться и блаженствовать на теплом солнышке. Упражнение повторять еще 2 раза.

Упражнение на расслабление живота «Слоненок». Инструкция: представьте, что кто-то очень тяжелый, например, слоненок наступил вам на живот (вдох). Напрягите мышцы живота и задержите дыхание. Они становятся как каменные. Старайтесь удержать слоненка. Затем он уходит (выдох). Расслабьте мышцы живота. Почувствуйте, как расслаблен живот. Замечаете разницу между расслабленным и напряженным животом? Как это хорошо, когда ваш живот расслаблен. Упражнение повторяется 2-3 раза.

Упражнения на расслабление ног и ступней. Инструкция: представьте, что на пальцы ног влез муравей и бегаёт по ним. С силой потяните носки на себя, ноги напряженные, прямые (вдох). Оставьте носки в этом напряжении, прислушайтесь, на каком пальце сидит муравей (задержка дыхания). А теперь мгновенно сбросьте муравья с пальцев ног (на выдохе). Носки идут вниз, в стороны, расслабьте ноги. Повторите упражнение 2-3 раза. Почувствуйте разницу между расслабленными и напряженными ногами.

А теперь представьте, что вы стоите босиком в реке с илистым дном. Постарайтесь вдавить пальцы своих ног глубоко в ил. Попытайтесь достать до самого дна, где ил кончается.

Напрягите ноги, чтобы получше вдавить ступни в ил. Растопырьте пальцы ног, почувствуйте, как ил продавливается вверх между ними. А теперь выйдите из реки. Дайте своим ногам отдохнуть и согреться на солнышке. Пусть пальцы ног расслабятся. Не правда ли, какое это приятное чувство? Опять шагните в реку. Повторить упражнение еще 2 раза.

Домашнее задание: отслеживать напряжение в своем теле, эмоциональное напряжение и снимать их при помощи вышеперечисленных упражнений.

Итоги. Психолог просит высказаться о своих ощущениях, самочувствии, настроении, эмоциях и их изменениях относительно начала занятия. Вначале выполнения упражнений на релаксацию родители улыбались и смущались. В процессе работы они становились серьезнее и в конце занятия высказали следующие ощущения и эмоции: «Мне стало легко и свободно», «Я чувствую свободу», «Я чувствую себя размоленной», «Я чувствую облегчение и на душе» и т.п.

Занятие № 3. Тема: «Эмоции».

**Цели** – снятие негативных эмоциональных переживаний.

**Задачи:** 1) научиться выражать эмоции невербальными средствами;

развивать эмоциональную экспрессивность;

расширить эмоционально-поведенческий «репертуар»;

развивать саморегуляцию эмоциональных состояний.

**Этапы:**

Приветствие. Психолог приветствует всех участников, называет тему занятия, говорит о своем настроении, просит рассказать о своем настроении, самочувствии у других участников тренинга.

Проверка домашнего задания. Психолог просит каждого по очереди рассказать о выполнении домашнего задания, о своих впечатлениях, эмоциях. Участники выполняют задание по очереди. Мнения участников противоположны: часть участников легко справлялась с заданием, некоторые испытывали затруднения в контроле за своими эмоциями.

**Упражнение «Звери» (Шевченко Ю.С., Корнеева В.А., 2003).** На подготовительном этапе родители изображают

различных животных и птиц. Затем задача усложняется: нужно изобразить животное в каком-либо эмоциональном состоянии («испуганный заяц», «разгневанный слон», «веселый медведь», «грустная обезьянка» и т.д.). Далее надо при помощи поз, жестов, мимики попробовать передать различные эмоциональные состояния так, чтобы члены группы догадались, что это за состояния. По окончании упражнения родители высказывают свои впечатления, эмоции, настроение (наиболее часто встречались высказывания типа: «Мне было неловко выполнять задание, особенно вначале», «Я не знала, что так похоже могу изображать животных, и поэтому мне удивительно и радостно», «Мне было интересно, смогу ли я выполнить задание. Вроде бы смогла, это радует» др.).

**Упражнение «Провокация» (Шевченко Ю.С., Корнеева В.А., 2003).** Один из участников группы должен невербально выразить свою непосредственную реакцию на обращение, имеющее смысл обвинения или препятствия («Вы лжец! Вы сами это знаете»; «Я понимаю, что подвожу тебя, но приехать не смогу»). Остальные члены группы угадывают смысл ответа, переводя его на «язык слов». Для облегчения вербализации чужой эмоции им предлагается «отзеркалить» поведение основного участника (протагониста). Затем протагонист выбирает наиболее точный, по его мнению, «перевод» и повторяет свой невербальный ответ, сопровождая его словами. Группа оценивает степень совпадения первой и второй невербальных моделей, а также степень конгруэнтности содержания фразы той интонации, с которой она произносится, и позы, мимике, жесту, демонстрируемым вместе со словами. Далее каждый участник предлагает свой вариант ответа на стандартно предъявляемую фрустрирующую ситуацию, а группа контролирует совпадение вербальной и невербальной экспрессивности. Затем выбирается другой протагонист. По окончании упражнения родители высказывают свои впечатления, эмоции, настроение.

5. Упражнение на расширение эмоционально-поведенческого «репертуара» (Коротаева Е., 1997). Предъявляются те же или другие фрустрирующие стимулы, а также нежиз-



данные провокации положительных эмоций типа комплимента, лестного предложения или сюрприза. Испытуемый должен в течение минуты дать три разных по содержанию конгруэнтных ответа. Группа оценивает ответы по этим двум параметрам (вариативность реагирования и гармоничность вербальной и невербальной экспрессивности). Следующее задание – расшифровка эмоционального содержания демонстрируемого ответа, установление его соответствия основным (базальным) или смешанным эмоциям. Далее идентифицированная эмоция соотносится с когнитивным содержанием эмоциогенной ситуации. Задаются вопросы типа: «Что в этот момент думает человек о ситуации, о собеседнике, о себе?» Наконец, дается прогностическая оценка демонстрируемой реакции: «Чего он ожидает в ближайшее время от ситуации, от собеседника, что сам планирует сделать?»

Следующее задание – каждый участник группы тренирует свою антиципационную способность, предлагая в течение минуты три варианта ответа на эмоциогенную ситуацию, вербализуя сопровождающую ее эмоцию, собственную когнитивную оценку ситуации и прогнозируя ее динамику.

6. Упражнение «Натюрморт» (Шевченко Ю.С., Корнеева В.А., 2003) на развитие саморегуляции эмоциональных состояний. Психолог проводит предварительную беседу с родителями, в ходе которой объясняет необходимость наличия у человека отрицательных эмоций, их положительную роль и важность расширения спектра не только положительных, но и отрицательных эмоций. Здесь же уточняется цель работы – освоение способа регуляции негативных переживаний, не связанных с конкретной ситуацией (как внешней, так и внутренней). Психолог не только «разрешает» испытывать отрицательные эмоции, но и объясняет, что это «нормально».

На следующем этапе участникам дается задание составить как можно более обширный список отрицательных (не менее 20) и положительных (не менее 15) эмоций в дневнике наблюдений (заранее говорится о заведении дневника наблюдений) и отметить среди них те, которые данный родитель

чаще всего испытывает и воспринимает как «мешающие». Затем предлагается создать символические образы этих состояний. После завершения этой части работы клиентов просят нарисовать или составить натюрморт из предметов, обладающих данными свойствами.

Далее проводится анализ качеств положительных эмоций. Для каждого отрицательного состояния подбирается пара из спектра положительных эмоций, обладающая близкими свойствами и минимальными отличиями. Встречались такие сочетания, как «печаль-умиротворение», «злость-умиротворение», «злость-веселье», «тревога-приятное волнение», «тревога-азарт», «ужас-восторг», «ужас-удивление» и др.

Вслед за этим в натюрморт, символизирующий отрицательную эмоцию, вносятся небольшие изменения (мелкие детали, цвет, освещение), способствующие превращению «настроения со знаком минус» в «настроение со знаком плюс». В среднем создается от 6 до 10 пар подобных натюрмортов. В конце упражнения каждый говорит о своем состоянии, настроении, эмоциях.

7. Психогимнастическое упражнение: бросить мяч и сказать пожелание тому, кому брошен мяч (Матейчек З., 1992).

8. Домашнее задание: поиграть со своим ребенком в игру «Звери», отслеживать начало своих негативных эмоций и использовать для их преодоления упражнение «Натюрморт».

9. Ведущая подводит итог занятия, побуждает всех высказаться о своем самочувствии, впечатлениях от занятия. Родители по кругу высказывают свои мнения: «Я рада, что узнала, как можно бороться с отрицательными эмоциями», «Я чувствую свободу и азарт», «Теперь, мне кажется, я смогу контролировать свои эмоции» и т.п.

Занятие № 4. Тема: «Я и мой ребенок».

Цель – развитие навыков взаимопонимания с ребенком.

Этапы:

Приветствие. Психолог приветствует всех участников, называет тему занятия, говорит о своем настроении, просит

рассказать о своем настроении, самочувствии у других участников тренинга.

Проверка домашнего задания. Ведущая просит каждого по очереди рассказать о выполнении домашнего задания, о своих впечатлениях, эмоциях. Участники выполняют задание по кругу высказываются о том, что контролировали свои эмоции с помощью упражнения «Натюрморт».

Упражнение «7 вопросов» (Марковская И.М., 1998). Ведущая говорит о важности понимания себя самого и понимания своего ребенка и предлагает родителям ответить на ряд вопросов. Отвечая на вопросы письменно в дневниках наблюдений, родители записывают ответы и за себя и за своего ребенка, оставляя место для реального ответа ребенка, который они получают на совместных занятиях с ребенком.

Перечень вопросов:

– Мое любимое животное и почему. Мое нелюбимое животное и почему.

– Мой любимый цвет и почему. Мой нелюбимый цвет и почему.

– Моя любимая сказка. Сказка, которая мне не нравится.

– В другом человеке мне больше всего нравится такая черта, как ..., а не нравится..

– Если бы у меня была фантастическая возможность стать кем-то на один день, то я бы стал ... Почему?

– Доброго волшебника я попросил бы о ... А злого попросил бы о ... Почему?

– В какое животное превратил бы волшебник меня самого и членов моей семьи. Почему?

Далее участники обмениваются ответами, занятие приобретает вид свободной дискуссии, которую поддерживает психолог.

Упражнение «Билль о правах» (Марковская И.М., 1998). Ведущая делит группу на две половины. Одна группа представляет детей, а другая – родителей. Задача каждой группы заключается в составлении списка своих прав. После того, как каждая группа закончила подготовку такого списка (15-20 минут), «родители» и «дети» начинают поочеред-

но предъявлять эти права друг другу, причем каждое право может быть внесено в окончательный список только тогда, когда оно принято другой стороной. Каждая сторона имеет возможность отклонить какое-то право или настаивать на его изменении. Ведущий регулирует дискуссию и записывает принятые обеими сторонами права на листе ватмана. При выполнении упражнения каждая сторона вошла в роль, проявляла активность и отстаивала свое мнение.

Упражнение «Что мне нравится и что не нравится в моем ребенке» (Марковская И.М., 1997).

Родители в своих дневниках наблюдений заполняют таблицу:

Что меня огорчает в моем ребенке	Что меня радует в моем ребенке
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Затем происходит обмен мнениями, чувствами, которые вызвало выполнение этого задания. Каждый участник рассказывает о содержании таблицы. Ведущая задает вопрос родителям о том, какую часть таблицы им было труднее заполнить, где у них получилось больше записей. В ходе дискуссии некоторые родители делятся собственным опытом: взгляд на ребенка, особенности его воспитания, взаимодействия с ним.

Психогимнастическое упражнение: передача чувства по кругу с помощью тактильных ощущений с закрытыми глазами (Осипова А.А., 2000).

Домашнее задание: 1) до следующего занятия следить дома за соблюдением прав ребенка и прав родителей, принятых на данном занятии; 2) замечать и записывать в дневнике наблюдений как можно больше моментов, которые радуют вас в ребенке.

Прощание. Каждый говорит о своих наблюдениях, переживаниях, изменениях настроения относительно всего за-

нения («Мне жаль, что я на самом деле раньше не знала, что нужно моему сыну», «Мне очень тяжело от того, что я раньше неправильно относилась к сыну, неверно его понимала. Мне жаль упущенного времени», «Мне кажется, что я сейчас лучше понимаю свою дочь, ее поступки» и др.). Психолог говорит о своих чувствах и ощущениях, подводит итог занятия, делает выводы.

### **Занятие № 5. Тема: «Я и мой ребенок».**

Цель – развитие навыков взаимопонимания с ребенком.

Этапы:

Приветствие.

Проверка домашнего задания.

Упражнение «Погружение» (Осипова А.А., 2000). Информационная часть: ведущая объясняет причины разной организации восприятия окружающего мира у ребенка и взрослого, указывает на импульсивность, эмоциональность, кажущуюся алогичность детских поступков, детский натурализм и т.п. Рассказывает о четырех целях негативного поведения ребенка: требование внимания или комфорта; желание показать свою власть или демонстративное неповиновение; месть, возмездие; утверждение своей несостоятельности или неполноценности. Далее каждому участнику предлагается ситуация взаимодействия между родителем и ребенком и дается задание представить себя на месте ребенка, прислушаться к своим ощущениям, эмоциям. Далее участники по очереди делятся эмоциональным опытом проживания ситуации. Ситуации подобраны с учетом возраста детей данных родителей (младший школьный возраст). Пример ситуации: «В комнате стоит ребенок семи-восьми лет. Неподалеку от него стоит стол, возле которого на полу лежит разбитая ваза. Мама, заходя в комнату и видя эту картину, начинает ругать ребенка за то, что он был неосторожен, неуклюж и разбил вазу...». Высказывания родителей: «Мне жаль себя, как ребенка», «Мне стыдно и обидно одновременно», «Мне очень обидно и неприятно и хочется убежать» и т.п.

Упражнение «Язык принятия и язык непринятия» (Берковская Н., 1999). Информационная часть: психолог расска-

зывает о зонах принятия, об относительно принимающем родителе, о том, от каких ситуаций, личностных свойств родителя и личностных качеств ребенка зависит изменение соотношения зон принятия и непринятия. Совместно с родителями находятся те факторы, от которых зависит принятие или, наоборот, непринятие ребенка. Ведущая обсуждает с участниками группы, что значит «язык принятия» и «язык непринятия», говорит о том, что означают: 1) оценка поступка («Мне жаль, что ты не поделился с сестрой игрушками») и оценка личности («Ты очень жадный мальчик»); 2) временный язык («Сегодня у тебя это задание не получилось») и постоянный язык («У тебя никогда ничего не получается как следует»); 3) невербальные проявления языка принятия и непринятия (улыбка, взгляды, жесты, интонации, позы). Затем участникам предлагается нарисовать в своем дневнике следующую таблицу:

Фраза ребенка	Ответ на языке принятия	Ответ на языке непринятия
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

Далее ведущая предлагает каждому сказать какую-то фразу от лица ребенка, а члены группы и ведущий записывают ответную фразу сначала на языке непринятия, а потом на языке принятия. После того, как фразы записаны, и родители заполнили обе части таблицы, ведущая просит одного из родителей войти в роль ребенка и произнести свою фразу. Остальные родители отвечают ему сначала на языке непринятия, а потом на языке принятия. Родитель, находящийся в роли ребенка, фиксирует ответы, которые вызывают наиболее сильные чувства. Для усиления «впечатления детства» и влияния со стороны других, все родители стоят, а «родитель-ребенок» сидит. После того, как родитель побывал в роли ребенка, психолог предлагает ему поделиться теми впечатлениями, которые возникли у него в ходе выполнения зада-

ния: «Ужас. Когда говорили на языке непринятия, хотелось сначала на всех накричать, потом убежать, потом закричать: «Надоели! Что ко мне пристали!». Затем выбираются еще два родителя, которые побывают в роли ребенка, и упражнение повторяется еще 2 раза.

Упражнение «Проговаривание» (Лидерс А.Г., 1993). Информационная часть: рассказ о том, какое может быть слушание: пассивное (безмолвное) и активное (рефлексивное). Безмолвное слушание – минимизация ответных реакций («Да. Да», «Я тебя слушаю»), поддерживающее выражение лица, кивание головой в знак согласия. Если ребенку важно высказаться и быть выслушанным, такого слушания может быть вполне достаточно. Далее ведущая рассказывает о важности активного слушания, как способе решения проблемы ребенка, о его приемах и о последствиях: пересказ, уточнение, отражение чувств, проговаривание подтекста, резюмирование. Затем участникам дается задание разбиться на пары по желанию. На первом этапе один партнер все время только слушает и пересказывает, возвращая мысли собеседнику. Затем они меняются ролями. На втором этапе надо пересказывать высказывания партнера и продолжать разговор, то же делает второй партнер. Тема, обсуждаемая собеседниками, касается какой-то проблемы, которая, по мнению родителя, тревожит ребенка.

Упражнение «Правила хорошего слушания» (Лидерс А.Г., 1993). Предлагается разбиться на пары, причем выбрать себе в пару того из членов группы, кого узнали меньше других, но хотели бы узнать поближе. Затем рекомендуется распределить между собой роли: один «говорящий», другой «слушающий». Сначала правилами хорошего слушания руководствуется «слушающий». «Говорящий» в течение пяти минут рассказывает о своих трудностях, проблемах в воспитании ребенка. Особое внимание при этом он обращает на те свои качества, которые порождают эти трудности. «Слушающий» соблюдает правила хорошего слушания: внимателен к словам и невербальным проявлениям собеседника; проверяет, правильно ли понял слова собеседника, используя, если это необходимо, приемы активного слушания; не дает советов и

оценок. Через 5 минут ведущая останавливает беседу и дает следующее задание: «Сейчас у «говорящего» будет одна минута, в течение которой надо будет сказать «слушающему», что в поведении последнего помогало, а что затрудняло рассказ». Затем «говорящий» в течение 5 минут рассказывает «слушающему» о своих сильных сторонах в общении, о том, что ему помогает воспитывать ребенка, строить взаимоотношения с ним. Затем психолог останавливает разговор и дает задание: «Слушающий» за 5 минут рассказывает то, что он запомнил из двух рассказов «говорящего», то есть то, что тому помогает, а что мешает воспитывать ребенка». На протяжении этих пяти минут «говорящий» все время молчит и только движением головы показывает, согласен он или нет с тем, что говорит «слушающий». После того, как «слушающий» скажет все, что он запомнил, «говорящий» может сказать, что было пропущено и что искажено. Во второй части упражнения участники пары меняются ролями.

**Психогимнастическое упражнение:** бросить мяч и сказать комплимент тому, кому брошен мяч (Марковская И.М., 1998).

Домашнее задание: использовать и тренировать приемы активного слушания, пользоваться ими при различных обсуждениях дома.

Подведение итогов занятия. Обмен мнениями, впечатлениями, переживаниями, эмоциями и чувствами («Мне кажется, я больше стала понимать своего ребенка. Мне интересно научиться слушать по правилам», «Я не понимаю, зачем нужны все эти виды слушания. Неужели нельзя слушать просто?», «Я поняла, что если пользоваться активным слушанием, то можно лучше понять человека и дать ему понять это. Мне стало легче и свободнее» и т.п.). Хотя данные факты не отразились на результатах занятия, на произошедшей динамике состояния родителей, в ходе занятия ведущая чувствовала коммуникативный барьер при разъяснении информации группе взрослых людей и недостаток знаний, некомпетентность в информации для упражнения «Язык принятия и язык неприятия».



*Комплекс занятий с родителем и ребенком с ограничениями жизнедеятельности.*

Цель данного этапа работы – преодоление эмоциональной напряженности, улучшение отношения к своему ребенку и изменение взаимоотношений с ним.

Продолжительность одного занятия 1 час.

Занятие № 1. Тема: «Учимся расслабляться».

Цель – расслабление тела, эмоциональное расслабление.

На данном занятии использовались психотехнические упражнения, разработанные Н.А. Голиковым (2003).

Этапы:

Знакомство с ребенком. Психолог представляется, говорит о тренинге, о своих ожиданиях от тренинга, спрашивает ребенка и маму об их ожиданиях и опасениях, чувствах и эмоциях, состоянии и настроении. Основными высказываниями детей о своих ожиданиях были: «Я ожидаю чего-то интересного, необычного», «...ожидание, что будет весело, интересно». Основными высказываниями детей о своих опасениях были: «Я опасюсь, что будет неинтересно», «Опасюсь, что мне не понравится работа». Основными ожиданиями родителей были: ожидание совместных игр с ребенком, ожидание лучшего понимания ребенка, улучшения отношений с ребенком. А опасениями родителей были: страх быть непонятым ребенком, неуверенность в своих силах перед процессом изменения отношений с ребенком.

Упражнение «Игра с песком». Информационная часть: психолог информирует участников о том, что наше тело часто бывает напряжено, от чего мы чувствуем физический и, как следствие, эмоциональный дискомфорт. Поэтому нужно уметь расслаблять свое тело и эмоции. Данное упражнение направлено на расслабление рук и кистей рук. Ведущая дает задание, по ходу которого участники его выполняют: наберите в руки воображаемый песок (на вдохе). Сильно сжав пальцы в кулак, удержите песок в руках (задержка дыхания). Посыпьте песком колени, постепенно разжимая пальцы (на выдохе). Опустите руки вниз (выдох). Повторить упражнение 2-3 раза.

Упражнение «Пушистая ленивая кошечка». Для релаксации рук и плеч. Ведущая дает инструкцию, по ходу которой участники ее выполняют: Потянитесь, сначала руки вперед (вдох), затем высоко вверх, как можно выше, так, чтобы чувствовать напряжение в плечах (задержка дыхания). Опустите руки вниз (выдох). Упражнение выполняется 2-3 раза. Последующие повторения сопровождаются фразами: «А ну-ка, кошечка, потянись снова» или «Дотянись коготками до потолка, зацепи люстру» и т.д.

Упражнение «Черепашка». Для расслабления шеи и плеч. Родителю и ребенку предлагается представить какое-то спокойное место около воды: все равно какое – будь то теплая лагуна, морской берег, ручей, речка. Каждый выбирает то, что ему ближе. Предлагается расслабиться на теплом солнышке. Обязательно подчеркивается не только приятное тепло, но и безопасность того места, где они находятся. Далее дается следующая инструкция, по ходу которой она выполняется участниками: вдруг наша черепаха увидела опасность. Необходимо (на вдохе) сильно втянуть голову и поднять плечи прямо к ушам, а затем голову опустить вниз, в плечи (задержка дыхания). Конечно, трудно черепахе в панцире. Но вот опасность прошла и снова можно вылезти на теплое солнышко (выдох). Повторять упражнение 2-3 раза.

Упражнение «Надоедливая муха». Направлено на релаксацию мышц лица. Инструкция: представьте, что около вас летает муха. Она садится на волосы и нужно попробовать от нее избавиться без помощи рук. Наморщите сильно-сильно лоб, поднимите нос вверх, а губы к носу (задержка дыхания). Наконец, вы согнали муху и можете расслабить мышцы лица (выдох). Повторить игру 2-3 раза.

Упражнение «Слоненок». Для релаксации мышц живота. Инструкция: представьте, что кто-то очень тяжелый, например, слоненок наступил вам на живот (вдох). Напрягите мышцы живота и задержите дыхание. Они становятся как каменные. Старайтесь удержать слоненка. Затем он уходит (выдох). Расслабьте мышцы живота. Почувствуйте, как расслаблен живот. Замечаете разницу между расслабленным и

напряженным животом? Как это хорошо, когда ваш живот расслаблен. Упражнение повторяется 2-3 раза.

Упражнение «Игра с муравьем». Для расслабления ног и ступней. Инструкция: представьте, что на пальцы ног влез муравей и бегаёт по ним. С силой потяните носки на себя, ноги напряженные, прямые (вдох). Оставьте носки в этом напряжении, прислушайтесь, на каком пальце сидит муравей (задержка дыхания). А теперь мгновенно сбросьте муравья с пальцев ног (на выдохе). Носки идут вниз, в стороны, расслабьте ноги. Повторите упражнение 2-3 раза.

Упражнение «Солнышко и тучка». Направлено на расслабление мышц туловища. Инструкция: солнышко зашло за тучку, стало свежо (вдох). Сожмитесь в комок, чтобы согреться (задержите дыхание). Солнышко вышло из-за тучки. Жарко. Расслабьтесь (выдох). Повторить игру 2-3 раза.

Упражнение «Словарь чувств» (Марковская И.М., 1998). Мать и ребенок кидают друг другу мяч, называя при этом какое-либо чувство.

Упражнение «Звери» (Шевченко Ю.С., Корнеева В.А., 2003).

Домашнее задание: вести дневники чувств (отдельно матери и ребенку): каждый день до следующей встречи отслеживать свои эмоции и чувства и записывать в дневник. Родителю также принести на следующее занятие записи ответов на вопросы из упражнения «7 вопросов».

Прощание. Психолог подводит итог занятия, делает выводы, спрашивает о настроении, самочувствии, эмоциях клиентов. Наиболее частые высказывания детей о самочувствии и эмоциях в конце занятия: «У меня расслабилось тело. Не хочу теперь вставать, идти», «Я развеселилась после игры в зверей» и т.п. Наиболее частые высказывания родителей о самочувствии и эмоциях в конце занятия: «Мне было интересно играть со своим ребенком», «Я рада, что мы вместе занимаемся», «В ходе выполнения упражнений я чувствовала, что подаю пример дочери» и т.п.

Занятие № 2. Тема: «Учимся выполнять совместную деятельность».

Цель – развивать умения конструктивно выполнять совместную деятельность.

Проиллюстрируем данное занятие на примере.

Клиенты: мать и дочь (диагнозы девочки: бронхиальная астма и атопический дерматит).

Ведущая, мать и дочь садятся в круг. Ведущая приветствует мать и девочку.

Ведущая (В): Итак, расскажите мне, с чем пришли? Ваше самочувствие, чувства, настроение?

Мама (М): У меня легкая усталость, но я настроена на работу.

Дочь (Д): У меня настроение веселое, но я немножко устала.

В: Я рада Вас видеть. У меня бодрое настроение, настрой на работу. Теперь давайте проверим домашнее задание. Зачитайте по очереди свои чувства, а затем обменяйтесь мнениями по поводу услышанного.

М (к дочери): Кто начнет?

Д (к матери): Ты.

М: Во вторник у меня с утра была легкая грусть. По непонятным причинам. Потом я почувствовала себя бодрой.

В: После чего Вы почувствовали себя бодрой?

М: Когда поела, поговорила с мужем, когда муж с дочкой ушли – муж повел ее в школу. Затем, после домашних дел и ближе к вечеру я почувствовала усталость, бессилие. А вечером было радостно, потому что мы семьей разговаривали насчет отпуска. А среда пробежала в делах, мне нужно было сделать несколько дел по работе, бегала по инстанциям. Так что не следила за эмоциями, а вечером чувствовала сильную усталость и апатию.

Д: А я во вторник в школе чувствовала радость, было весело. А дома я была немножко грустная, потому что устала в школе. А вечером мне было тоже радостно, потому что мы говорили про отпуск. В среду я в школе была веселая и дома. Дома мы с мамой вместе делали папе подарок.

В: А теперь обменяйтесь мнениями по поводу услышанного.

М: Я примерно знала настроение дочери. Я знаю, что Анечка любит, когда мы что-нибудь делаем вместе, особенно для папы или они с папой для меня.

Д: Я знала твое настроение, но не всегда. Я не знала, что во вторник утром ты была грустная и в среду вечером.

В: А почему ты не всегда знала мамино настроение?

Д: Я не видела, чтобы у нее было грустное лицо.

В: А как ты думаешь, откуда мама знала про твое настроение? (из рассказов матери и дочери можно предположить о возникающих иногда в их отношениях взаимонепонимании и скрытности, но у ведущей не достаточно компетентности и опыта для того, чтобы разобрать, проанализировать и решить эту ситуацию с клиентами).

Д: По моему лицу, по выражению лица.

В (к матери): Вы хотите что-нибудь сказать?

М: Да нет. Я действительно по лицу, по разговору, по поведению вижу настроение Анечки. А сама, наверное, не показываю плохого настроения.

В: Хорошо. Давайте перейдем к следующему упражнению. Упражнение «7 вопросов».

Далее ведущая предлагает ребенку ответить на ряд вопросов, уточняя при этом, что отвечать нужно письменно. Перечень вопросов указан на странице 58.

Далее участникам дается задание сесть друг напротив друга, зачитать друг другу свои ответы и по ходу обменяться своими мнениями, эмоциями по поводу ответов друг друга. Мнениями и эмоциями матери, в основном, были высказывания типа: «Я знала, что именно это нравится дочке», «Я знала, что она так поступит», «Я предполагала, что она превратит все наше семейство в кошачьих», «Мне интересно было проверить, угадаю я или нет ответы Анечки. Я рада, что угадала». Мнениями и эмоциями дочери, в основном, были высказывания типа: «Я не знала, что мама так поступит», «Я нашла, что мама это любит», «Мне интересно и удивительно, что мама так сделала», «Мне нравится, что мама угадала мои ответы».

В: Молодцы! А теперь скажите мне, рисовали ли вы когда-нибудь вместе?

М: Да.

В: Нравилось ли тебе, Анечка, рисовать с мамой?

Д: Да, мне нравится вместе с мамой делать что-нибудь вместе.

М: Мне тоже всегда нравится заниматься совместными делами с дочкой.

Ведущая дает инструкцию: нарисуйте совместный портрет, человека или животного – все равно, главное – чтобы он был совместным. Мама и дочка садятся за стол и начинают обсуждать, кого им нарисовать:

М: Кого будем рисовать: человека или животного?

Д: Животного. Только какого-нибудь необычного. Начиная ты, нарисуй туловище.

Мама начинает рисовать форму животного, затем дочь добавляет многочисленные детали, в конце мать дорисовывает еще какую-то деталь, после чего участники прекращают выполнять задание (выполнение задания заняло 10 минут).

После рисования каждому отдельно задаются вопросы.

Вопросы к дочери:

В: Кто получился на рисунке?

**Д: Лисокошкодраконус.**

В: Тебе нравится рисунок, этот зверек?

Д: Да. Он состоит из моих любимых животных.

В: Ты хотела бы что-либо изменить в рисунке? Может быть, что-нибудь добавить?

Д: Нет.

Вопросы к матери:

В: Кто получился на рисунке?

**М: Лисокошкодраконус.**

В: Вам нравится рисунок, этот зверек?

М: Не очень. Меня смущает, что здесь присутствует дракон, у него такие неприятные лапы с острыми пальцами.

В: Вы хотели бы что-либо изменить в рисунке? Может быть, что-нибудь добавить?

Мать дорисовывает солнышко, цветочки.

В: Теперь Вам нравится рисунок?

М: Он мне больше нравится, но все равно смущают лапы.

В: Так измените их, у Вас есть такая возможность.

М: Нет, раз Анечка нарисовала, ей нравится, я не могу.

Дочь изменяет лапы зверя на круглые.

В: Тебе нравится этот зверь?

Д: Да.

В: А Вам?

М: (благодарный взгляд на дочь) Теперь да.

В: А теперь поиграет в «Архитектора-строителя» (Осипова А.А., 2000).

Участникам выдается два листа бумаги и два карандаша. Ребенок и родитель садятся лицом друг к другу. Каждый берет себе лист и карандаш, листы родителя и ребенка отгораживаются ширмой.

Далее ведущая дает инструкцию: листы разделены на 6 клеток. Сейчас я нарисую у одного из вас в одной из клеток несложный рисунок. Вы должны, общаясь друг с другом, задавая вопросы и получая ответы, но ничего не показывая, не рисуя в воздухе, не называя данные предметы и то, на что они похожи, сделать так, чтобы ваш партнер нарисовал у себя на листе точно такой же рисунок, какой нарисую у вас я. Первоочередность выбираете сами, после первой попытки вы меняетесь местами (тот, кто был объясняющим, становится рисующим).

Дочь предложила маме быть объясняющей. Далее участники выполняют задание.

По окончании упражнения дается задание обменяться чувствами, впечатлениями, настроением. Высказывания девочки: «Мне нравится вместе с мамой чем-то заниматься», «Меня огорчает то, что мы с мамой в этом упражнении не очень понимали друг друга». Высказывания мамы: «Мне сейчас радостно. Я люблю совместные занятия с дочерью», «Меня тоже огорчает, что мы не понимали друг друга» и т.п.. (ведущей недостает опыта и компетентности для того, чтобы разрешить взаимонепонимание матери и дочери и снять негативные эмоции и эмоциональную напряженность. Пред-

принялась попытка подбодрить участников тем, что это задание выполнялось ими впервые, похвалить за то, что они все же достигли положительного результата, и поблагодарить за выполнение задания).

В: Итак, мы сегодня хорошо поработали. Спасибо Вам за занятие, за работу. Домашнее задание: придумать и выполнить дома несколько совместных дел (можно повторить те дела, которые опробовались на занятии).

Прощание.

Занятие № 3. Тема: «Учимся преодолевать конфликты».

Цель – умение конструктивно преодолевать конфликты, изменение поведенческого репертуара в конфликтной ситуации.

Этапы:

Приветствие.

Проверка домашнего задания в виде поочередного рассказа сначала ребенка, затем матери о совместных домашних занятиях, включая мысли, чувства, переживания, впечатления участников.

Психогимнастическое упражнение: передача чувства друг другу с помощью тактильных ощущений с закрытыми глазами (Марковская И.М., 1998).

**Упражнение «Семейная хореография» (Осипова А.А., 2000). Задачи упражнения:**

- 1) перестройка взаимоотношений в семье;
- 2) отслеживание негативных образцов поведения и остановка их действия;
- 3) обеспечение членов семьи невербальными каналами коммуникации, позволяющими открыто выразить свои чувства.

Ребенка просят поставить маму в какую-либо позу, сказать, какое у нее должно быть выражение лица и самому встать в определенную позу с определенным выражением лица так, чтобы картина отражала внутренние семейные отношения в контексте какого-либо события или проблемы, а затем эту сцену разыграть. Проблемы и альтернативные способы их решения могут быть представлены в движении и визуально.



Члены семьи должны показать сцену без слов, оживить её и проиграть.

Затем предлагается изобразить идеальную ситуацию во взаимоотношениях. Идеальная ситуация тоже разыгрывается семьей.

Психолог просит несколько раз повторить сцены, отражающие дисфункциональные внутрисемейные поведенческие образцы, а также те сцены, которые изображают их преодоление, причём советует им действовать при каждом очередном дубле с всё возрастающей энергией, пытаясь сделать ситуацию, с их точки зрения, всё лучше и лучше.

Затем происходит обсуждение. Для того, чтобы более чётко сформулировать проблему семьи, психолог может попросить каждого члена семьи кратко сформулировать для себя и для других то, что составляет суть актуального состояния и положения в семье. Вопрос задаётся всегда один и тот же: «Каково быть в этом положении в семье, и какие чувства возникают у данного члена семьи по отношению к другому члену семьи?».

Психогимнастическое упражнение: родитель и ребенок бросают друг другу мяч, говоря при этом друг другу комплименты (Марковская И.М., 1998).

Домашнее задание: наблюдать за своим поведением, в конфликтных ситуациях пользоваться выработанными в упражнении «Семейная хореография» стереотипами поведения.

Подведение итогов. Наиболее типичные высказывания родителей по окончании данного занятия: «Мне было неприятно после упражнения «Семейная хореография», но потом я поняла, что можно учиться выходить из конфликтов», «Мы попробуем дома решать конфликты так, как мы сделали сегодня на занятии». Типичные высказывания детей по окончании данного занятия: «Если мы всегда так будем решать конфликты, я всегда буду рада», «Мне весело и хорошо», «Мне от чего-то грустно» и т.п.

Занятие № 4. Тема: «Учимся слушать друг друга».

Цель – развитие навыков активного слушания.

Этапы:

Приветствие.

Проверка домашнего задания.

Упражнение «Проговаривание» (Лидерс А.Г., 1993).

Упражнение «Правила хорошего слушания» (Лидерс А.Г., 1993).

Упражнение «Как мы относимся друг к другу» (Марковская И.М., 1998). Мама задает вопросы ребенку: «Что, ты думаешь, мне в тебе нравится?», «А что мне в тебе не нравится?». Мать сравнивает реальные ответы ребенка с предполагаемыми ею на групповых занятиях. Затем происходит обмен чувствами, эмоциями, состоянием. Затем мама задает следующие вопросы: «Что тебе во мне нравится?», «А что тебе во мне не нравится?». Перед тем, как спрашивать, родительница предполагает, что может ответить ей ребенок и сопоставляет ответы со своими предположениями. Далее происходит обмен мнениями, чувствами и эмоциями по поводу услышанного между матерью и ребенком (высказывания детей: «Мне не нравится это упражнение. Я плохо себя чувствую», «Мне интересно было общаться на эту тему. Дома мы на такие темы не разговариваем», «Я бы хотела изменить мамино отношение ко мне». Высказывания родителей: «Мне было приятно слышать то, что сыну во мне нравится и не очень приятно было слышать то, что ему не нравится. Но интересно», «У меня в душе смятение. Я бы хотела исправить свои ошибки»).

Психогимнастическое упражнение «Погрузка баржи» (Коротаяева Е., 1997): бросить мяч другому, «погрузив» при этом на баржу предметы на какую-то букву. Упражнение расширяет запас слов и развивает коммуникацию в семье.

Домашнее задание: использовать и тренировать приемы активного слушания при домашних обсуждениях.

Подведение итогов.

Занятие № 5. Тема: «Упражнения по Вашему желанию».

Цель – эмоциональное расслабление и закрепление результатов тренинга.

Этапы:

Приветствие.

Проверка домашнего задания.

Участники обычно выбирали следующие упражнения:  
Упражнение «Совместное сочинение сказки» (Грачев Л.К., 1998).

Упражнение «Архитектор-строитель» (Осипова А.А., 2000).

Упражнение «Комплименты» (Марковская И.М., 1998).

Упражнение «Проговаривание» (Лидерс А.Г., 1993).

Упражнение «Погрузка баржи» (Коротаева Е., 1997).

Подведение итогов тренинга. Участники делятся впечатлениями, настроением, эмоциями относительно последнего занятия (дети: «Мне было интересно и приятно», «Мне было весело. Мне сейчас радостно»; родители: «Я чувствую расслабление, легкость», «Мне приятно лишний раз поиграть с дочерью», «Я отвлеклась от проблем и просто играла»), а затем относительно всего тренинга, психолог подводит итоги (что было сделано, чего достигли), говорит о своих чувствах, говорит.

**Если вы стали свидетелем жестокого обращения с несовершеннолетними, то нужно незамедлительно сообщить данный факт в правоохранительные органы. Возможно, вы станете спасителем жизни маленького человека!**

**ПОМНИТЕ:**

В случае ненадлежащего исполнения родительских обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего ребенка, которое сопряжено с жестоким обращением, предусмотрена уголовная ответственность. Родители, а также лица, их заменяющие, могут быть привлечены к уголовной ответственности за деяния, предусмотренные следующими статьями Уголовного кодекса РФ:

ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства);

ст. 111 УК РФ (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью);

ст. 112 УК РФ (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью);

ст. 113 УК РФ (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта);

ст. 115 УК РФ (умышленное причинение легкого вреда здоровью);

ст. 116 УК РФ (побои), ст. 117 УК РФ (истязание);

ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности);

ст. 119 УК РФ (угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью);

ст. 131 УК РФ (изнасилование);

ст. 132 УК РФ (насильственные действия сексуального характера);

ст. 133 УК РФ (понууждение к действиям сексуального характера);

ст. 134 УК РФ (половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста);

ст. 135 УК РФ (развратные действия);

ст. 125 УК РФ (оставление в опасности);

ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному);

ст. 150 УК РФ (вовлечение несовершеннолетнего в совершение преступления);

ст. 151 УК РФ (вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий);

ст. 156 УК РФ (неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего);

ст. 157 УК РФ (злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей или нетрудоспособных родителей).

## Список литературы:

1. Абрамова Г.С. Практикум по возрастной психологии. – М.: «Академический проект», 1999. – 320 с.
2. Алексеева И.А., Новосельский ИТ. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М: Генезис, 2010. – 272 с.
3. Алексеева Л.С. Семейная психотерапия в центре психолого-педагогической помощи / Под ред. Л.С. Алексеевой, В.Ю. Меновщикова. – М: «Академия», 1998. – 269 с.
4. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь: «Пресс», 1999. – 314 с.
5. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С.59-63.
6. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 324 с.
7. Выгодская И., Берковская Н. Релаксация как система расслабляющих упражнений: Комплекс социальной помощи детям и подросткам // Народное образование. – 1999. – № 10. – С.208-211.
8. Голиков Н.А. Испытание школой: мед и горечь образования. Книга для учителя. / Под ред. проф. В.М. Чимарова. – М.: «Экшн», 2004. – 216 с.
9. Голиков Н.А. Комплексная реабилитация учащихся в условиях полифункционального образовательного учреждения. – Тюмень: «Вектор Бук», 2003. – 224 с.
10. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. – М.: «Центр общественных ценностей», 1998. – 138 с.
11. Григович И.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком. Диагностика. Помощь. Предупреждение. – М: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2012. – 184 с.
12. Даринская В.М. Психологический тренинг родительско-детских отношений // Семейная психология и семейная терапия. – 2000. – № 1. – С. 28-44.
13. Дубровский А.А. Жемчужина России. – М.: «Педагогический поиск», 1987. – 586 с.
14. Екжанова Е.А. Социально-педагогическая работа в проблемных семьях с разными типами внутрисемейного взаимодействия // Школа здоровья. – Т.5. – № 3-4. – 1998. – С.199-203.
15. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. 2-е издание. – М.: «Питер», 2003. – 508 с.
16. Защита детей от жестокого обращения / Под ред. Е.Н. Волко-

вой. – СПб.: Питер, 2007. – 256с.

17. Карпенкова И.В. Ребенок с нарушениями в развитии в семье и социуме: по разные ли мы стороны? // Социальный конфликт. – 2001. – № 1. – С. 82-86.

18. Каткова Л.П. Организация деятельности социального работника в семьях, имеющих детей-инвалидов // Медицинская помощь. – 1994. – № 2. – С.6-10.

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

20. Климова Ю.А. Социальная работа с семьями детей с ограниченными возможностями // Мир психологии. – 2001. – № 2. – С.243-253.

21. Ключева Н.В., Свистун М.А. Программа социально-психологического тренинга. – Ярославль, 1992. – 68 с.

22. Коментаскас Г.Т. Семья глазами ребенка.– М.: «Педагогика»,1989.–230 с.

23. Конституция Российской Федерации. Дети-инвалиды. Сборник нормативных актов. – М., 1996. – 238 с.

24. Коротаева Е. Хочу, могу, умею. Обучение, погруженное в общение. – М.: «Смысл», 1997. – 415 с.

25. Ляпидевский С.С. Невропатология: естественнонаучные основы специальной педагогики. / Под ред. В.И.Селиверстова. – М.: «ВЛАДОС», 2000. – 384 с.

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

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

28. Матейчек З. Родители и дети. – М.: «Смысл», 1992. – 164 с.

29. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: «МЕДпресс», 2001. – 432 с.

30. Методические рекомендации по тесту «Диагностика эмоциональных отношений в семье». / Под ред. А.Г. Лидерса, И.В. Анисимовой. – Обнинск: «Пресс», 1993. – 24 с.

31. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: «ЭКМО-Пресс», 1999. – 144 с.

32. Образовательная стратегия в начале XXI века и проектирование региональных образовательных систем. / Под редакцией Закировой А.Ф., Моревой О.В. – Тюмень: ТюмГУ, 2003. – 252 с.

33. Орлов А.Б. Психологические аспекты насилия в семье. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 214 с.

34. Осипова А.А. Введение в практическую психокоррекцию: груп-

повые методы работы. – М.: «МПСИ», 2000. – 240 с.

35. Пантелеев С.Р. Методика исследования самооотношения. – М.: «Смысл», 1993. – 32 с.

36. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2008.-240 с

37. Профилактика насилия в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья/ Под редакцией Ольхиной Е.А., Медведевой Е.Ю., Каштановой С.Н.. – ФГБОУ ВПО «Нижегородский государственный педагогический университет им. Козьмы Минина»: Н. Новгород, 2016. – 06 с.

38. Психокоррекция: теория и практика. / Под ред. Ю.С. Шевченко, В.П. Добриденя, О.Н. Усановой – М.: «Вита-Пресс», 1995. – 225 с.

39. Рыженко И.В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи // Мир психологии. – 2003. – № 3. – С.242-246.

40. Словарь практического психолога. Составитель С.Ю.Головин. – Минск: «ХАРВЕСТ», 1997. – 800 с.

41. Смирнова Е.Р. Семья нетипичного ребенка. – Саратов: Изд-во Поволжского филиала Российского учебного центра, 1996. – 225 с.

42. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – №2. – С.51-56.

43. Специальная психология: учебное пособие. / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: «Академия», 2003. – 464 с.

44. Тащёва А.И. Психологическая реабилитация семей с детьми-инвалидами // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998. – №3. – С.17-28.

45. Ткачёва В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. – М.: «ГНОМид», 2000. – 64 с.

46. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. – 1999. – № 5. – С.34-39.

47. Черникова Т.В. Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на разных этапах переживания случившегося // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2000. – №4. – С.83-89.

48. Шевченко Ю.С., Корнеева В.А. Методики коррекции эмоциональной сферы // Вестник МГУ. – Серия 14, Психология. – 2003. – № 4. – С.73-84.

49. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: «Питер», 1999. – 656 с.



## ТЕЗАУРУС

**Абилитация** (от лат. *abilitas* – создание возможностей, быть способным к чему-либо) – комплекс услуг, мер, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального и психофизического развития ребенка. В отношении раннего возраста речь идет о первоначальном формировании способности к чему-либо.

**Аномальное развитие** – значительное отклонение от условно-возрастных норм физического и психического развития, вызванное серьезными врожденными или приобретенными дефектами и обуславливающее необходимость специальных условий воспитания, обучения, жизнедеятельности.

**Глухие дети (неслышащие)** – дети с глубокими стойкими двусторонними нарушениями слуха, врожденными или приобретенными в раннем детстве, которые не позволяют овладеть речью без специального педагогического воздействия или потеря речи, уже развившейся в той или иной степени к моменту наступления глухоты. Среди глухих выделяются две категории детей: а) глухие без речи (ранооглохшие), б) глухие, сохранившие речь (позднооглохшие).

**Депривация** (от лат. *deprivatio* – лишение) – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей. Характеризуется отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушением социокультурных контактов.

**Дети с особыми образовательными потребностями.** Содержание термина «дети с особыми образовательными потребностями» отражает понимание ребёнка с нарушениями в развитии как нуждающегося в «обходных путях» достижения тех задач культурного развития, которые в условиях нормы достигаются укорежившимися в культуре способами воспитания и принятыми в обществе способами массового образования.

**Дефект (лат. *defectus* – недостаток) – физический или психический недостаток, вызывающий стойкое нарушение нормального развития ребенка.**

**Дизонтогенез психический** – нарушение развития психики

в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер психики и различных компонентов внутри этих сфер.

**Дифференцированное обучение детей с отклонениями в развитии** – сложившаяся в советское время система обучения и воспитания детей с выраженными отклонениями в развитии в различных типах специализированных учреждений, различающихся в зависимости от характера и степени выраженности первичного дефекта.

**Жестокое обращение с ребенком** – это все многообразие действий или бездействие со стороны окружающих лиц, которые наносят вред физическому и психическому здоровью несовершеннолетнего, его развитию и благополучию, а также ущемляют его права или свободу.

**Задержка психического развития (ЗПР)**, вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся как случаи замедленного психического развития, так и относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, не достигающей степени слабоумия.

**Запущенность педагогическая** – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания.

**Интегрированное обучение** – новое направление в обучении и воспитании детей с различными нарушениями психофизического развития. Осуществляется в образовательных учреждениях совместно с нормально развивающимися сверстниками.

**Классы коррекционно-развивающего обучения** – новая форма дифференцированного обучения. Создаются преимущественно на ступени начального общего образования в начале 1-го или 2-го года обучения и функционируют до 9-го класса включительно.

**Компенсация психических функций** (от лат. *compensatio* — уравнивание, уравнивание) — сложный многоаспектный процесс перестройки/замещения нарушенных/недоразвитых психофизических функций организма, попытка заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными.

**Коррекционная (специальная) педагогика** – это область педагогики, изучающая условия обучения и воспитания, необходимые детям с различными психофизическими нарушениями для достижения максимально возможного уровня личностного развития, образования и готовности к самостоятельной взрослой жизни.

**Коррекционное обучение** – особый вид обучения, цель которого полное или частичное преодоление имеющихся у детей отклонений в развитии и обеспечивающий их потребности в личностном росте и социализации.

**Коррекционно-воспитательная работа** – система психолого-педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослаблений отклонений в развитии и обеспечивающий их потребности в личностном росте и социализации.

**Логопедия** (от греч. logos-слово, paideia-воспитание, обучение) занимается вопросами изучения и исправления недостатков речи (лица с нарушениями речевого развития).

**Нарушения в психофизическом развитии** – различные трудности развития, связанные с недостатками слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с эмоциональными, интеллектуальными проблемами и т.п.

**Дети с нарушениями в психофизическом развитии** – дети, которые вследствие психофизических нарушений нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

**Нарушения двигательные** (нарушения функций опорно-двигательного аппарата), отклонения, проявляющиеся в ограничении объёма и силы движений, нарушении их темпа, координации, наличии непроизвольных движений.

**Нарушения сложные (комбинированные)**, сочетание двух или более выраженных психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственного развития и др.) у одного ребёнка.

**Общее недоразвитие речи (ОНР)** объединяет сложные речевые расстройства в тех случаях, когда у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне

**Олигофрения** (от греч. oligos-немного, мало; phren-ум) – это стойкое, необратимое, непрогредиентное нарушение

познавательной деятельности, вследствие органического поражения коры головного мозга в раннем возрасте (от момента зачатия до 2-3-х лет).

**Олигофренопедагогика** (от греч. *olygos*-малый, *phren*-ум) изучает вопросы воспитания и обучения детей с умственной отсталостью.

**Олигофренопсихология** (от греч. *olygos*-малый, *phren*-ум) раздел специальной психологии, изучающий особенности психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями, пути коррекции отклонений в развитии в условиях воспитания и обучения.

**Позднооглохшие дети** – дети, потерявшие слух в 3 года и позже и сохранившие в той или иной мере речь, приобретенную ими до возникновения глухоты, в связи с ее (глухоты) относительно поздним возникновением. Сохранность речи зависит от целого ряда факторов, среди которых выделяют: условия роста и развития ребенка, наличие/отсутствие работы по развитию речи и ее качество, от наличия/отсутствия остаточного слуха и умения их использовать и т.д.

**Психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК)** – специальное учреждение, проводящее комплексное медико-психолого-педагогическое обследование аномальных детей для направления их в соответствующие учебно-воспитательные и оздоровительные учреждения. Дает родителям и педагогам рекомендации для работы с аномальными детьми.

**Системное строение дефекта** – по концепции Л.С. Выготского, в дефекте выделяется первичное нарушение, имеющее биологическую природу, и вторичное отклонение, возникающее вследствие дефицитарного развития и являющегося основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

**Социальная реабилитация** (*socium* – общество) – в международной практике – это восстановление имевшихся в прошлом физических, социальных, образовательных способностей, утерянных по причине болезни или изменения условий жизнедеятельности. Реабилитацией называют как восстановление после тяжелой болезни, так и комплексную помощь людям с ограниченными возможностями, включение лиц с ограниченными возможностями в социальную среду,

в любую общественно полезную деятельность и процесс адекватных социальных взаимоотношений (В.Н. Ярская).

**Речевое нарушение.** Выделяются: нарушения языковых средств общения: фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), общее недоразвитие речи (ОНР) и нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности (коммуникативный аспект) заикание, проявление речевого негативизма и др.

**Сенсорная депривация** (от лат. *sensus* – чувство, ощущение, *deprivation* – потеря чего-либо) – психическое состояние, возникающее у человека при недостатке информации, в условиях изоляции или при нарушениях функций основных органов.

**Слабовидение** – значительное снижение зрения, при котором острота зрения на лучше видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) находится в пределах от 0,05 до 0,2 или меньшее снижение остроты зрения при значительном нарушении других зрительных функций (чаще всего сужение границ поля зрения).

**Слабослышащие дети** (дети с тугоухостью) – дети с нарушениями слуха, вызывающими затруднения в овладении речью и речевом общении.

**Специальная педагогика** (называемая в нашей стране также дефектологией, коррекционной педагогикой) – особая область педагогики изучающая проблемы воспитания и обучения детей с различными нарушениями в психофизическом развитии для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

**Специальная психология** – это психология особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

**Специальное образование** – система дошкольного, общего и профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, для чего создаются специальные условия обучения и воспитания: специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности.

**Сурдопедагогика** (от греч. surdus-глухой), изучает вопросы воспитания и обучения детей с недостатками слуха (глухие, слабослышащие и позднооглохшие).

**Сурдопсихология** (от греч. surdus-глухой) – раздел специальной психологии, изучающий особенности психического развития лиц с нарушениями слуха, пути коррекции отклонений в развитии в условиях воспитания и обучения.

**Тифлопедагогика** (от греч. tiphlos-слепой) **изучает** вопросы воспитания и обучения детей с дефектами зрения (незрячие и слабовидящие).

**Тифлопсихология** (от греч. tiphlos-слепой) – раздел специальной психологии, изучающий особенности психического развития лиц с нарушениями зрения, пути коррекции отклонений в развитии в условиях воспитания и обучения.

**Умственная отсталость** – стойкое нарушение познавательной деятельности, возникшее вследствие диффузного органического поражения головного мозга различной этиологии.

# Содержание

---

Введение .....	3
Психолого-педагогическое сопровождение семьи детей с ограниченными возможностями здоровья .....	5
Характеристика семьи, имеющей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, для решения проблем социализации и профилактики жестокого обращения. ....	31
Психолого-педагогические особенности работы с семьёй, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья с целью коррекции взаимоотношений. ....	63
Рекомендации специалистам, работающим с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья. ....	82
Реализация тренинга психолого-педагогической помощи родителям детей с ОВЗ. ....	83
Список литературы .....	111
Тезаурус .....	114

Подписано в печать 16.12.2016.  
Формат 60×84/16. Усл.п.л. 6,9. Тираж 70 экз.  
Отпечатано в ООО ИД ТЭСЭРА  
г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова 7.