**Методы работы социального педагога семейного профиля с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья**

***Романычева Елена Николаевна****,*

*участница проекта   
«Профессиональная школа родителей»*

*Ярославская область, г. Ярославль*

Одним из острых вопросов современного общества является проблема инвалидности с учетом ее социального, медицинского, нравственного и экономического значения. В России, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов. В начале нового тысячелетия проблема детской инвалидности в России приобретает поистине общенациональный характер.

В современном мире сохраняется неуклонный рост детской инвалидности, которая отражает крайний вариант нездоровья детей и подростков. Накопление «бремени» тяжелых нарушений здоровья у детей обуславливает комплекс серьезных социальных, экономических и морально-психологических проблем как для самого ребенка-инвалида и его семьи, требуя привлечения дополнительных средств государства, снижая качество жизни населения и темпы развития страны в целом и отдельных регионов в частности. Поступательное социально-экономическое развитие России не возможно без сохранения существующих и формирования будущих полноценных трудовых ресурсов. Проблемы народонаселения, определяющие перспективы развития многих территорий РФ тесно связаны с проблемой высоких показателей заболеваемости и инвалидности в детском возрасте, с необходимостью развития и укрепления службы охраны здоровья матери и ребенка.

В Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5-2,5 до 4,5% детского населения. Распространенность детской инвалидности в нашей стране с момента ее регистрации с 1980 по 2009 г. увеличилась почти в 12 раз. Уже в 2004 г. уровень детской инвалидности в России составил 200,8 на 10 тыс. детей 0-17 лет. В настоящее время абсолютное число детей с ограниченными возможностями превысило полумиллионную отметку. По оценке МЗиСР РФ, в ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост этого показателя на фоне снижения численности населения, показателей его здоровья, неблагополучной социальной ситуации в большинстве российских семей. В структуре инвалидности с учетом возраста преобладают подростки.

В Ярославской области показатели инвалидности также растут. В 2009 году – 3113 человек (из них 1842 мальчика, 1271 – девочка), в 2010 году – 3161 (1852 мальчика, 1309 девочек), 2011 году -3221 человек (1877 мальчиков, 1344 девочки).[[1]](#footnote-1)

Не смотря на глубокое изучение проблемы, в настоящее время отмечается недостаточная разработанность практических методов работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Цель** **исследования:** подбор оптимальных и эффективных методов работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Объект** **исследования:** семьи, имеющие в своем составе детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Предмет исследования**: методы работы с семьей, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Задачи:**

1. Провести социальный мониторинг семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья;
2. На основании существующих методов работы с семьей подобрать наиболее оптимальные для эффективной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Методологической основой** представленного исследования являются фундаментальные исследования социологии о методах работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, отраженные в трудах Л.С. Выготского, И.Г.Малкиной-Пых, Д.Н.Исаева, Е.М. Мастюковой, Н.Ш. Тюриной, Т.Г. Богдановой, Н.В. Мазуровой, Т.А. Добровольского, А.И. Захарова, М.М. Семаго, В.В.Ткачева и др..

**Практическая значимость** работы определяется тем, что в настоящее время работа с семьей – это важное направление в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения семьей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Через оптимизацию межличностных, родительско-детских и детско-родительских отношений оказывается дифференцированная адресная помощь семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья. Результаты исследования могут быть использованы при медико-социальном консультировании этих семей.

**Организация исследования социальных проблем   
семей, имеющих детей с ОВЗ**

Исследование проводилось в отделении медико-социальной помощи Детской поликлиники №3 г.Ярославля. В исследовании приняли участие 20 семей, имеющих детей с ограниченными возможностями.

Исследование проводилось с использованием методов:

1. наблюдение;
2. анкетирование;
3. патронаж;
4. консультирование;
5. посредническая помощь;
6. диагностический эксперимент.

*Наблюдение* и сбор информации о семье, посредством анкетирования [Приложение 1]. На данном этапе уточнялись проблемы семьи, ее структура, внешние проявления внутрисемейных взаимоотношений, происходило установление доверительного контакта, который был необходим для дальнейшей работы с семьей.

*Патронаж* помогает и дает им силы справиться с трудностями посредствам поддерживающих, реабилитационных, защитных и коррекционных действий. Медицинские и хозяйственно-бытовые услуги не исчерпывают возможности патронажа, в его рамках могут осуществляться различные виды образовательной, психологической, посреднической помощи, поэтому посещение клиента на дому является неотъемлемой формой работы социального педагога во взаимодействии с семье.

Патронаж дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Таким образом, патронаж – одна из форм работы социального педагога, представляющая собой посещение клиентов на дому с диагностическими, контрольными, адаптационно-реабилитационными целями, позволяющая установить и поддерживать связи с клиентом, своевременно выявлять проблемные ситуации, оказывая незамедлительную помощь. Патронаж делает социально-педагогическую деятельность более эффективной.

*Метод консультации* представляет собой взаимодействие между двумя или несколькими людьми, в ходе которого определенные специальные знания консультанта используются для оказания помощи консультируемому в решении текущих проблем или при подготовке к предстоящим действиям.

Поскольку консультирование предназначено для оказания помощи практически здоровым людям, испытывающим затруднения при решении жизненных задач, оно способно найти широкое применение и в социально-педагогической практике, нацеленной на реабилитацию семьи ребенка-инвалида.

Необходимость использования этого метода связана с тем, что значительная часть семей, имеющих ребенка-инвалида, находится в острых или хронических стрессовых состояниях, испытывающих трудности адаптации к своему новому статусу, имеют неустойчивую мотивацию к участию в реабилитационном процессе, сталкиваются со сложностями межличностного общения внутри семьи и с ближайшим окружением. И помимо новых знаний им необходимо специально организованное доверительное общение.

*Посредническая помощь* социального педагога (звонки, письменные обращения в различные инстанции), наряду с образовательной помощью и психологической поддержкой, позволяет в ряде случаев найти источники для оплаты лечения и отдыха ребенка, получить единовременное материальное пособие в сложившихся неблагоприятных обстоятельствах и др., то есть в какой-то мере улучшить материальное положение семьи.

Надо отметить, что установление инвалидности ребенку определенной частью семей воспринимается очень болезненно, и поэтому семьи не всегда пользуются этим правом. Социальный педагог, раскрывая положительные стороны статуса инвалида, нейтрализует негативные установки родителей, препятствующие получению необходимых льгот и материальных средств.

Диагностический эксперимент. На этом этапе проводилось непосредственно диагностическое исследование семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

В диагностический эксперимент вошла методика опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ)

В отечественной литературе существует классификация стилей семейного воспитания предложенная Э. Эйдемиллером и В.В. Юстицкис. Эта классификация учитывает тип родительского отношения, способствующего возникновению у детей той или иной аномалии развития.

1. Гипопротекция: недостаток опеки и контроля за поведением, доходящий иногда до полной безнадзорности; чаще проявляется как недостаток внимания к физическому и духовному благополучию ребенка, его делам, интересам. Скрытая гипопротекция наблюдается при формальном контроле в сочетании с реальным недостатком тепла и заботы. Этот тип воспитания особенно неблагоприятен для детей с акцентуациями по неустойчивому и конформному типам, он провоцирует асоциальное поведение у детей - побеги из дома, праздный образ жизни. В основе этого типа психопатологического развития может лежать фрустрация потребности в любви и принадлежности, эмоциональное отвержение ребенка, исключение его из семьи.
2. Доминирующая гиперпротекция: обостренное внимание и забота о ребенка с мелочным контролем, обилием ограничений и запретов, что порождает несамостоятельность, безынициативность, нерешительность, неумение постоять за себя.
3. Потворствующая гиперпротекция: воспитание по типу «кумир семьи», потакание всем желаниям ребенка, чрезмерное покровительство и обожание, порождающее у ребенка не померено высокий уровень притязаний, безудержное стремление к лидерству и превосходству в сочетании с недостаточным упорством. Такой стиль воспитания усиливает истероидную акцентуацию, способствует появлению истероидных черт при лабильной и гипертимной, реже при шизоидной и эпилептоидной акцентуации. В последнем случае такой вид воспитания превращает детей в семейных тиранов.
4. Эмоциональное отвержение: игнорирование потребностей ребенка, нередко жестокое обращение. Скрытое эмоциональное отвержение проявляется в глобальном недовольстве ребенком, в постоянном ощущении родителей, что он не «такой», например, «недостаточно мужественный для своего возраста, всем все прощает, по нему ходить можно». Иногда оно маскируется преувеличенной заботой и вниманием, но выдает себя раздражением, недостатком искренности в общении, бессознательным стремлением избежать тесных контактов, а при случае - освободиться как–нибудь от обузы. Эмоциональное отвержение одинаково пагубно для всех детей, однако оно по–разному сказывается на их развитии: так, при гипертимной и эпилептоидной акцентуации ярче выступают реакции протеста и эмансипации; истероиды утрируют детские реакции оппозиции, шизоиды замыкаются в себе, уходят в мир аутичных грез, неустойчивые находят отдушину в дальнейшем в подростков возрасте в компаниях асоциальной и криминогенной направленности.
5. Повышенные моральные требования: неадекватные возрасту и реальным возможностям ребенка требования бескомпромиссной честности, чувства долга, порядочности, возложенные на ребенка ответственности за жизнь и благополучие близких, настойчивые ожидания его успехов в жизни - все это сочетается с игнорированием реальных потребностей ребенка, его собственных интересов, с недостаточным вниманием к его психофизическим особенностям. В условиях такого воспитания ребенку насильно приписывается статус «главы семьи» со всеми вытекающими обязанностями, касающимися заботы и опеки над близким. Дети с психастенической и сенситивной акцентуациями, как правило, не выдерживают бремени непосильной ответственности, что приводит к образованию затяжных обсессивно - фобических невротических реакции или декомпенсации по астеническому типу. У детей с истероидной акцентуацией объект опеки вскоре начинает вызывать ненависть и агрессию (например, у старшего ребенка - к младшему).
6. Непрогнозируемые эмоциональные реакции: это родители, склонные к неожиданным изменениям настроения и отношения к детям. Изменения отношений обусловлено внутренним состоянием родителей, особенностями их личности. Невозможность прогнозировать такие изменения отрицательно влияет на детей, которые не знают, чего следует ожидать от родителей утором, вечером и т.д. за один и тот же поступок их могут наказать, и обласкать. Дети чувствуют себя неуверенно, они не ощущают родительской любви. Постепенно неуверенность в себе становится чертой характера и в дальнейшем проецируется на отношения с другими людьми, которые воспринимаются на основе привычной родительской модели. В результате у детей формируются конфликтные межличностные отношения, неверие в стабильность дружбы, брака и т.д.
7. Жестокость обычно сочетается с эмоциональным отвержением. Жестокость может проявляться, как открыто - расправа над ребенком, так и полным пренебрежением к интересам ребенка, так что он вынужден рассчитывать только на себя, не надеясь на поддержку взрослых. Воспитание в условиях жестокости способствует усилению черт эпилептоидной акцентуации и развитию этих черт на основе конформной акцентуации.
8. Противоречивое воспитание: в одной семье каждый из родителей, а тем более бабушки и дедушки могут придерживаться неодинаковых воспитательных стилей. Например, эмоциональное отвержение со стороны родителей сочетается с потворствующей гиперпротекцией со стороны бабушки.

Данный опросник позволяет исследовать различные нарушения процесса воспитания, выявить тип патологизирующего воспитания и установить некоторые психологические причины этих нарушений. В методике выделены пять аспектов отношений родителей к ребенку: уровень протекции в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество и качество предъявляемых требований к ребенку, психологические причины в семейном воспитании.

Обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы.

**Реализация методов работы в семьях с детьми-инвалидами**

В рамках данного исследования был осуществлен сбор анамнестических сведений о развитии каждого ребенка: изучалась психолого-педагогическая и медицинская документация детей, чьи родители приняли участие в экспериментальном исследовании.

Из 20 семей, воспитывающих детей с ОВЗ 14 семей полных (70%); 6 – неполных (30%), их них: 1 – опекунская овдовевшая, 1 – овдовевшая, 3 – развод родителей, 1- мать одиночка. Семьи, имеющие 1-2 детей – 15 (75 %), 3 и более – 5 (25 %).

В исследуемых семьях большинство матерей не работают (домохозяйки/декретный отпуск) – 12 (60%); папы – работающие.

Большая часть родителей имеет среднее специальное образование.

Жилищные условия: 15 из 20 семей имеют благоустроенное жилье, что составляет 75%, неблагоустроенное жилье имеют 5 семей (25%). Из них 2 семьи живут в общежитии.

Доступность окружающей среды для ребенка: 7 семей – доступна (35%), 12 семей – окружающая среда для ребенка малодоступна (60%), 1 семья – не доступна (5%).

Посещение культурных мероприятий: анкетирование семей показало, что в основном родители с детьми посещают культурные мероприятия 1-2 раза в полгода. 5 семей посещают культурные мероприятия 1-2 раза в месяц, что составляет 25%; 9 семей – 1-2 раза в полгода (45%); 6 семей – 1-2 раза в год (30%).

12 семей считают медицинское обслуживание удовлетворительным (60%), 8 семей - неудовлетворительным, что составляет 40 %.

По вопросу о консультации специалистов мнения испытуемых семей разделилось поровну - 50 на 50.

Затруднение вызвал вопрос об информированности о правах ребенка. 18 семей затрудняются ответить (90%), 2 семьи информированы о правах своего ребенка.

Оценка деятельности общественных организаций: 12 семей затрудняются ответить (60%), 7 семей оценили удовлетворительно (35%), 1 семья – неудовлетворительно (5%).

На вопрос о стрессе и напряженности родителей из-за проблем с ребенком 18 семей (90%) ответили «довольно часто», 2 семьи – иногда (10%).

В экспериментальной группе среди проблем и трудностей, с которыми столкнулись родители в процессе воспитания ребенка с ОВЗ можно выделить следующие: самостоятельное передвижение ребенка, процесс его обучения, социализация, коммуникация, самообслуживание.

На вопрос «возможна ли самостоятельная жизнь ребенка в будущем» 11 семей затрудняются ответить (55%), 6 семей считают, что их ребенок не сможет самостоятельно жить в будущем (30%), 1 семья ответила положительно на этот вопрос (5%), 2 семьи считают дальнейшую самостоятельную жизнь ребенка возможной при определенных условиях (10%).

Диагностический эксперимент позволил выявить типы семейного воспитания экспериментальной группы.

Результаты исследования семей с использованием опросника АВС «Анализ семейных взаимоотношений».

Родителям было предложено онлайн ответить на вопросы теста.[[2]](#footnote-2) В результате на начало эксперимента у 7 семей выявлен гармонический тип воспитания ребенка, что составляет 35%.

13 семей показали следующие результаты:

11 семей – потворствующая гиперпротекция [Приложение 2].

Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Воспитание по типу кумира семьи – безусловное эмоциональное принятие ребенка, симбиотическая связь с ребенком. Ребенок является центром семьи, его интересы приоритетны, удовлетворение любых потребностей ребенка чрезмерно; требования, запреты, контроль и санкции отсутствуют. Здесь присутствуют только поощрения, но так как они не связаны с реальными достижениями ребенка, они теряют свое развивающее продуктивное значение. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка.

2 семьи с эмоциональным отвержением [Приложение 3].

В крайнем варианте это воспитание по типу «Золушки». В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Эмоциональное отвержение формирует и усиливает черты инертно-импульсивной (эпилептоидной) акцентуации личности и эпилептоидной психопатии, ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и астенической акцентуациями.

Таким образом, проанализировав полученные статистические данные экспериментальной группы на начало эксперимента, можно сделать вывод о том, что многие семьи, по нашему мнению, остро нуждаются в консультировании по различным вопросам, касающихся воспитания ребенка с ОВЗ. Выявив трудности, мы определи дальнейшие действия, основанные на наших методах.

АСВ – тест показал, что в 13 семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, нарушен стиль семейного воспитания с преобладанием потворствующей гиперпротекции.

***Патронаж:*** регулярное посещение семей, входящих в экспериментальную группу, для установления и поддержания связи с семьей, своевременного выявления проблем, а также для оказания незамедлительной помощи.

***Помощь, оказанная экспериментальным семьям:***

к семье, имеющей ребенка с проблемами передвижения, были приглашены медицинские специалисты на дом для оформления инвалидности.

***Консультирование:*** в ходе эксперимента были проконсультированы семьи по различным направлениям. Проводилось медицинское, юридическое, психологическое, педагогическое консультирование на базе отделения медико-социальной помощи ГУЗ ЯО ДБ №3.

Была организована встреча родителей с юрисконсультом, где они получили квалифицированную консультацию. Юрист рассказал родителям, имеющим детей с ОВЗ, о правах и льготах. На встрече родители могли задать вопрос юрисконсульту или договориться о конфиденциальной встрече. В конце мероприятия родители получили памятки о правах и льготах своих детей, а также информацию о том, куда могут обратиться за юридической помощью.

Все семьи были проконсультированы медицинским психологом, логопедом-дефектологом, педиатром. С 13-ю детьми была проведена психо-коррекционная работа, а с родителями – психологические тренинги, для уменьшения психоэмоционального напряжения; 9 детей занимались с логопедом-дефектологом. Троим детям были оформлены документы на санаторно-курортное лечение. Часто болеющие дети были направлены в отделение восстановительного лечения для прохождения курса профилактического лечения.

В ходе консультирования родители узнали о действующей Ярославской региональной общественной организации специалистов и родителей детей-инвалидов с ограниченными возможностями «Радуга детства». Целью данной организации является объединение родителей, имеющих детей с ОВЗ, организация оказания спонсорской помощи, проведение культурно-массовых мероприятий (посещение театра, выставок, экскурсии). 9 семей стали членами данной организации.

Посредническая помощь: по трем семьям были написаны ходатайства в органы социальной защиты на получение материальной помощи. Три семьи были поставлены на очередь по улучшению жилищных условий и получили благоустроенное жилье.

В результате проведенной работы, используя подобранные методы, были получены следующие положительные результаты, отраженные в таблицах [Приложение 4].

Представленные диаграммы наглядно показывают положительные результаты в работе с экспериментальными семьями [Приложение 5].

По результатам АСВ – теста на выходе увеличилось количество семей с гармоничным типом воспитания с 7 до 10 семей. Положительная динамика достигнута в результате психологических тренингов, проводимых психологом, а также консультирования по вопросам воспитания ребенка с ОВЗ.

В результате оказанной психолого-педагогической, медицинской, юридической, социальной помощи в исследуемых семьях были достигнуты положительные результаты.

В ходе работы был сделан вывод, что семьи воспитывающие ребенка-инвалида, нуждаются в целенаправленной социально-педагогической помощи, включающей широкий спектр долгосрочных мер комплексного характера – медицинского, правового, психолого-педагогического, экономического. Социальный педагог является связующим звеном между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, и субъектами семейной политики (органы государственного управления, трудовые коллективы, общественные, необщественные, общественно-политические, религиозные организации, профсоюзы, общественные движения). Только комплексным путем можно добиться положительных результатов в работе с семьями, имеющими детей с ОВЗ, этим мы доказали нашу гипотезу.

**Литература**

1. Акатов, Л.И. Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений / Л.И. Акатов. – М.: 2004. – С. 256 – 288.
2. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
3. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии. // Дефектология. – 1997. - №1. – С. 3 -10.
4. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М.: Институт социальной работы Тюменской области, 1995. – 108 с.
5. Жигорева, М.В. Роль семьи в системе коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии / М.В. Жигорева. – М.: 2006. – С.146-153.
6. Загорская, Е.А. Тренинг общения для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями / Е.А. Загорская // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 4. – С. 55-58; № 5. – С. 67-70.
7. Зайцев, Д.В. Роль семьи в социализации и подготовке к взрослой жизни детей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Д.В. Зайцев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2006. – №3. – С. 49-65.
8. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. 3-е издание. – Спб.: «ДЕТСТВО – ПРЕСС», 2001. – 128 с.
9. Колпакова, Л.М. Особенности эмоционально-личностных отношений матери и ребенка-инвалида (на примере младшего школьного возраста) / Л.М. Колпакова, Г.Н Мухаиметзянова, // Материалы II Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Минск, 3-6 ноября: РИТМ, Социальный проект, 2010. – С. 105-106.
10. Лильин, Е.Т. Модели изменения отношения семей детей-инвалидов к реабилитации как результат создания мотивации / Е.Т. Лильин // Дет. и подростковая реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 4-6.
11. Любезнова, Е.В. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е.В. Любезнова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006. – № 1. – С. 55-58.
12. Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей / А.Р. Маллер. – М.: Педагогика – Пресс, 1996. – 80 с.
13. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. – М.: Эксмо, 2008. – 992 с., ил.
14. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Владос, 2004. – 407 с.
15. Плоткин, М. Социально-педагогическая парадигма семейного воспитания: теоретико-методологические подходы / М. Плоткин // Социальная педагогика в России. – 2011. – №1. – С. 26-29.
16. Посысоев Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. – Ярославль: ГОАУ ИРО, 2011. – 76 с.
17. Российская энциклопедия социальной работы. Т.1. Под ред. А.И. Панова, Е.И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1997. – 364 с.
18. Солодянкина, О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями в семье [Текст] / О.В. Солодянкина. - М.: АРКТИ. - 2007. - 80с.
19. Социальная работа с инвалидами: Настольная книга специалиста. Под. Ред. Е.М. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1996. – 210 с.
20. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология» / [Борисова Н.А. и др.]; под ред. В.И. Селиверстова, О.А. Денисовой, Л.М. Кобриной. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 358 с.
21. Технология социальной работы [Текст]: Учеб. пособие / Под ред. И.Г. Зайнышева. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. - 240с.
22. Технологии социальной работы [Текст]: Учебник / Под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2001. - 400с.
23. Тюрина, Н.Ш. Формирование компетентности родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии / Н. Ш. Тюрина // Детский сад от А до Я. – 2007 – №2. – С. 122-129.
24. Холостова, Е.И. Социальная работа с инвалидами [Текст]: Учебное пособие / Е.И. Холостова. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К» , 2009. - 240с.
25. Хохлова, А.Ю. Изучение особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях глухих и слышащих родителей, воспитывающих глухих детей / А.Ю. Хохлова // Дефектология. – 2007. – №3. – С.40-48
26. Черницкая, А.А. Технология социальной работы [Текст]: Учебник / А.А. Черницкая и др. - Ростов н/Д.: «Феникс», 2006. - 400с.
27. Чигинцева, Е. Г. Типология семей в вопросе воспитания ребенка с отклонениями в развитии / Е. Г. Чигинцева // Практическая психология и логопедия. – 2005. – № 5-6. – С. 74-80.
28. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 2008.

**Приложение 1**

**Анкета**

Отметьте тот вариант, который соответствует Вашему представлению. Благодарим за сотрудничество. Ваше мнение будет учитываться при проведении последующих мероприятий.

1. Ваш возраст ж/м

2. Семейное положение

А) состою в браке

Б) сожительство

В) развод

Г) вдова/вдовец

3. Количество детей в семье

4. Ваша занятость

А) служащие

Б) управленцы

В) индивидуальный предприниматель

Г) безработный

Д) пенсионер

Е) домохозяйка

Ж) временно не работаю

5. Жилищные условия

А) благоустроенная квартира

Б) неблагоустроенное жилье (комната в общежитии, съемная квартира, частный сектор)

6. Насколько, по Вашему мнению, доступна для ребенка окружающая среда?

А) доступна

Б) малодоступна

В) недоступна

7. Как часто Вы с ребенком посещаете культурные мероприятия?

А) 1-2 раза в месяц

Б) 1-2 раза в полгода

В) 1-2 раза в год

Г) не посещаем

8. Ваша оценка медицинского обслуживания

А) удовлетворительная

Б) неудовлетворительная

9. Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов?

А) да

Б) нет

10. Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка?

А) да

Б) нет

В) затрудняюсь ответить

11. Ваша оценка деятельности неправительственных (общественных) организаций

А) удовлетворительная

Б) неудовлетворительная

В) затрудняюсь ответить

12. Насколько часто Вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем с ребенком?

А) никогда

Б) иногда

В) довольно часто

Г) постоянно

13. Что Вам кажется самым трудным в организации жизни ребенка?

14. Возможна ли, по Вашему мнению, самостоятельная жизнь ребенка в будущем?

А) да

Б) да, но при определенных условиях

В) затрудняюсь ответить

Г) нет

Спасибо за ответы.

**Приложение 2**

Характеристика негармоничного типа семейного воспитания: «потворствующая гиперпротекция»

Выражена **гиперпротекция**.

При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание его стало центральным делом их жизни. Основой гиперпротекции может стать как любовь к ребенку, так и амбивалентное отношение. В некоторых случаях гиперпротекция может сочетаться с эмоциональным отвержением ребенка.

Выражено **потворствование**.

О потворствовании можно говорить в тех случаях, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка или подростка. Они «балуют» его. Любое его желание – для них закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией, – «слабость ребенка», его исключительность, желание дать ему то, чего был сам лишен в свое время родителями, что ребенок растет без отца и т.д. При потворствовании родители бессознательно проецируют на детей свои ранее не удовлетворенные потребности и ищут способы заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий.

Выражена **недостаточность требований-обязанностей** ребенка.   
В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, как трудно привлечь ребенка к какому-либо делу по дому.

Выражена **недостаточность требований-запретов** к ребенку.   
В этом случае ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время возвращения вечером, вопрос о курении и об употреблении спиртных напитков. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят, или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа личности у подростка и особенно неустойчивого типа.

Выражена **минимальность санкций**.

Т.е. родители предпочитают обходиться либо вовсе без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний.

Среди психологических проблем родителей, решаемых за счет ребенка:

Выражено **расширение сферы родительских чувств**.  
Данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными: супруга нет – смерть, развод, либо отношения с ним не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (несоответствие характеров, эмоциональная холодность и др.). Нередко при этом мать, реже – отец, сами того четко не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Родители хотят, чтобы он удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в психологических отношениях супругов, – потребность во взаимной исключительной привязанности, частично – эротические потребности. Мать нередко отказывается от вполне реальной возможности повторного замужества. Появляется стремление отдать ребенку (подростку) – чаще противоположного пола – «все чувства, всю любовь». В детстве стимулируется эротическое отношение к родителям – ревность, детская влюбленность. Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед самостоятельностью подростка. Появляется стремление удержать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Выражено **предпочтение в подростке детских качеств**.   
В этом случае у родителей наблюдается стремление игнорировать повзросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Для таких родителей подросток все еще маленький. Нередко они открыто признают, что маленькие дети вообще им нравятся больше, что с большими не так интересно. Страх или нежелание повзросления детей могут быть связаны с особенностями биографии самого родителя (он имел младшего брата или сестру, на которых в свое время переместилась любовь родителей, в связи с чем свой старший возраст воспринимался как несчастье). Рассматривая подростка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, тем самым стимулируя развитие психического инфантилизма.

Выражена **воспитательная неуверенность родителя**.   
Воспитательную неуверенность родителя можно было бы назвать «слабым местом» личности родителя. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и ребенком (подростком) в пользу последнего. Родитель «идет на поводу» у ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел найти к своему родителю подход, нащупал его «слабое место» и добивается для себя в этой ситуации «минимум требований – максимум прав». Типичная комбинация в такой семье – бойкий, уверенный в себе подросток (ребенок), смело выдвигающий требования, и нерешительный, винящий себя во всех неудачах с ним, родитель. В одних случаях «слабое место» обусловлено психастеническими чертами личности родителя. В других – определенную роль в формировании этой особенности могли сыграть отношения родителя с его собственными родителями. В определенных условиях дети, воспитанные требовательными, эгоцентричными родителями, став взрослыми, видят в своих детях ту же требовательность и эгоцентричность, испытывают по отношению к ним то же чувство «неоплатного должника», что испытывали ранее по отношению к собственным родителям. Характерная черта высказываний таких родителей – признание ими массы ошибок, совершенных в воспитании. Они боятся упрямства, сопротивления своих детей и находят довольно много поводов уступить им.

Выражена **фобия утраты ребенка**.

«Слабое место» – повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т.д. Один источник таких переживаний родителей коренится в истории появления ребенка на свет – его долго ждали, обращения к врачам-гинекологам ничего не давали, родился хрупким и болезненным, с большим трудом удалось его выходить и т.д. Еще один источник – перенесенные ребенком тяжелые заболевания, если они были длительными. Отношение родителей к ребенку или подростку формировалось под воздействием страха утраты его. Этот страх заставляет родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их (потворствующая гиперпротекция), в других случаях – мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция). В типичных высказываниях родителей отражена их ипохондрическая боязнь за ребенка: они находят у него множество болезненных проявлений, свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных во времени переживаниях по поводу здоровья подростка.

Выражено **вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания**.   
Обусловливаемые нарушения воспитания – противоречивый тип воспитания – соединение потворствующей гиперпротекции одного родителя с отверженцем либо доминирующей гиперпротекцией другого. Конфликтность во взаимоотношениях между супругами – частое явление даже в относительно стабильных семьях. Нередко воспитание превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность наиболее открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребенка». При этом разница во мнениях родителей чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой же родитель склонен «жалеть» ребенка, идти у него на поводу. Характерное проявление вынесения конфликта – выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать ребенка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах.

Выражен **сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола**.   
Нередко отношение родителя к ребенку обусловливается не действительными особенностями ребенка, а такими чертами, которые родитель приписывает его полу, т.е. «вообще мужчинам» или «вообще женщинам». Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие ребенка мужского пола. В таком случае приходится сталкиваться со стереотипными суждениями о мужчинах вообще: «Мужчины в основном грубы, неопрятны. Они легко поддаются животным побуждениям, агрессивны и чрезмерно сексуальны, склонны к алкоголизму. Любой же человек, будь то мужчина или женщина, должен стремиться к противоположным качествам – быть нежным, деликатным, опрятным, сдержанным в чувствах». Именно такие качества родитель с предпочтением женских качеств видит в женщинах. Примером проявления установки предпочтения женских качеств может служить отец, видящий массу недостатков в сыне и считающий, что таковы же и все его сверстники. В то же время этот отец «без ума» от младшей сестры мальчика, так как находит у нее одни достоинства. Под влиянием предпочтения женских качеств в отношении ребенка мужского пола в данном случае формируется тип воспитания «эмоциональное отвержение». Возможен противоположный перекос с выраженной антифеминистской установкой, пренебрежением к матери ребенка, его сестрам. В этих условиях по отношению к мальчику может сформироваться воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция».

**Приложение 3**

Характеристика негармоничного типа семейного воспитания: «эмоциональное отвержение».

Выражена **гипопротекция**.   
Ситуация, при которой ребенок или подросток оказывается на периферии внимания родителя, до него «не доходят руки», родителю «не до него». Ребенок часто выпадает у них из виду. За него берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.

Выражено **игнорирование потребностей ребенка**.   
Данный стиль воспитания характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителем.

Выражена **чрезмерность требований-обязанностей**.  
Именно это качество лежит в основе типа негармоничного воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию его личности, но, напротив, представляют риск психотравматизации.

Выражена **чрезмерность требований-запретов**.   
В этой ситуации ребенку «все нельзя». Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных детей и подростков такое воспитание форсирует реакции оппозиции и эмансипации, у менее стеничных предопределяет развитие черт сензитивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, к которым может привести хотя бы незначительное нарушение запретов; а также в стремлении подавить самостоятельность мысли ребенка.

Выражена **чрезмерность санкций** (тип воспитания «жесткое обращение»).   
Для родителей характерны приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной строгости.

Выявлен тип негармоничного воспитания – **жестокое обращение родителей с детьми**. На первый план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей.

Среди психологических проблем родителей, решаемых за счет ребенка: ярко выраженных **не обнаружено**.

**Приложение 4**

**Анализ показателей анкетирования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер п/п | Вопрос | Варианты ответов | На входе (%) | На выходе(%) |
| 1 | Жилищные условия | Благоустроенное  Неблагоустроенное | 75  25 | 90  10 |
| 2 | Насколько доступна для ребенка окружающая среда? | Доступна  Малодоступна  Не доступна | 35  60  5 | 45  55  0 |
| 3 | Как часто Вы с ребенком посещаете культурные мероприятия? | 1-2 раза в месяц  1-2 раза в полгода  1-2 раза в год | 25  45  30 | 45  30  25 |
| 4 | Ваша оценка медицинского обслуживания | Удовлетворительная  Неудовлетворительная | 60  40 | 100  0 |
| 5 | Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов? | Да  Нет | 50  50 | 95  5 |
| 6 | Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка? | Да  Нет  Затрудняюсь ответить | 10  0  90 | 100  0  0 |
| 7 | Ваша оценка деятельности неправительственных (общественных) организаций | Удовлетворительная  Неудовлетворительная  Затрудняюсь ответить | 35  5  60 | 70  0  30 |
| 8 | Насколько часто Вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем с ребенком? | Никогда  Иногда  Довольно часто  Постоянно | 0  10  90  0 | 0  35  65  0 |
| 9 | Как Вы относитесь к возможности ребенка в будущем жить самостоятельно, работать и обеспечивать свое существование? | Да  Да, но при определенных условиях  Затрудняюсь ответить  Нет | 5  10  55  30 | 5  50  30  15 |

**Приложение 5**

Жилищные условия

Доступность окружающей среды

Посещение культурных мероприятий

Удовлетворенность медицинским обслуживанием

Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов?

Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка?

Ваша оценка деятельности неправительственных   
(общественных) организаций.

Насколько часто Вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем с ребенком?

Как Вы относитесь к возможности ребенка в будущем жить самостоятельно, работать и обеспечивать свое существование?

1. См. Отчеты МИАЦ Ярославской области, 2009-2011гг. [↑](#footnote-ref-1)
2. См. http://www.psychol-ok.ru/statistics/asv/ [↑](#footnote-ref-2)