

Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«НИЖЕГОРОДСКИЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ПОДДЕРЖКА
РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ



Коллективная монография

Нижний Новгород
Нижегородский институт развития образования
2011

УДК 371.016:371.73
ББК 74.3
К66

Научный редактор
докт. пед. наук, профессор,
зав. кафедрой коррекционной педагогики
и социальной психологии ГОУ ДПО НИРО
Л. С. Сековец

Рекомендовано к изданию
решением экспертного научно-методического
совета ГОУ ДПО НИРО

Коррекционно-педагогическая поддержка родителей,
К66 воспитывающих детей с ограниченными возможностями
здоровья: коллективная монография / науч. ред. Л. С. Секо-
вец. — Н. Новгород : Нижегородский институт развития
образования, 2011. — 166 с.

ISBN 978-5-7565-0436-1

В коллективной монографии представлены обзор исследований и авторские материалы по проблеме воспитания, обучения и развития детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях семьи, раскрываются особенности психофизического развития детей, принципы, методы и приемы педагогического воздействия с учетом специфики нарушенного развития ребенка.

Книга адресована преподавателям высших учебных заведений, институтам повышения квалификации и переподготовки кадров, специалистам-практикам, родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья.

УДК 372.016:371.73
ББК 74.3

ISBN 978-5-7565-0436-1

© ГОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования», 2011

ВВЕДЕНИЕ



В условиях реформирования системы специального образования возросла роль теоретических и экспериментальных исследований, от результатов которых во многом будет зависеть дальнейшее развитие практической педагогики. Особую значимость в современных исследованиях имеет восстановление приоритета семьи в воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья, изучение особенностей психофизического развития детей, принципов, методов и приемов педагогического воздействия с учетом специфики нарушенного развития ребенка.

В публикуемом сборнике представлены современные модели семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в различные периоды их развития, рассматриваются вопросы консультирования родителей, значительно расширяющие существующие взгляды на протекание психических процессов у детей. В нем обсуждаются условия семейного воспитания в зависимости от психофизических возможностей детей и компенсаторные механизмы, позволяющие обеспечить доступную образовательную и воспитательную среду в условиях семьи, повысить уровень самостоятельности детей с ограниченными возможностями здоровья.

В разделе «Работа с родителями по оказанию психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в семье», наряду с теоретическими представлениями, приводятся рекомендации по применению конкретных методов воспитания детей этой группы.

Особое место в монографии отведено изучению особенностей воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях семьи. Представленные материалы освещают проблему адаптации детей в приемной семье, основы психолого-педагогического сопровождения детей, дающие возможность родителям оценить воспитатель-

ный потенциал семьи, ее психологический микроклимат, традиции, культурные ценности.


Проблемы организации, содержания и методов коррекционно-педагогической работы в настоящем издании представлены по отдельным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья (воспитание детей с нарушениями слуха, зрения, речи, задержкой психического развития, умственно отсталых и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата).

В книге изложены также наиболее типичные нарушения психофизического развития детей и пути педагогической поддержки, которые помогут как молодым родителям, так и родителям со стажем организовать позитивное взаимодействие со своими детьми. _____

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ



1.1. Модели семейного воспитания детей
с ограниченными возможностями здоровья
в периоды возрастных кризисов

 *И. К. Йокубаускайте*, доцент кафедры
коррекционной педагогики и специальной
психологии ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Из всего многообразия функций семьи, комплекс которых определяет ее как единый биологический, психологический и социальный институт, можно выделить одну специфическую — воспитательную, обеспечивающую как реализацию фундаментальной потребности взрослых людей в родительстве, так и развитие, рост и становление личности появляющихся в ней детей.

Особое значение эта функция приобретает в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Появление в семье такого ребенка неминуемо влечет за собой проблемы, угрожающие не только целостности семьи, но и личности каждого из ее членов, в том числе и самих детей. Лишь четкое понимание происходящего в семье, терпимое отношение друг к другу, осознанное принятие ребенка и его проблем, а самое главное, осознание своей роли и ответственности перед ним могут стать основой уверенного преодоления множества стрессовых факторов, возникающих в жизни ребенка. И. Ю. Левченко и В. В. Ткачева в числе причин возникающих сложностей указывают деформацию внутрисемейных взаимоотношений, обусловленную тяжестью дефекта развития у ребенка, его психологическими особенностями, колоссальной эмоциональной нагрузкой, связанной с осознанием дефекта и ощущением своей беспомощности, переживанием острого внутриличностного кризиса, сопряженного со снижением самооценки, изменением миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей, нарушениями межличностных взаимоотношений между супругами, ограничением, а зачастую искажением социальных контактов: «...положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик» [1; 11].

Согласно исследованиям В. М. Сорокина, устойчивым компонентом длительных эмоциональных переживаний родителей является кризис самонереализованности, порождаемый чувством неполноты материнства и отцовства. При нормальном развитии ребенка первоначально сложившаяся симбиотическая связь его с матерью постепенно сменяется все усиливающейся самостоятельностью, чего зачастую не возникает при воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья [3].

Находясь в хроническом стрессовом состоянии, многие родители, но чаще всего матери, сталкиваются с проблемой зависимости от больного ребенка, выстраивая разнообразные защитные системы (семейные мифы, отрицание проблемы, ее замалчивание), а также защитные стратегии поведения — контроль или протекцию.

Реализуя *стратегию контроля*, члены семьи берут на себя функции контроля за каждым проявлением ребенка, что придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение ребенка, не имеющее ничего общего с патологией, а связанное с возра-

стными изменениями мотивации, потребностей, личностных образований, начинает осуждаться, поскольку не совпадает со схемой, построенной в сознании контролера. В результате жесткого подавления эти проявления у ребенка либо деформируются в некую пассивную форму манипулирования родителем, либо полностью угасают, либо оказываются способными провоцировать агрессивность и крайний негативизм ребенка.

При реализации *стратегии протекции* ребенка защищают от возможных последствий его поведения, лишают возможности активно общаться с окружающими из опасения подорвать авторитет и престиж семьи, ограждают его от всех забот и хлопот, что имеет самые негативные последствия для личностного развития.

Особое влияние на развитие личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья оказывает отношение родителей к дефекту.

В. Гудонис выделяет такие типы отношения к дефекту, как его переоценка либо недооценка [3; 132].

Переоценка нарушения приводит к излишней опеке и искусственной изоляции ребенка от общества. Такое охранительное воспитание способствует развитию эгоизма с преобладанием пассивной потребительской позиции.

Иногда родители, щадя ребенка, хвалят его мнимые успехи, пытаются частыми словесными поощрениями компенсировать его малую умелость. Это формирует неадекватно высокий уровень притязаний, закрепляющийся к старшему возрасту. В первом и во втором случаях создается угроза социальной дезадаптации взрослеющего ребенка с ограниченными возможностями здоровья и усиления его психологической зависимости от родительской опеки.

Недооценка нарушения, игнорирование дефекта в детском и юношеском возрасте могут привести к глубокой психологической травме, особенно при выборе профессии и осознании ограниченности этого выбора.

В. С. Сомерс указывает на наличие большого числа схем поведения родителей по отношению к ребенку с ОВЗ, способных оказать весьма негативное влияние на процессы его личностного развития и социальной адаптации (табл. 1) [3].

Таблица 1

Типы отношений родителей к ребенку с ОВЗ

Отношение к ребенку	Реакция на дефект	Поведение
Принятие ребенка и дефекта	Родитель объективно воспринимает дефект, осознает последствия и проявляет настоящую преданность ребенку	Родители не испытывают чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом является: «достигнуть как можно большего там, где возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка придает родителям сил и уверенности
Реакция отрицания	Отрицается факт наличия дефекта и возможность его негативного влияния на внутрисемейные отношения и родителей	Строятся планы относительно образования и профессии ребенка, никакие ограничения не принимаются и не признаются. Ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности
Реакция чрезмерной защиты и опеки	Родителей переполняют чувства жалости и сострадания, они защищают его от всех опасностей	Мать проявляет чрезмерную любовь, стараясь все сделать за ребенка, что приводит к психологической незрелости и инфантильности ребенка
Скрытое отречение, отвержение ребенка и дефекта	Дефект считается позором	Отрицательное отношение к ребенку скрывается за чрезмерно заботливым воспитанием. Родители педантично стараются быть хорошей матерью и отцом при эмоциональной отстраненности и холодности. Дети часто бывают в этом случае эгоцентричны, агрессивны, при этом тревожны, капризны и инфантильны
Открытое отречение, отвержение ребенка и дефекта	Ребенок открыто отвергается, и родитель вполне осознает свои враждебные чувства к нему	Для обоснования враждебных чувств и преодоления чувства вины за них родитель использует психологическую защиту — общество, врач, учитель оказываются виноватыми во всех бедах. Ребенок при этом замкнут, тревожен, плаксив, пассивен, часто аутоагрессивен

К патологическим стилям воспитания, реализуемым в семье с детьми с ОВЗ, можно отнести также:

◀ *противоречивое воспитание*, когда у членов семьи возникают разногласия по поводу использования воспитательных средств, и каждый стремится реализовать свою стратегию, что способствует формированию у ребенка способности к манипулированию другими людьми и своим состоянием в своих целях;

◀ *воспитание по типу повышенной моральной ответственности*, когда родители и другие члены семьи постоянно возлагают на ребенка такие обязательства и ответственность, с которыми ему трудно справиться, он всегда чуть-чуть не дотягивает до оптимального результата и потому всегда неуспешен и, как следствие, тревожен, обладает заниженной самооценкой, переутомлен, плаксив;

◀ *воспитание в «культе» болезни*, когда у ребенка формируется представление о себе как о слабом, больном, неспособном к достижениям человека, воспитание по типу «маленький неудачник», когда родители уверены в том, что их ребенок никогда не добьется успеха, и рассматривают его и свою жизнь как крест и непосильную ношу [1; 58].

А ведь для семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, важными являются как собственно воспитательная, так и коррекционно-развивающая, компенсирующая и реабилитационная функции, направленные на восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости (по возможности) и социальной адаптации. Все эти функции можно реализовать только в том случае, если родители будут обладать системой знаний о закономерностях психического и возрастного развития.

Взросление ребенка с ОВЗ обусловлено прохождением тех же периодов возрастного развития, что и у детей с нормой, с тем же комплексом кризисных проявлений, но при этом осложненных дефектом. Способность родителей понимать и принимать происходящие изменения может послужить основой построения конструктивных воспитательных отношений, способствующих не только преодолению ограничений, но и оптимизирующих развитие ребенка.

Именно поэтому, описывая задачи возрастного развития детей с ОВЗ в условиях семейного воспитания, О.В.Солодянки-

на говорит не о подборе родителями и другими членами семей воспитательных приемов и стратегий, а об изменении жизненных циклов семьи в целом, что, на наш взгляд, отражает специфичность организации жизни семьи, воспитывающей детей с нарушениями в развитии в целом [2].

Первый период — появление в семье младенца с ограниченными возможностями здоровья [2].

Один из наиболее сложных периодов, когда происходит принятие и привыкание родителей к данной проблеме, преодоление внутриличностных проблем и физической усталости, обусловленной трудностями ухода за младенцем. Но для ребенка этот возрастной период связан с переживанием острой потребности в непосредственном эмоциональном общении с матерью. В это время закладываются фундаментальные основы психического развития, выражающиеся в формировании у ребенка доверия и чувства привязанности к родителям — первого социального отношения ребенка, лежащего в основе потребности в общении с другими людьми и познания окружающего мира, формировании зачатков самосознания на основе усвоения схемы тела и самоощущений, закладываются основы развития речи. И все это возможно только в условиях непосредственного сотрудничества со взрослым.

Взрослый для ребенка является средоточием актуальных потребностей, он центр всякой воспринимаемой действительности — источник развития.

Психологическая неготовность родителей в этот период включиться в необходимое для ребенка непосредственное эмоциональное общение является первым проявлением вторичного дефекта — социальной составляющей физического дефекта.

Второй период жизни семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, — дошкольный возраст ребенка. Основными задачами его являются обеспечение взаимодействия со специалистами, принятие решения о форме жизнедеятельности ребенка, организации лечения, реабилитации, обучения и воспитания [2].

Дошкольный период связан с переживанием ребенком двух возрастных кризисов, предполагающих глобальные изменения в структуре его личности и психическом развитии.

Первый — это возраст трех лет, рубеж, который преодолевает ребенок, чтобы стать дошкольником. Это важный и ответ-

ственный момент в его развитии. В этом возрасте ребенок довольно часто (хотя и не всегда) становится трудным и капризным. Чаще всего это связано с тем, что он вступил в естественную фазу перестройки всей его психической жизни. Он стремится к реализации себя в предметной деятельности, становится особо чувствительным к тому, как оценивают его результаты и его умелость окружающие, у него складывается чувство собственного достоинства. Если взрослые не замечают этого, относятся к нему по-прежнему как к маленькому, неумелому, задевают его самолюбие обидными оценками, ограничивают его инициативу и регламентируют активность, если они невнимательны к его интересам, течение кризиса обостряется и ребенок становится трудным и несговорчивым. Подобные черты детского поведения способны укорениться в характере ребенка надолго, если взрослый не перестроит своих взаимоотношений с ним, и, напротив, легко преодолеваются, если окружающие начинают уважительно относиться к занятиям и заботам малыша, деликатно оценивают его достижения и неудачи, поддерживают и ободряют его. В этом случае у ребенка возникает уважение к себе как своеобразное отражение уважения к его делам со стороны взрослых. Это чувство становится важным личностным фундаментом для развития всех детских способностей в следующем, дошкольном, возрасте.

Иногда трудности с трехлетками оказываются связанными не с естественной перестройкой их личности, как это типично для кризиса трех лет, а с дефектами самого воспитательного процесса. Сверхопека, заласкивание — один полюс дефекта, безнадзорность как отсутствие необходимой ребенку опеки — другой, прямо противоположный. И в том и в другом случае негативные черты в поведении малыша не изживаются с возрастом, а только усугубляются. Требуется решительная ломка сложившихся стереотипов отношения окружающих к ребенку. При этом перестройка должна затрагивать не одну из сфер или форм взаимодействия, а быть изменением всего стиля жизни ребенка и взрослых.

Второй кризис дошкольного возраста — кризис 7 лет. Один из главных симптомов его — кривляние, манерность, непослушание. Ребенок становится неуправляемым, не реагирует на замечания родителей, делая вид, что не слышит их, или идет на открытый конфликт.

Однако, несмотря на внешнюю схожесть, подоплека у каждого возрастного кризиса своя. Если раньше ребенок «боролся» в основном за самостоятельность, возможность действовать автономно, то в семь лет проявление кризиса связано с утратой детской непосредственности, то есть с появлением интеллектуального момента между переживанием и поступком. Обычные бытовые правила, установленные родителями, становятся для ребенка воплощением «детского» мира, от которого он скорее хочет отойти. Ребенок чувствует острую потребность быть «взрослым», вести себя как взрослый, соответственно одеваться, принимать самостоятельные решения. Во многом этому способствует культурная среда, в которой воспитываются дети. С малолетства ребенку внушается, что, когда он пойдет в первый класс, это будет свидетельствовать о том, что он вырос. Став школьником, ребенок рассчитывает с приобретением собственной социальной позиции стать «взрослым». В психологической концепции Л. И. Божович кризис 7 лет — это период рождения социального «Я» ребенка. Он начинает понимать и осознавать свои переживания, у него возникает «логика чувств». Кроме того, появляется способность к обобщению собственных переживаний (только теперь ребенок, полностью отдавая себе отчет, может сказать «это мне нравится, а это нет», не ориентируясь на предпочтения значимого взрослого). За счет вовлечения в школьную жизнь расширяется круг интересов и социальных контактов ребенка; общение со взрослыми и со сверстниками становится произвольным, «опосредованным» определенными правилами.

Главное психическое новообразование, к которому приводит кризис семи лет, — способность и потребность в социальном функционировании. Ребенок стремится получить определенную социальную позицию — позицию школьника.

Протекание возрастных кризисов у детей с ОВЗ осложняется тем, что дети обладают повышенной утомляемостью. Они быстро становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми, с трудом концентрируют внимание. При неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения заданий. У некоторых детей при утомлении появляется двигательное беспокойство. В игре ребенок пытается схватить все игрушки и тут же их бросить, темп речи ускоряется.

У большинства детей с ОВЗ наблюдаются нарушения сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями.

днями, иногда с плачем и криком. Такой сон не приносит отдыха, поэтому ребенок просыпается вялым, капризным.

Подобные особенности детей с ОВЗ делают крайне важным вопрос соблюдения режима отдыха и активной деятельности. Если воспитание такого ребенка в семье ведется неправильно, то все нарушения нервной деятельности могут усиливаться, принимать стойкий характер.

Дошкольный возраст — это еще и возраст порождения устойчивых детских страхов, зачастую перерастающих в устойчивые личностные черты. Преодоление детских страхов может способствовать оптимизации активности детей.

Дошкольный возраст — это возраст активного интеллектуального развития, формирования системы знаний об окружающем мире и себе, усвоения первых социальных норм и правил, формирования самосознания.

Создание благоприятных условий воспитания ребенка с ОВЗ прежде всего связано с осознанием особенностей заболевания и развития ребенка, а также предоставления возможностей полноценного развития его речи, навыков самообслуживания, двигательных навыков и умений.

При упорядоченной жизни в семье у детей с ОВЗ расширяется кругозор, обогащается память, формируется любознательность.

Третий этап жизни семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, — школьный возраст ребенка, предполагающий взаимодействие со специалистами, принятие решения о форме школьного обучения, организации учебы, решение проблем взрослых и сверстников по поводу общения с ребенком [2].

Младший школьный возраст — период активного интеллектуального, эмоционального и личностного развития детей. Его можно рассматривать как подготовительный, закладывающий основы личностного самоопределения в будущем. Личностное самоопределение — это выбор адаптации человека к среде, это стратегия высвобождения внутренних ресурсов развития личности, включающих способность решать ценностно-нравственные проблемы и при необходимости противостоять среде. Чем раньше начнется направленное личностное развитие, тем в большей степени можно прогнозировать психологическое благополучие, удовлетворенность жизнью и личностный рост каждого человека в современном меняющемся мире.

Тесное сотрудничество семьи и образовательного учреждения является залогом полноценности психического и личностного развития ребенка с ОВЗ.

Четвертый этап в жизни семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья связан с его подростковым возрастом, когда необходимость продолжения взаимодействия со специалистами обуславливается еще и возрастными проблемами, как физиологическими, так и психологическими: привыкание к хронической природе заболевания ребенка, решение проблем изоляции от сверстников, планирование его будущей занятости [2].

Своеобразие данного периода характеризует не только влияние дефекта, но и сугубо возрастные проявления подросткового кризиса, который связан с перестройкой организма ребенка — половым созреванием. Изменение роста и веса сопровождается изменением пропорций тела. Дети часто ощущают себя в это время неуклюжими, неловкими.

В связи с быстрым развитием для подростков характерны перепады сосудистого и мышечного тонуса. А такие перепады вызывают быструю смену физического состояния и, соответственно, настроения. Вообще в подростковом возрасте эмоциональный фон становится неровным, нестабильным.

Подростку, испытывающему множество резких физических и физиологических изменений, связанных с половым созреванием, вообще бывает нелегко удерживать субъективное ощущение целостности и стабильности своего «Я», чувство идентичности, что, в свою очередь, порождает множество личностных проблем.

В результате в этом возрасте отмечается самое большое количество так называемых трудных детей и даже совершенно здоровых подростков характеризуют предельная неустойчивость настроения, поведения, постоянные колебания самооценки, резкая смена физического состояния и самочувствия, ранимость, неадекватность реакции.

В подростковом возрасте особенно много изменений наблюдается в плане формирования личности. И, пожалуй, главная особенность подростка — личная нестабильность. Противоположные черты, стремления, тенденции сосуществуют и борются друг с другом, определяя противоречивость характера и поведения взрослого ребенка.

Среди многих личностных особенностей, присущих подростку, особо выделяются формирующееся у него чувство взрослости и «Я-концепция». Конечно, подростку еще далеко до истинной взрослости и физически, и психологически, и социально. Он объективно не может включиться во взрослую жизнь, но стремится к ней и претендует на равные со взрослыми права. Новая позиция проявляется в разных сферах, чаще всего во внешнем облике, манерах.

Одновременно с внешними, объективными проявлениями взрослости возникает и чувство взрослости — отношение подростка к себе как к взрослому, представление, ощущение себя в какой-то мере взрослым человеком. Эта субъективная сторона взрослости считается центральным новообразованием младшего подросткового возраста.

Чувство взрослости проявляется, прежде всего, в желании, чтобы все — и взрослые, и сверстники — перестали относиться к нему как к маленькому. Он претендует на равноправие в отношениях со старшими и идет на конфликты, отстаивая свою «взрослую» позицию. Чувство взрослости проявляется и в стремлении к самостоятельности, желании оградить какие-то стороны своей жизни от вмешательства родителей.

Примерно в 15 лет ребенок делает еще один шаг в своем личностном развитии. После поисков себя и периода личностной нестабильности у него формируется «Я-концепция» — система внутренне согласованных представлений о себе, образов, идентификаций «Я» материального и социального планов. Однако у детей с ОВЗ чувство взрослости часто проявляется в деформированном виде — в виде расторможенных потребностей, либо крайнем инфантилизме.

Помимо реального «Я», «Я-концепция» включает в себя «Я»-идеальное как «Я» в будущем. При высоком уровне притязаний и недостаточном осознании своих возможностей идеальное «Я» может слишком сильно отличаться от реального. Тогда переживаемый подростком разрыв между идеальным образом и своим действительным положением приводит к неуверенности в себе, что внешне может выражаться в обидчивости, упрямстве, агрессивности.

Подростковый личностный кризис можно обозначить как некую эволюцию личности. При этом можно выделить как позитивную направленность эволюции, так и негативную:

◀ *позитивная эволюция*, когда кризис является неким условием и шагом в новое качество, новый уровень целостности. Данная дезинтеграция отличается преобладанием конструктивности личности, повышением адаптивности, а также увеличением творческого потенциала. Позитивная дезинтеграция является необходимым этапом в эволюции личности. К такого рода периодам можно отнести возрастные кризисы, а также так называемые психодуховные кризисы, приводящие к огромным по силе и новизне творческим всплескам на новых уровнях целостности;

◀ *негативная эволюция*, как правило, сопровождается деструктивными изменениями личности, снижением общей устойчивости, уровня сбалансированности, большей фрагментарностью и тенденцией к социальной аутизации личности. Уменьшается коммуникативность, личность теряет социальные связи. Негативная дезинтеграция может привести к психопатическим сдвигам, депрессиям, к астении, к психосоматическим болезням, иногда к суицидным намерениям.

Правильность воспитательной позиции родителей, их способность к терпеливому и понимающему взаимодействию с ребенком в этот период может обеспечить либо позитивное направление эволюции личности ребенка, либо негативное.

Пятый период в жизни семьи — период «выпуска»: взаимодействие со специалистами, признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания ребенка [2].

И, наконец, *шестой период* — постродительский: перестройка взаимоотношений между супругами (если ребенок «пристроен») и взаимодействие со специалистами по новому месту проживания ребенка. Если же ребенок продолжает проживать в семье, следовательно, возникает необходимость создания условий последующего психического и социального развития [2].


Таким образом, семья для ребенка с ОВЗ есть основа психического, личностного и социального благополучия.

Успехи и проблемы развития и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье есть, прежде всего, отражение системы родительских ценностей. Они не приходят в семью сами по себе, а есть результат постоянного душевного труда родителя, его воспитательного роста вместе с ребенком.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Левченко, И. Ю.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. — М. : Просвещение, 2008. — 239 с.
2. *Солодянкина, О. В.* Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. / О. В. Солодянкина. — М. : АРКТИ, 2007. — 80 с.
3. *Шаповал, И. А.* Специальная психология: учебное пособие / И. А. Шаповал. — М. : ТЦ «Сфера», 2005. — 224 с.

1.2. Особенности семейного консультирования родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

 *Е. Б. Аксенова*, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Следует признать, что профессиональная психолого-педагогическая поддержка семьи, воспитывающей детей с отклонениями в развитии, в современном обществе осуществляется явно на недостаточном уровне.

Разработка направлений специальной помощи родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, должна включать в себя как содержание коррекционно-развивающей работы с детьми, так и различные формы работы со взрослыми. Часто семья оказывает вторичное негативное влияние на развитие ребенка с проблемами, поскольку родители находятся в стрессовом состоянии в связи с рождением больного ребенка, не готовы к его принятию таким, какой он есть, не обладают необходимыми знаниями и навыками взаимодействия с ним. Научные данные свидетельствуют о том, что нарушения развития ребенка находятся в прямой зависимости от социального благополучия семьи (*Никишина В. Б.*, [2]). Между тем деформация семейных отношений происходит на разных уровнях:

- ◀ социальном (снижение социальных контактов, уровня

профессиональной деятельности родителей, разводы, стремление к иждивенчеству);

- ◀ психологическом (изменение стиля взаимоотношений с социумом и внутри семьи, формирование иной системы ценностей);

- ◀ соматическом (болезненное переживание стресса, связанного с рождением больного ребенка).

Отмечаются нарушения характера взаимоотношений с родителями и со стороны ребенка с проблемами в развитии (*Левченко И. Ю., Ткачева В. В., [5]*): отчуждение от близких, тревожность, агрессивность, замещение другими субъектами, неадекватность оценок.

Исследования (*Сумарокова И. Г., [5]*) свидетельствуют, что наиболее распространенными среди родителей детей с ограниченными возможностями здоровья являются следующие проблемы:

- ◀ отсутствие активной жизненной позиции — 85 % среди общего числа опрошенных родителей;

- ◀ отсутствие навыков взаимодействия с ребенком — 87,5 %;

- ◀ переживание глубокой степени родительского стресса — 85 %;

- ◀ инвалидизация ребенка — 77,5 %;

- ◀ негармоничный стиль воспитания с предъявлением противоречивых требований — 37,5 %.

В результате возникают разнообразные нарушения семейных взаимоотношений, среди которых чаще представлены гиперпротекция либо гипопротекция, потворствование либо игнорирование потребностей ребенка, чрезмерная либо недостаточная требовательность к нему. Наиболее распространены, по данным Ткачевой В. В. [1], следующие типы отношений:

- ◀ противоречивый тип — отношение к ребенку и характер требований к нему постоянно меняются в зависимости от эмоционального состояния родителей;

- ◀ повышенной моральной ответственности, принятой на себя родителями, когда они жертвуют собственными интересами ради блага ребенка (часто вымышленного);

- ◀ авторитарная гиперсоциализация — ритм жизни, потребности ребенка с нарушениями в развитии родители выстраивают с позиций преобладания общественных интересов;

- ◀ «культ болезни» — все приоритеты семьи сосредоточены

на больном ребенке, условиях, которые необходимы ему в отличие от здоровых детей;

- ◀ «симбиоз» — приспособление к нуждам и специфике восприятия мира, характерной для человека с нарушениями в развитии, взгляд на мир глазами больного ребенка;

- ◀ «маленький неудачник» — отношение к ребенку как к жертве, гипертрофированная жалость;

- ◀ гипоопека — отсутствие внимания к ребенку, сосредоточенность на собственных интересах;

- ◀ отвержение — восприятие ребенка как причины собственных неудач, стремление изолироваться от него.

Организация профессиональных консультаций должна быть направлена на оказание поддержки как ребенку, так и его родителям и включать в себя:

- ◀ психологическую помощь;

- ◀ методическую помощь;

- ◀ коррекцию детско-родительских отношений;

- ◀ посредничество между семьей ребенка с ограниченными возможностями и социальными службами, направленными на работу с такими семьями;

- ◀ помощь в дальнейшем устройстве жизни ребенка.

Психологическая помощь связана с развитием у родителей представлений и формированием навыков оздоровления семейных отношений, организацией самодиагностики причин семейных трудностей, проведением тренингов развития общения и саморазвития личности.

Методическая помощь включает в себя просвещение родителей по вопросам особенностей познавательной и личностной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья, организации коррекционно-развивающей среды и проведения занятий, составления рационального режима дня и учета индивидуальных особенностей ребенка.

Коррекция детско-родительских отношений связана прежде всего с оптимизацией представлений о возможностях ребенка и его нуждах, проведением тренингов, направленных на развитие понимания другого и формирование позитивных способов выхода из конфликтных, стрессовых ситуаций.

Посредничество с различными службами предполагает организацию консультаций по вопросам юридического и социального сопровождения детей-инвалидов и детей с ограниченными

ми возможностями, установление контактов с различными негосударственными структурами.

Помощь в дальнейшем устройстве жизни обеспечивается посредством разнообразных методов профорientации и контактов с учебными заведениями, обучающими детей с ограниченными возможностями. Это направление в настоящее время является наименее разработанным, нуждается как в методологическом, так и в практическом развитии и обсуждении перспектив выбора профессии детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.


ЛИТЕРАТУРА

1. *Левченко, И. Ю.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. — М., 2008. — 239 с.
2. *Никишина, В. Б.* Социально-психологическая детерминация нарушений психического развития детей: автореф. дис. ... докт. психол. наук / В. Б. Никишина. — Ярославль, 2004. — 18 с.
3. *Солодянина, О. В.* Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О. В. Солодянина. — М., 2007. — 80 с.
4. *Силяева, Е. Г.* Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е. Г. Силяева. — М., 2002. — 92 с.
5. *Сумарокова, И. Г.* Оптимизация родительского отношения в процессе психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с глубокими нарушениями зрения: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И. Г. Сумарокова. — Н. Новгород, 2009. — 22 с.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ
ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ



2.1. Содержание воспитания ребенка с ограниченными
возможностями здоровья в раннем возрасте

 *Е. Б. Аксенова*, доцент кафедры
коррекционной педагогики и специальной психологии
ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Нервные три года являются чрезвычайно важными и ответственными в жизни ребенка. В это время максимально формируются все предпосылки его дальнейшего развития: закладываются основы интеллектуального развития, создается база для становления личности, определяются индивидуальные особенности поведения.

В раннем возрасте, когда наиболее тесна связь ребенка с близкими взрослыми, начинают формироваться в процессе общения с ними предпосылки отношения к миру, самому себе, система оценок и ценностей. Поэтому существует реальная возможность для оказания наибольшего воздействия на развитие

личности и поведение человека не только в период его детства, но и на всю его дальнейшую жизнь.

В раннем детстве необходим контроль за психическим развитием для своевременного выявления отклонений, планирования индивидуальных мер коррекции и профилактики, направленных на создание условий полноценного развития всех сторон психики ребенка. Благодаря быстрым темпам развития в период раннего детства незамеченные или показавшиеся незначительными отклонения в развитии могут привести к выраженным проблемам в более старшем возрасте (Н. В. Серебрякова). В то же время ранний возраст предоставляет широкие возможности для коррекции нарушений за счет пластичности психики ребенка, чувствительности к внешним воздействиям, что позволяет исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии. Поэтому ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии, которая рассматривает возможности оказания помощи детям первых месяцев и лет жизни, оказавшихся в группе риска, является одним из актуальнейших направлений специальной педагогики. От эффективности организации ранней комплексной помощи в определяющей степени зависят предупреждение инвалидности и снижение степени ограничений в дальнейшей жизни.

Такая помощь должна оказываться в процессе комплексной работы специалистов медицинского, психологического и педагогического профиля и включать в себя различные направления деятельности: выявление младенцев с риском отставания в развитии, определение уровня их развития, разработку специальных программ раннего развития, оказание помощи в реализации таких программ в условиях семьи или специальной группы развития, консультирование и специальную поддержку семьи по психолого-педагогическим и правовым вопросам, организацию коррекционной работы, координацию деятельности всех служб, призванных оказывать поддержку семье ребенка с ограниченными возможностями (Т. М. Полякова, [5]).

Статистический анализ свидетельствует о том, что в настоящее время увеличивается спрос на оказание консультативной и коррекционной помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста. Так, по данным М. Л. Барановой [2], 80% детей рождаются физиологически незрелыми, около 70% имеют пе-

ринатальное поражение центральной нервной системы. У части детей, родившихся относительно здоровыми, проблемы появляются в первые месяцы и годы жизни. Из общего числа детей 30 % нуждаются в реабилитации, 45 % — в коррекционной помощи того или иного направления.

Приведенная информация подтверждает необходимость создания службы раннего сопровождения, открытия психолого-медико-педагогических центров, консультативно-диагностических пунктов, которые должны оказывать помощь родителям и разрабатывать программы психолого-педагогического сопровождения ребенка начиная с раннего возраста.

Ранняя комплексная помощь, как пишет Л. И. Аксенова [1], предполагает широкий спектр различных услуг, включающих в себя:

- ◀ выявление отставания или риска отставания в развитии у младенца;
- ◀ определение уровня развития и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
- ◀ обучение и консультирование семьи;
- ◀ оказание первичной помощи в реализации развивающих программ как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды;
- ◀ целевую работу по развитию сенсомоторной сферы;
- ◀ психологическую и правовую поддержку семьи;
- ◀ раннюю плановую или экстренную медицинскую помощь;
- ◀ координацию деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенку в рамках индивидуальной программы развития.

При организации различных по форме и содержанию услуг семьям, воспитывающим детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, возникает ряд существенных трудностей.

1. Значительные проблемы касаются разработки содержания диагностики развития ребенка до трех лет. Динамичность развития, ситуативность поведения ребенка и его эмоциональная зависимость от близких взрослых диктуют специалистам необходимость быть осторожными в оценках его возможностей. Несмотря на наличие методических разработок в этой области (К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, 2002; Н. В. Серебрякова, 2005; Е. О. Смирнова, 2005; Е. А. Стребелева, 2007), в целом методи-

ка диагностического изучения ребенка раннего возраста остается все еще малоразработанной. В практике педагогической деятельности с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья используются технически не проработанные методики, слабо представлено наглядно-методическое сопровождение диагностических процедур, отсутствует единый подход в оценке характера развития ребенка раннего возраста среди специалистов разного профиля. Особенно сложной является оценка результатов диагностики, которая требует объективности, сочетания качественного и количественного анализа данных и в то же время должна учитывать характерные возрастные особенности ребенка.

2. Достижение результатов при оказании психолого-педагогической помощи ребенку раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья предполагает систематическую педагогическую работу, проводимую ежедневно. Только в этом случае предложенная ребенку информация и навыки могут быть усвоены и использованы им в дальнейшем для преодоления проблем развития. Такая помощь возможна в условиях образовательного учреждения, при наличии в нем специально подготовленных кадров, но затруднительна в домашних условиях. Разработка модифицированного содержания занятий, в процессе которых работа со специалистами чередуется с выполнением заданий с родителями, предполагает предварительную психологическую и содержательную подготовку взрослых. На наш взгляд, использование консультативных видов помощи, которые являются преобладающей формой работы с родителями в настоящее время, для этого недостаточно.

3. Тесная связь ребенка раннего возраста с близким взрослым ставит результативность занятий в зависимость от степени вовлеченности в них родителей, что требует особых методических программ содержания совместных коррекционно-развивающих занятий, в которых должны сочетаться разные формы совместной деятельности со взрослым и самостоятельной деятельности ребенка. Такие разработки в настоящее время отсутствуют.

Преодоление перечисленных проблем возможно при условии продуманной системы диагностических наблюдений и коррекционно-развивающих занятий. На наш взгляд, оптимальным содержанием диагностики детей раннего возраста должно стать

наблюдение за поведением ребенка в отношении к предложенному ему дидактическому материалу в естественных для него условиях и анализ характера этого поведения на основе качественных оценочных показателей, которые позволяют составить впечатление об индивидуальных особенностях ребенка. Такими показателями могут стать:

◀ адекватность проявляемых действий с учетом смысла ситуации, функций предмета, а также действий привычным способом без учета изменений в ситуации, случайных действий, деструктивных действий;

◀ самостоятельность, проявляющаяся в полной независимости от взрослого, потребности в побуждении со стороны взрослого, в помощи взрослого, в совместных с ним действиях, в отсутствии потребности в контактах;

◀ настойчивость, проявляющаяся в способности добиваться результата и продолжать действия, в быстрой потере интереса при позитивном результате, в потере интереса после неудачных попыток, после начального наблюдения за действиями взрослого, в отсутствии интереса и сосредоточенности на действиях.

Содержание педагогической работы с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья зависит от характера нарушений, выявленных у ребенка, особенностей микросоциальной среды, целей психолого-педагогического сопровождения, поставленных специалистами.

Наиболее целесообразно проведение такой работы в несколько этапов.

1 - й этап — предварительный — направлен на сбор начальных сведений о ребенке. Для этого используются устные беседы и анкетирование родителей, изучение медицинской карты с целью установления основных факторов риска в развитии ребенка, наблюдение за поведением ребенка в естественных для него условиях.

2 - й этап — диагностический — позволяет составить объективную картину развития ребенка. На этом этапе изучаются особенности семейного воспитания, определяется стиль семейных отношений и его влияние на характер развития ребенка, выявляется уровень развития сенсомоторики, пассивной и активной речи, особенности сформированности основных навыков

поведения. Определяется степень выраженности проблем в развитии с помощью специально организованных наблюдений и других диагностических методов.

3 - й этап — коррекционно-развивающий — связан с проведением специальных занятий, которые включают в себя систему усложняющихся игр и упражнений по следующим направлениям:

- ◀ развитие сенсорики (формирование представлений о форме, величине, цвете);
- ◀ развитие понимания речи;
- ◀ развитие зрительно-слухового восприятия;
- ◀ развитие артикуляции и связной речи;
- ◀ развитие мелкой и крупной моторики;
- ◀ обучение действиям самообслуживания;
- ◀ подготовка к игре.

Каждое занятие предполагает сочетание новых видов заданий, предлагаемых специалистом, выполнение упражнений совместно с родителями и закрепление полученных навыков в самостоятельной деятельности.

4 - й этап — итоговый — предполагает оценку результатов проведенной системы занятий, выяснение впечатлений родителей об их эффективности и динамике развития ребенка, консультации по организации дальнейшей деятельности с ребенком, созданию коррекционно-развивающей среды в домашних условиях и рекомендации для дальнейшего развития ребенка.

ЛИТЕРАТУРА


1. *Аксенова, Л. И.* Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений специальной (коррекционной) педагогики // Дефектология. — № 3. — 2002. С. 15—20.
2. *Баранова, М. Л.* Справочник руководителя дошкольного образовательного учреждения: организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста / М. Л. Баранова. — Ростов н/Д, 2005. — 349 с.
3. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста / под ред. Н. В. Серебряковой. — СПб., 2005. — 48 с.
4. *Печора, К. Л.* Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях / К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина. — М., 2002. — 171 с.

5. Полякова, Т. М. Семейное воспитание детей с ограниченными возможностями развития как психолого-педагогическая проблема / Т. М. Полякова. — <http://ipk/admin.tstu.ru>.

6. Смирнова, Е. О. Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет / Е. О. Смирнова. — СПб., 2005. — 139 с.

7. Стребелева, Е. А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Е. А. Стребелева. — М., 2007. — 170 с.

2.2. Воспитание глухого ребенка в семье

 Н. А. Угрюмова, старший преподаватель кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО

Проблема общения — основная проблема людей с нарушенным слухом в любой стране мира. Слабослышащий или глухой ребенок в семье — это проблема прежде всего общения и взаимопонимания внутри семьи.

В семьях, где у детей есть нарушения в психофизическом развитии, часто возникает специфическая ситуация, носящая характер личной трагедии родителей. Рождение ребенка с отклонением в развитии оказывается испытанием для всех членов семьи. Поскольку родители связывают с детьми свои надежды, в том числе по реализации своих неисполненных мечтаний, они с появлением ребенка как бы поднимаются на более высокую ступень личностного развития, принимая на себя обязанности воспитателей следующего поколения. Ребенок с отклонениями в развитии в силу своих особенностей лишает родителей многих возможностей. Создается психологическое противоречие между созреванием новых отношений в семье и невозможностью их осуществления, которое углубляется в случае единственно возможного ребенка. В большей степени это затрагивает слышащих родителей. Значимым аспектом подобной ситуации является тот факт, что все усилия профессиональных работников в первую очередь сконцентрированы на ребенке и его потребностях, а исключительные потребности родителей либо отходят на второй план, либо вообще не учитываются. А. С. Спиваковская отмечает, что родительские позиции в семьях, где есть

дети с нарушениями развития, отличаются неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, то есть адресуются к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительским позициям в семьях с нормальными детьми, которые характеризуются адекватностью и прогностичностью, то есть адресуются к завтрашнему дню, к будущему ребенка.

Ученые (Д. Льютеман, Е. Исенина, Э. Леонгард), много лет работающие с родителями глухих детей, выделяют следующие типы отношений родителей к глухому ребенку.

1. Полное принятие – родители понимают и принимают глухоту ребенка, трезво оценивают ситуацию и ищут способы разрешения проблем. Они относятся к ребенку с любовью и теплотой. Такой тип отношений способствует формированию у ребенка высокой самооценки и адекватности.

2. Сверхопека – родители освобождают ребенка от обязанностей, не позволяют ему сделать ничего самому. Мера помощи значительно превышена, дети вырастают несамостоятельными и зависимыми.

3. Нереалистическое отношение – родители не хотят признать, что их ребенок глухой, ставят перед ним сложные задачи, не делая никаких скидок на глухоту. Такой ребенок начинает чувствовать себя одиноким и несчастным, так как не может соответствовать требованиям родителей и выполнять их нереально завышенные установки.

4. Безразличие – неосознанные чувства и жизненные ценности родителей приводят к эмоциональному неприятию ребенка, которое проявляется в избегании общения с ним, отсутствии попыток понять, полюбить его. Этот тип отношений наиболее опасен для развития ребенка.

От типа родительского отношения, сформировавшегося в семье, в дальнейшем будет зависеть степень включенности родителей в процесс социальной адаптации ребенка с нарушением слуха, субъектность или объектность семьи.

Семья является субъектом в процессе социальной поддержки при условии понимания важности работы с ребенком и активном участии в процессе его адаптации и объектом – в том случае, когда сами родители нуждаются в адаптации и их участие в этом процессе пассивное.

На развитие личности ребенка и на формирование отношений в семье чрезвычайно влияет такой фактор, как пребывание

ребенка в учреждении интернатного типа. Родители, узнав о глухоте ребенка, помещают его в специальное детское учреждение в сравнительно раннем возрасте и перестают принимать достаточное участие в его воспитании. Зачастую это делается из соображений общего порядка: из-за невозможности обеспечить дома надлежащий присмотр за ребенком, из-за неумения справляться с задачами его обучения речи и т. п. Специальные дошкольные учреждения имеются лишь в крупных городах, что вынуждает родителей отдавать детей на интернатный режим, расставаться с ними на длительный срок.

Л. С. Выготский расценивал постоянное пребывание глухого ребенка в стенах специального учебного учреждения как отрыв от нормальной среды. Такая искусственная среда во многом отличается от того нормального мира, в котором ребенку придется жить в дальнейшем.

Семейное воспитание детей с нарушениями слуха возникло значительно раньше общественного. Опыт индивидуального обучения глухих детей в семье был известен еще в Средние века. Стремление родителей воспитывать и обучать глухих детей в семье было обусловлено желанием развивать умственные способности ребенка и приобщать его ко всему, что доступно его слышащим сверстникам.

Родители стремились не упускать наиболее сензитивные для развития и обучения ранние и дошкольные годы, понимая, что в этот период формируются многие навыки, закладывается характер. О необходимости раннего обучения глухого ребенка в семье, развитии его речи передовые сурдопедагоги говорили в XVIII—XIX веках, задолго до появления общественного воспитания дошкольников с нарушениями слуха. В отечественной сурдопедагогике мысли о необходимости раннего воспитания глухого ребенка в семье были высказаны В. И. Флери в его труде «Глухонемые» (1835).

Одним из важнейших факторов развития и формирования личности глухого ученый считал заботу, внимание и любовь к ребенку, которыми должны окружить его близкие люди, в первую очередь мать. Она же должна стать первым воспитателем ребенка, который может сделать для него очень много. В. И. Флери подчеркивал важность первых лет жизни для обучения речи, первым словам, которые ребенок может усвоить на основе зрения по подражанию.

Идею раннего воспитания и обучения глухих детей в семье широко пропагандировали Н. А., Е. Ф. и Ф. А. Рау, которые организовывали консультации и курсы для матерей глухих детей, давали рекомендации по вопросам формирования словесной речи и другим проблемам воспитания и обучения. В 30 — 40-е годы XX века они подготовили ряд статей и методических рекомендаций для родителей глухих и тугоухих детей.

В 50 — 60-е годы XX века проблемой воспитания в семье активно занималась Б. Д. Корсунская, давшая ряд полезных советов и рекомендаций по воспитанию и обучению глухих детей до поступления в детский сад и в период обучения в дошкольном учреждении. В своей книге «Воспитание глухого дошкольника в семье» исследователь показала большую роль движений, обучения разным видам деятельности для развития речи глухого ребенка, привела образцы пособий, необходимых родителям для обучения ребенка в семье. Основное внимание ученый уделила вопросам развития речи: работе над значениями слов и по накоплению словарного запаса; развитию разговорной описательно-повествовательной речи; обучению дактильной речи как средству общения и способу раннего обучения чтению, способствующему умственному и нравственному развитию; формированию устной речи. В работе по развитию речи «Обучение речи глухого дошкольника» Б. Д. Корсунская рекомендовала родителям, наряду с устной и письменной речью, широко использовать дактилологию.

В 60 — 70-е годы А. А. Венгер, Г. Л. Выгодская и Э. И. Леонгард провели исследования, выявившие значительные возможности семейного воспитания глухих и слабослышащих детей раннего и дошкольного возраста. Эти возможности были обусловлены ранним началом общеразвивающей и коррекционной работы, созданием речевой среды в семье, использованием слуховых аппаратов, длительной работой по развитию речевого слуха как основы для развития навыков слухо-зрительного восприятия речи и формирования ее произносительной стороны, специальной работой по развитию письменной речи. Эти же авторы подготовили методические рекомендации в виде «Заданий для родителей», пользуясь которыми многие родители смогли начать работу по развитию речи детей первых двух лет жизни и проводить ее в течение всего дошкольного периода, обеспечивая высокий уровень общего и речевого развития ребенка, достигаемого к концу дошкольного периода.

Проблема помощи родителям, воспитывающим детей с нарушениями слуха в семье, в настоящее время рассматривается в работах Э. И. Леонгард, Е. Г. Самсоновой, Е. А. Ивановой, Н. Д. Шматко, Т. В. Пельмской и др. Их материалы содержат информацию по организации работы с детьми раннего возраста, а также рекомендации родителям дошкольников, которые по ряду причин не посещают специальные дошкольные учреждения. Причинами, побуждающими родителей воспитывать детей дома, могут быть отдаленность места жительства семьи от специального дошкольного учреждения; физическая ослабленность ребенка; наличие комбинированных нарушений; нежелание родителей отдавать ребенка в дошкольное учреждение интернатного типа; неудовлетворенность отдельных родителей результатами обучения и уровнем развития детей в специальном детском саду; нежелание разлучаться с ребенком и др.

Э. И. Леонгард дает родителям детей с проблемами слуха исчерпывающие рекомендации, как надо себя вести с такими детьми в семье, воспитывать их и развивать.

Руководство к действию

Прежде всего, следует как можно раньше (до года, когда еще речь не развита) выявить наличие патологии слуха у ребенка. Не стоит пренебрегать профилактическими осмотрами у ЛОР-врача (в первые 2—4 месяца, в год и далее — каждые полгода). Если у родителей появились подозрения и им кажется, что малыш ведет себя «не так, как другие дети», нужно немедленно обратиться к специалисту. Он проведет первоначальное обследование и при необходимости направит в специализированный медицинский центр, где малыш будет более тщательно обследован. Иначе можно упустить драгоценное время и наверстать отставание будет гораздо сложнее. После консультации у ЛОР-врача, обследования и установления точного диагноза следует немедленно приобрести для малыша два слуховых аппарата — обязательно по одному на каждое ушко (желательно программируемые или цифровые). Советы «из экономии» обойтись одним нужно отвергать сразу! Врачи должны подобрать индивидуальный режим работы аппаратов в присутствии ребенка. Крохе дают прослушать при помощи аппаратов различные звуковые сигналы и фиксируют ответные реакции на них. Кроме того, при настройке аппарата используются данные аудиограм-

мы. Слухопротезирование — это важнейшее условие полноценного слухо-речевого развития глухого малыша. Все неслышащие или слабослышащие дети должны носить слуховые аппараты постоянно. С их помощью у них будут развиваться слуховое восприятие и устная речь.

Но это еще не все. Как только врач установит диагноз, нужно сразу же приступать к специальным занятиям с ребенком. Чем раньше начнется этот процесс, тем успешнее будет реабилитация. Проводить занятия смогут сами родители под руководством специалистов и при помощи методических пособий, в которых очень детально описаны виды занятий и приемы, посредством которых можно обучить неслышащего ребенка речи.

Как проводить занятия? Развитие устной речи

Для игр с неслышащим ребенком не требуется никаких особенных предметов. Используются самые распространенные игрушки — куклы, машины, зверюшки, кубики и так далее. Но игра должна быть настоящей, а не превращаться в формальные упражнения. Во время действий с каждой игрушкой необходимо на мгновение подносить ее к губам, помещая на уровне подбородка (чтобы малыш видел артикуляцию), и называть игрушку простым словом-звуко-подражанием, например: ляля, би-би-би, ав-ав, мяу. Ребенок воспринимает эти слова с помощью зрения и остатков слуха, поскольку носит слуховые аппараты. Ежедневно повторяющаяся ситуация с использованием этих игрушек, но в разных игровых действиях приведет к тому, что малыш произнесет какое-то слово сам. За первым появится второе, третье... Произношение может оказаться неточным, приближенным, но это неважно — главное, что кроха начнет обозначать названия предметов с помощью речи. Позже лепетные слова нужно заменить полноценными, общеупотребительными.

Взрослым следует специально организовать игровые ситуации, в процессе которых ребенок вычленяет действия, а родители обозначают их словами: идет, бежит, спит, плачет, ест... Когда кроха начнет самостоятельно пользоваться этими словами (пусть и при приближенном произношении), пора употреблять целые фразы: например, мама сидит, машина едет, папа идет, собака бежит...

В этой деятельности ребенок одновременно учится и говорить и понимать речь в устной форме.

Обучение чтению

Помимо устной речи, важно научить малыша чтению. Маленьким детям можно предложить таблички со словами, написанными печатными буквами. Сначала дети воспринимают слова целостно, их не учат отдельным буквам, они не читают слоги. Чтение с первых шагов становится для них осмысленным процессом: за каждым словом стоит представление, образ. Необходимо постоянно работать над тем, чтобы детишки понимали речь, ведь прочитать или повторить сказанное другим человеком — это не значит понять.

Обучение письму

Одновременно с чтением следует учить ребенка письму. Писать можно при помощи фломастеров печатными буквами на нелинованных альбомных листах. При этом малыш свободно располагает на листе свою руку и может писать в любом месте и направлении буквы любого размера. С течением времени характер письма упорядочивается, оно становится ровным и аккуратным.

Развитие слухового восприятия

Особое значение имеют занятия по развитию слухового восприятия. Ведь ношение аппарата само по себе не дает должного эффекта. Детей нужно учить вслушиваться в звуки окружающего мира, в речь, вычленять в ней разные элементы, чтобы структура воспринимаемых на слух слов постепенно уточнялась. Развивающееся слуховое восприятие помогает глухим детям лучше понимать устную речь окружающих людей. Занятия по развитию слухового восприятия должны проводиться ежедневно по 20—30 минут в течение многих лет.

Учимся полноценному общению

Итак, дети научились говорить, хотя речь их своеобразна и часто напоминает иностранную. С аппаратами им гораздо легче понимать окружающих людей. Уже в дошкольном возрасте они умеют читать и писать. И тем не менее малыши по-прежнему не участвуют в играх с другими ребятами. Почему это происходит? Скорее всего, взрослые слишком озабочены образовательной стороной жизни ребенка и не задумываются о его месте в микросоциуме. А думать об этом нужно с момента начала занятий. Очень важно, чтобы родители не скрывали глухоты своего ребенка в тех случаях, когда окружающие высказывают удивление относительно качества

его речи. Ведь причиной этого является снижение слуха, а не какая-то страшная заразная болезнь. Необходимо специально создавать пространство доброжелательного отношения к ребенку. Не только родственники, но и знакомые, ближайšie соседи по дому должны знать, что родители занимаются с малышом, учат его говорить, слушать, понимать речь других. А если время от времени демонстрировать им успехи малыша в накоплении слов, письме, чтении, рисовании, в изготовлении самоделок, танцах или освоении физических упражнений, положительный эффект не замедлит сказаться. Нормальное поведение ребенка привлекает к нему не только взрослых, но и детей, вызывает симпатии и желание «дружить» — по крайней мере, играть. Речь при этом отступает на второй план, но в ходе игры становится абсолютно понятно, что глухой ребенок говорит (даже если он не владеет речью в совершенстве) и ведет себя сообразно ситуации. Стена непонимания разрушается, общение становится свободным и естественным.

Важно, чтобы число приятелей у неслышащего малыша увеличивалось. Для этого родителям полезно, не довольствуясь играми во дворе, время от времени приглашать слышащих детей к себе домой и организовывать для всей компании какую-нибудь интересную деятельность и игры. Так глухой ребенок станет ближе и интереснее другим ребятам, потому что он многое умеет делать, придумывает интересные игры, объясняет, как в них играть.

Родителям нужно воспитывать в ребенке такие качества, как доброжелательность, готовность помочь другим людям, внимательность к окружающим. От этих свойств характера во многом зависит его успешная адаптация в социуме. Поэтому такие качества у ребенка надо воспитывать. Например, можно отнести вместе с малышом угощение соседям по случаю семейного праздника, при встрече — поинтересоваться у знакомого, как он себя чувствует, предложить крохе сделать своими руками подарок кому-либо из родственников или приятелей ко дню рождения.

Воспитываем самостоятельность

Постепенно из относительно узкого круга знакомых ребенок переходит в значительно более широкое пространство. И семья должна правильно подготовить этот переход. Сначала малыш просто идет в магазин вместе с родителями, и они включают его в процесс покупки. Например, папа платит деньги, а сын или дочь получает от

продавца товар. Позже ребенку предстоит отправиться за покупками самостоятельно. Предварительно родители должны обсудить и проговорить с ним тот словарь, который ему нужно будет использовать, приобретая ту или иную вещь. Чтобы новое проявление самостоятельности оказалось успешным, родителям лучше заранее предупредить продавца о том, что к нему придет неслышащий малыш. В этом случае ребенка правильно поймут, а не сделают замечание за неправильное произношение. Поскольку теперь около наших домов расположено много магазинчиков, палаток, киосков, то жители района и продавцы, как правило, знают друг друга и договориться с ними будет не так уж сложно. Постепенно ребенок освоит близлежащие торговые точки и новые для него формы поведения.

Здравствуй, большой мир!

Чем старше становится неслышащий ребенок, тем больше возможностей для включения в социум у него появляется. Он может быть абонентом библиотеки, посещать музеи, театры с доступным для его понимания репертуаром, даже концерты для детей. Все эти мероприятия родители также должны подготовить заранее. Ребенку надо сообщить, куда он пойдет, что он там увидит, познакомить его с новыми словами и правилами поведения в новом месте — в музее, театре. Вернувшись домой, следует снова побеседовать с малышом, обсудить его и свои впечатления от выставки или спектакля. Таким образом, глухие дети приобщаются к культуре, с одной стороны, и интегрируются в общество — с другой.

Явно способствует полноценному общению и посещение детского сада. Глухой малыш обязательно должен принимать самое активное участие в концертах для родителей, праздничных утренниках и прочих подобных мероприятиях. Он может читать стихотворения, танцевать, играть на каком-нибудь музыкальном инструменте. Это тоже важный шаг в социализации детей с нарушением слуха — публичность учит детей преодолевать стеснительность и страх перед большой аудиторией.

Очень полезны для социализации глухих детей экскурсии и походы, в которых участвуют семейные знакомые и товарищи ребенка. В этих условиях он учится действовать в группе, в команде; соотносить свои интересы и желания с желаниями и интересами других; расширяются его представления об окружающем мире, совершенствуется речь, потому что он общается с большим количеством говорящих и слышащих людей разного возраста.

Большую пользу приносит неслышащим детям участие в работе кружков и секций. Заниматься в них такие малыши должны самостоятельно, общаясь с преподавателем и другими ребятами без участия родителей. Взрослые могут интересоваться успехами своего ребенка непосредственно у руководителя кружка или секции.


Реализация описанных моделей обучения и включения глухих и слабослышащих детей в социум поможет им вырасти раскрепощенными, открытыми к контактам, самостоятельными. Некоторые неслышащие дети знают один, а то и несколько иностранных языков, занимаются музыкой. Многие учатся в обычных школах и профессиональных учебных заведениях вместе со слышащими сверстниками, обучаются в вузах (на юридическом, экономическом и других факультетах), могут успешно работать на самых разных должностях.

Таким образом, при соблюдении определенных условий глухие и слабослышащие дети становятся полноценными членами общества. Главное — помочь им преодолеть трудности и стать хозяевами своей судьбы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Богданова, Т. Г.* Сурдопсихология : учеб. пособие для студ. высш. пед. завед. / Т. Г. Богданова. — М. : Академия, 2002. — 224 с.
2. Особенности развития и воспитания детей дошкольного возраста с недостатками слуха и интеллекта / под ред. Л. П. Носковой. — М., 1984.
3. *Исенина, Е. И.* Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни / Е. И. Исенина. — М., 1999.
4. *Леонгард, Э. И.* Я не хочу молчать! / Э. И. Леонгард, Е. Г. Самсонова, Е. И. Иванова. — М., 1990.
5. *Пельмская, Т. В.* Занятия с ребенком с нарушенным слухом первого года жизни / Т. В. Пельмская, Н. Д. Шматко // Дефектология. — 1996. — № 2. — С. 63—73.
6. *Петшак, В.* Изучение эмоциональных проявлений у глухих и слышащих дошкольников / В. Петшак // Дефектология. — 1989. — № 6. — С. 61—65.
7. *Петшак, В.* Исследование эмоциональных отношений глухих школьников к членам семьи / В. Петшак // Дефектология. — 1990. — № 6. — С. 18—24.
8. *Прилепская, Т. Н.* Особенности самооценки и уровня притязаний у глухих и слышащих дошкольников / Т. Н. Прилепская // Дефектология. — 1989. — № 5. — С. 26—32.

2.3. Педагогическая поддержка детей с нарушениями зрения в семье

 Л. С. Сековец, зав. кафедрой коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО, доктор пед. наук, профессор

Работа с семьей является значимой в деятельности современного дошкольного учреждения. Под особым вниманием должны находиться семьи, где воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья и, в частности, дети с нарушениями зрения.

Проблемы помощи детям с нарушениями зрения в условиях семьи рассматриваются в работах тифлопедагогов и тифлопсихологов А. М. Витковской, В. П. Ермакова, Н. Б. Лурье, Л. И. Плаксиной, Л. И. Солнцевой, С. М. Хорош и др. Они отмечают, что перед родителями стоит задача помочь ребенку в сложных условиях зрительной депривации сформировать компенсаторные возможности, подготовить его к школе, пребыванию в коллективе сверстников, а в дальнейшем — к самостоятельной жизни и профессиональной деятельности.

Дети с нарушениями зрения имеют ряд особенностей в психофизическом развитии, и, следовательно, пути педагогической поддержки их семьей отличаются от отношений в семье нормально видящего ребенка.

Зрительная патология у ребенка может быть замечена в разном возрасте, и реакция родителей влияет на формирование личности ребенка, на его отношение к другим людям и к самому себе. Положение ребенка с нарушением зрения в семье, его взаимоотношения с близкими людьми могут способствовать выработке как положительных качеств личности и эмоциональной устойчивости, так и качеств, нарушающих эмоциональную стабильность. Если ребенок часто слышит от родителей высказывания о том, какие трудности его ожидают в жизни, то такое отношение вызывает чувство жалости к себе. Неправильное отношение к ребенку с нарушением зрения в семье может выражаться или в чрезмерной опеке, или, наоборот, в недостаточном внимании и заботе о нем. Часто родители из чувства жалости и сострадания окружают ребенка чрезмерным вниманием и оказывают ему помощь там, где он и без них может быть самостоятельным (кормят, одевают, умывают, не приучают убирать за собой игрушки, книжки, стелить постель).

В другом случае родители и окружающие ребенка люди открыто выражают свое недовольство им, подчеркивая его неполноценность, раздражаются из-за его ошибок и неловкости, не уделяют ему достаточного внимания, что может вызвать ответное безразличие к окружающим, раздражение и способствовать развитию замкнутости и отчужденности.

Помимо указанных трудностей, родители детей с нарушениями зрения встречаются с трудностями и объективного характера: дети, привыкшие к постоянной помощи со стороны взрослых, отказываются от любой деятельности, которая требует от них прилежания, усилий, самостоятельности, не проявляют интереса к занятиям. Изложенное выше ставит родителей перед необходимостью поиска путей педагогической помощи детям с нарушениями зрения.

Основной целью данной статьи является рассмотрение некоторых направлений педагогической поддержки родителей в воспитании, обучении и коррекции нарушений у детей со зрительной депривацией. В современной практике изменились способы взаимодействия с семьей. Практически не используется такая форма работы, как посещение ребенка в семье. Изучение условий, в которых проживает ребенок, ведется со слов родителей или самого ребенка. Это снижает объективность оценок, рекомендаций, которые может дать педагог. Поэтому часто приходится сталкиваться с тем, что даже самая благополучная семья не выполняет офтальмо-гигиенических требований, связанных с режимом дня ребенка, организацией режима занятий и отдыха, а также специальных игр и упражнений, имеющих лечебно-восстановительный характер.

С целью просвещения родителей сегодня проводятся «Школы для родителей», «Педагогические мастерские», «Психолого-медико-педагогические консилиумы», где родители детей с нарушениями зрения знакомятся с особенностями зрительной патологии, развития ребенка с сопутствующими отклонениями вследствие зрительной недостаточности.

В рамках указанных форм работы с семьей важны консультации разных специалистов. Врач-офтальмолог, встречаясь с родителями, выясняет причины нарушений зрения, изучает с помощью родителей анамнез ребенка, разъясняет особенности заболевания, специфику его лечения. Например, рекомендует при косоглазии и амблиопии лечение на аппаратах, засветы,

окклюзию. Кроме того, врач-офтальмолог рекомендует индивидуальные консультации у сестры-ортоптистки, которая непосредственно занимается лечением ребенка. Сестра-ортоптистка показывает родителям, как производить окклюзию ребенку дома, рассказывает об особенностях этого метода, его значимости для повышения остроты зрения амблиопичного глаза.

Родители хорошо должны знать правила ношения детьми очков, правила их хранения. За точность подбора очков для детей отвечает врач-офтальмолог, определяющий основные зрительные функции: рефракцию, поле зрения, цветоощущение, остроту зрения, бинокулярное зрение.

У детей с постоянным ношением очков должна быть выработана привычка носить очки не снимая. После сна ребенок принимает гигиенические процедуры и сразу надевает очки. Родители должны знать, как правильно носить очки. Постоянно контролировать, чтобы дети не подглядывали из-под очков; следить, чтобы хорошо держали заушники. При ослаблении их необходимо укрепить. Очки должны быть надеты прямо на лицо. Не допускается перекашивания правой или левой линз, расстояние от линз до глаза должно составлять 10—15 мм.

Родители должны проследить, чтобы ребенок не испытывал каких-либо неудобств от ношения очков (излишнего нажима на переносицу, за ушами, сдавливания головы резинкой, которой можно крепить очки, чтобы они не спадали).

Также важно выработать у ребенка привычку ухаживать за очками. Детям младшего возраста (2—4 года) взрослые помогают промыть очки водой, если они загрязнились, протереть их мягкой салфеткой, но не допускается дышать на очки, а затем протирать их. Для вытирания должны использоваться специальные платочки, салфетки, которые хранятся вместе с очками в футляре. Промывают очки по мере необходимости. Родители должны знать, что через загрязненные очки функция линз может быть снижена на 20—40 %, что приводит к излишнему напряжению глаза, дискомфорта ощущений ребенка и снижению коррекции зрения с помощью очков. Хранить очки лучше в очешниках или фланелевых кармашках в специально отведенном месте, чтобы ребенок мог в любое время их найти и надеть самостоятельно.

Родителям следует помнить о единстве требований к ношению очков в детском саду и дома. Прочная и устойчивая при-

вычка к правильному ношению очков является одним из условий достижения успешных результатов лечебно-восстановительной работы в детском саду и дома. Часто родители задают вопрос, когда дети могут находиться без очков? Ответ категоричен: только во время умывания и сна. Остальные режимные моменты предусматривают ношение очков. Иногда родители допускают, чтобы дети в субботу и воскресенье находились без очков. Это неправильно.

Единство требований дошкольного учреждения и семьи позволяет воспитать у детей с нарушениями зрения устойчивые навыки и привычки по уходу за очками, правильное отношение к ношению очков. Как показывает опыт, совместная работа с семьей помогает в более короткие сроки исправить у детей косоглазие и амблиопию.

У детей старшего дошкольного возраста (5—7 лет) следует закреплять привычку содержания очков в чистоте, учить промывать их под струей воды, чисто и насухо протирать. Необходимо закреплять правила ношения очков: не брать руками за линзы, снимать и надевать очки, держась за заушники, протирать по мере загрязнения, не подносить к глазам грязные руки.

Информация о зрительной патологии, причинах ее возникновения, характеристиках клинических форм может быть размещена в специальных уголках для родителей, на страницах сайта детского сада («Как правильно носить очки», «Что следует знать о косоглазии и амблиопии»). Родителям могут быть предложены тематические консультации: «Как организовать уголок ребенка дома», «Специфика подбора игрушек для детей с нарушениями зрения», «Проведение гимнастики для глаз». Востребованным является обсуждение актуальных вопросов педагогической поддержки семей в режиме онлайн-конференций, форумов, видеочатов. Предметом такого обсуждения могут быть темы: «Сколько времени ребенок с нарушениями зрения может находиться у телевизора», «Ребенок с нарушением зрения и компьютер».

Обмен мнениями родителей с участием специалистов важен по темам: «Роль семьи в лечебно-восстановительной работе», «Коррекционно-развивающие игры и упражнения», «Соблюдение офтальмо-гигиенического режима», «Развитие зрительного восприятия у детей с косоглазием и амблиопией средствами Интернет-технологий».

Часто в семьях, где воспитываются дети с нарушениями зрения, искусственно создается для них щадящий (охранительный) режим. Родители, зная, что их дети плохо видят, опасаются, что в очках они могут упасть, нанести себе травму. Основание для того, чтобы так считать, некоторые родители видят в том, что дети, носящие очки, и особенно в период окклюзионного лечения, боятся бегать, прыгать, проявляют неуверенность, скованность. Чтобы убедить родителей в обратном, следует показать им разные формы работы с детьми, научить их видеть и понимать особенности развития ребенка, подсказать, какие условия необходимо создать в семье (место для игр, занятий, освещенность).

Проведение педагогических тренингов с родителями направлено на обучение их основам лечебно-восстановительной работы с детьми (соблюдение гигиенических норм и правил, приемы снятия зрительного утомления, регулирование непрерывной зрительной работы, в том числе и в процессе занятий на компьютере), контроля за осанкой, особенно позой во время сидения за компьютером, организации занятий продуктивными видами деятельности. Проведение таких мероприятий способствует установлению единства требований в дошкольном образовательном учреждении и семье, позволяет родителям оценить возможности своих детей, а также специфику работы педагога и других специалистов. Знание основ лечебно-восстановительной работы дает возможность родителям продолжать ее дома. Предварительно для родителей следует составить анкету для выяснения условий проживания и соблюдения офтальмогигиенического режима. Примерные вопросы для анкеты:

- ◀ условия проживания ребенка (отдельная комната, угол);
- ◀ соблюдение офтальмо-гигиенических правил (стол у окна, свет падает слева на рабочую поверхность, дополнительное освещение, мебель соответствует росту ребенка);
 - ◀ где и как хранятся игрушки;
 - ◀ какие игрушки есть у ребенка;
 - ◀ чем любит заниматься ребенок, какие позы предпочитает;
 - ◀ знает и выполняет офтальмо-гигиенические правила (сам, при напоминании взрослых, неохотно, с капризами).

На основе анализа условий проживания детей в семье педагоги могут сделать вывод не только о выполнении офтальмо-

гигиенических требований, но и об организации режима дня ребенка. Особенно это важно в отношении выходных и праздничных дней. Режим дня ребенка и в это время должен быть приближенным к привычному так, чтобы основные режимные моменты (время приема пищи, сна, бодрствования) совпадали с основным режимом в течение недели.

Таблица 1

Режим дня ребенка на выходные дни

Режимные моменты	Время
Подъем, утренний туалет	7-00—8-00
Утренняя гимнастика	8-00—8-10
Завтрак	8-10—8-40
Игры	8-40—9-30
Занятие по заданию воспитателя, врача-офтальмолога	9-30—10-00
Прогулка, посещение культурных мероприятий	10-00—12-30
Обед	12-30—13-00
Дневной сон	13-00—15-00
Подъем, водные процедуры, полдник	15-00—15-30
Игры, помощь родителям	15-30—16-00
Прогулка	16-00—18-00
Ужин	18-00—18-30
Игры, просмотр детских телепередач	18-30—21-00
Гигиенические процедуры, подготовка ко сну	21-00—21-10
Сон	21-10—7-00

Кроме того, родителям необходимо рекомендовать проведение коррекционных упражнений, заданий, домашних игр. Например, в ходе непрерывной зрительной работы (рисование, конструирование, занятия на компьютере) через каждые 7—10 минут целесообразно проводить гимнастику для глаз. Но вначале следует рассказать родителям или познакомить их с материалами, которые есть на сайте дошкольного учреждения, о важности гимнастики для глаз, ее коррекционной направленности, указать на тесную ее взаимосвязь с лечебно-восстановительной работой. Затем предложить несколько упражнений. Если у тифлопедагога есть возможность взаимодействовать с родителями через Skype, целесообразно упражнения для глаз показать. Практическое взаимодействие позволит родителям овладеть такими упражнениями и качественно выполнять их совместно с детьми.

*Рекомендации
к проведению гимнастики для глаз*

Продолжительность гимнастики — одна минута, по содержанию она должна быть проста и доступна детям для самостоятельного выполнения.

Одновременно для гимнастики могут быть использованы от 3 до 6 упражнений. Первыми планируются упражнения, подготавливающие учащихся к прослеживанию взором, сосредоточению, снятию мышечного напряжения глаз. Приводим наиболее эффективные упражнения:

1. И. п.: сесть прямо, руки внизу. На счет 1—4 закрыть глаза, на счет 1—4 открыть глаза, посмотреть вдаль. Повторить 5—6 раз.

2. И. п.: сесть прямо, руки внизу. На счет 1—4 откинуть голову назад, затем коснуться подбородком груди. Выполнять с закрытыми глазами. Повторить 5—6 раз.

3. И. п.: сесть прямо, руки внизу. На счет 1—4 поднять голову вверх, посмотреть на потолок, голову опустить. Повторить 5—6 раз.

4. И. п.: сесть прямо, локти поставить на стол, ладони положить одна на другую под подбородком, головой опереться на руки. На счет 1—2 отвести глаза вправо, не поворачивая головы, вернуться в исходное положение; на 3—4 — проделать то же влево. Повторить 3—4 раза в каждую сторону.

5. И. п.: сесть прямо, локти поставить на стол, ладонями обхватить шею. На счет 1—2 поднять глаза вверх, не поднимая головы; на 3—4 — опустить вниз. Повторить 5—6 раз.

6. И. п.: сесть прямо, руки на столе. На счет 1—2 отвести глаза вправо, не поворачивая головы; на 3—4 — отвести глаза влево. Повторить 5—6 раз.

7. И. п.: сесть прямо, руки на столе. На счет 1—6 делать медленно круговые движения глазами верх — вправо — вниз — влево; то же в обратную сторону. Посмотреть вдаль. Повторить 4—5 раз.

8. И. п.: сесть прямо, руки на столе. Поднять правую руку, посмотреть на указательный палец, отведенный от глаз на расстояние 25—30 см, на счет 1—4 приблизить палец к кончику носа, затем опять перевести взгляд вдаль. Повторить 5—6 раз. То же выполнить левой рукой.

9. И. п.: сесть прямо, руки на столе. На счет 1—4 посмотреть на кончик носа, на счет 1—4 перевести взгляд вдаль. Повторить 5—6 раз.

10. И. п.: сесть прямо, руки на столе. На счет 1—2 быстро закрыть глаза, быстро открыть. Повторить 5—6 раз.

11. И. п.: сесть прямо, руки «полочкой», глаза закрыты. На счет 1—4 отвести глаза вправо, не поворачивая головы; на 3—4 — отвести глаза влево. Повторить 5—6 раз.

12. И. п.: сесть прямо, руки «полочкой», глаза закрыты. На счет 1—4 поднять глаза вверх, не поворачивая головы; на 3—4 — глаза вниз. Повторить 5—6 раз.

13. И. п.: сесть прямо, руки свободно. На счет 1—5 глаза закрыть, открыть. Повторить 3—4 раза.

14. И. п.: сесть прямо, руки свободно. На счет 1—4 отвести указательный палец правой руки вправо, прослеживая движение взором, то же в левую сторону. Повторить 3—4 раза.

Определенное место в семье должно быть отведено развитию и совершенствованию движений. От родителей требуется, чтобы в выходные дни, во время отпуска с детьми проводилась утренняя гимнастика с закаливающими водными процедурами. Комплекс утренней гимнастики следует согласовать с воспитателями или тифлопедагогом. При занятиях утренней гимнастикой следует учитывать, что упражнения, предназначенные для взрослых, трудны и утомительны для детей. Непригодны упражнения в упоре (у стула, стола), резкие наклоны туловища вниз, назад, в стороны, так как они могут отрицательно воздействовать на зрительную функцию.

Гимнастика для детей с нарушениями зрения должна быть проста, доступна и интересна. В комплекс необходимо включать упражнения для глаз (поднять глаза вверх, опустить вниз без поворота головы, посмотреть вправо, влево, сделать круговые движения головой).

Последовательность проведения гимнастики может быть такой: энергичная ходьба по ограниченному пространству (ковровой дорожке), чтобы движения не вызвали боязни у детей, затем ходьба сменяется непродолжительным бегом в течение 30—40 сек., потом бег переходит в ходьбу (20—30 сек.), далее проводится 5—6 общеразвивающих упражнений, включающих в работу все группы мышц (рук, туловища, ног). Занятия заканчиваются спокойной ходьбой или игрой небольшой интенсивности. Общая продолжительность гимнастики — 5—7 мин.

Многие упражнения (ходьба, бег) в домашних условиях могут выполняться босиком, что способствует закаливанию ребенка,

ведет к укреплению мышц, предупреждает развитие плоскостопия. Для профилактики плоскостопия можно рекомендовать различные задания для ног: ходьба по палке, ходьба на носках, катание палки ногами, собирание пальцами ног мелких предметов (карандашей, мелких кубиков, шариков) в коробку, ходьба по веревке, поднятие мяча ступнями ног из положения сидя.

Чтобы дети с нарушениями зрения любили заниматься гимнастикой, подвижными играми, у них должен быть выработан определенный двигательный опыт: свободно и уверенно ходить, бегать, прыгать, лазать, бросать и ловить мяч. Нередко в результате чрезмерной опеки со стороны родителей ребенок начинает чувствовать себя неполноценным, боится сделать лишние движения, вследствие чего возникает их дефицит. Чтобы избежать этого, необходимо привлекать детей к выполнению различных упражнений, учитывая сложности зрительно-двигательной ориентации.

Упражнения будут более интересны, если в них вносить игровые приемы: «перешагнуть через ручей, пройти по мосту», «поймаешь мяч — будет твой», «лови, бросай — упасть не давай». Оптимизация двигательной активности ребенка с нарушениями зрения возможна через подвижную игру. Игра со взрослыми (двоем, троим) бывает более продолжительной и эффективной, чем в одиночку. Для этого следует выбирать игры, которые не требуют большого количества играющих: «Хитрая лиса», «Кто быстрее», «Где звенит», «По узенькой дорожке». Чтобы игры были интересными, необходимо научить детей различным считалкам, выучить стихи, песни для игр.

Игры для детей должны быть просты, доступны их двигательным возможностям, вызывать у них интерес и, конечно же, способствовать укреплению зрительных функций. В этих целях могут быть рекомендованы игры:

«Кегли» — на расстоянии 2—3 м от детей расставляются кегли одного цвета (оранжевого, синего). Дети катают шарики, стараясь сбить кегли. Желательно использовать шарики красного цвета. Взрослый должен добиваться, чтобы дети прослеживали движение шарика к кеглям от начала до конца, учить сосредоточивать взор на одной или двух кеглях, выделять их из общего количества.

«Успей поймать» — двое бросают мяч друг другу. Третий старается поймать летящий мяч. В игре следует научить ребенка прослеживать движения мяча взором и ловить его.

«*Поймай кольцо на палку*» — взрослый и ребенок по очереди набрасывают кольца на палку. Предметы для бросания и ловли должны находиться на уровне глаз ребенка, что способствует лучшему прослеживанию взором действий руки и движущихся предметов. Расстояние для бросания определяется взрослым в зависимости от уровня подготовленности ребенка и состояния его здоровья.

Родители должны помнить, что слабовидящим детям не рекомендуются игры, связанные с согнутым положением тела, наклонами головы, резкими поворотами, прыжками. Игры со встречным бегом, бросанием мяча с большого расстояния вызывают у них боязнь натолкнуться на что-то, разбить очки. Поэтому совместные игры детей с нарушениями зрения во дворе со сверстниками требуют особого внимания со стороны взрослых, которым необходимо учитывать, насколько такие дети подготовлены к участию в играх сверстников, что позволит исключить трудности их вхождения в коллектив играющих. В совместной игре с ребенком взрослому следует предъявлять серьезные требования к соблюдению правил, качеству выполнения движений и осуществлять контроль движений его глаз, положения головы и туловища.

Большое внимание следует уделять самостоятельным играм детей и их двигательной деятельности, которая у детей с нарушениями зрения оказывается, как правило, снижена. Для того чтобы активизировать ее, взрослый должен подбирать соответствующие игрушки, физкультурные пособия и оборудование. При этом необходимо следить за нагрузкой детей, не допускать, чтобы они занимались непрерывно слишком долго, чаще организовывать их отдых.

В домашнем досуге дошкольника значительное место занимают игры-занятия за столом. Они должны быть непродолжительными (8—10 минут) и заканчиваться активным отдыхом: гимнастика для глаз, упражнения для снятия мышечного напряжения. Мышечную нагрузку хорошо снимают упражнения: стойка на одной ноге с сохранением равновесия, стойка у стены, ходьба по комнате с мешочком на голове.

Из бесед с родителями выясняется, что дети дома любят рисовать, лепить из пластилина, часто проводят за этими занятиями по 45 минут. Важно подсказать родителям, что во время занятий рисованием следует предложить детям сделать обводку различных предметов по контуру. Хорошим дидактическим ма-

териалом могут быть рисунки в книжках-раскрасках, которые дети сначала обводят, а потом закрашивают.

Рисовать детям с нарушениями зрения лучше карандашами с капиллярным пишущим стержнем, фломастерами, чтобы при рисовании, обводке, штриховке ребенок хорошо видел нанесенные линии. Бумага должна быть белая, матовая, без глянца.

Посадка ребенка на стуле, за столом должно обязательно контролироваться взрослым. Ребенок должен полностью занимать сиденье стула, прижимаясь к его спинке. Детям 6—7 лет можно объяснить, что в таком положении уменьшается нагрузка на позвоночник, мышцы спины находятся в удобном положении. Взрослые должны контролировать, чтобы ребенок не прижимался грудью к краю стола, не наклонял голову низко над столом и на бок. Расстояние до стола должно быть не менее 30 см.

Если ребенок осваивает компьютер или выполняет игровые задания, родителям необходимо познакомить детей с правилами занятий на компьютере.

*Рекомендации для родителей
по выполнению офтальмогигиенического режима
при работе ребенка на компьютере*

Организация рабочего места

1. Стол, на котором стоит компьютер, необходимо поставить в хорошо освещенное место, чтобы на экране не было бликов.
2. Стул должен быть обязательно со спинкой.
3. Сидеть ребенок должен на расстоянии 50—70 см от компьютера.
4. Взор ребенка должен упираться перпендикулярно в центр монитора (экрана).
5. Сидеть за компьютером ребенок должен прямо или слегка наклоняясь вперед.
6. Посадка на стуле должна быть устойчивой, ребенок должен сидеть, опираясь на 2/3 длины бедра.
7. Между столом и корпусом тела свободное пространство составляет не менее 5 см.
8. Руки расположены свободно на столе.
9. Ноги согнуты в коленном суставе под прямым углом, расположены под столом на специальной подставке.
10. Мебель должна соответствовать росту ребенка.

Выполнение гигиенических правил

1. В комнате, где занимается ребенок на компьютере, необходима ежедневная влажная уборка. Пол в комнате не закрывают паласом или ковром.

2. Монитор (экран) протирают слегка увлажненной чистой салфеткой до и после работы на компьютере.

3. Комната, где проводятся компьютерные занятия, должна регулярно проветриваться.

4. Длительность работы на компьютере для ребенка строго дозируется (непрерывная работа не более 7—10 минут).

5. Температура воздуха в помещении не должна превышать 23—25 градусов.

6. Относительная влажность воздуха должна соответствовать норме (80—90 %).

7. Увеличение числа положительных (тяжелых) ионов неблагоприятно влияет на работоспособность ребенка. Если у детей появляется першение, покашливание, то необходимо изменить дозировку занятий на компьютере.

8. Настольная лампа должна быть расположена слева от монитора и освещать поверхность экрана. Свет не должен попадать в глаза ребенка.

9. Не следует торопить ребенка в процессе рассматривания рисунков, цифр, букв. Перевод взора с одного объекта на другой требует перестройки аккомодации глаза.

10. Длительная статическая поза во время работы на компьютере может вызвать мышечное или зрительное утомление. Поэтому детям можно предложить выполнение гимнастики для глаз, пальчиковой гимнастики в положении стоя.

11. Программное обеспечение, используемое для занятий, должно быть качественным, соответствующим возрасту ребенка.

12. Для детей с нарушением зрения рекомендуются игры, упражнения на компьютере не более 2—3 раз в неделю (по согласованию с врачом-офтальмологом).

13. Некоторым детям с нарушениями зрения противопоказаны занятия на компьютере (обязателен допуск врача-офтальмолога).

Просмотр телевизионных передач является, как правило, обязательным компонентом в режиме дня дошкольника. Об условиях просмотра телепередач ребенком родителям следует посоветоваться с врачом-офтальмологом, выяснив при этом до-

пустимую продолжительность и возможное количество телепередач в течение недели. Детям разрешается смотреть только детские передачи. Длительный просмотр передач вызывает у них ухудшение состояния зрения, повышает возбудимость нервной системы.

Правила организации просмотра телепередач детьми с нарушениями зрения

1. Расстояние от ребенка до экрана телевизора должно быть не менее 5 м (при коррекции зрения очками соответственно возрасту); для слабовидящих детей это расстояние может быть сокращено до 1,5—2,0 м, то есть до того расстояния, с которого ребенок четко видит изображение на экране.

2. Телевизор должен быть установлен на уровне 1—1,2 м над полом.

3. При просмотре телепередач должно быть благоприятное освещение. Комната должна быть освещена верхним светом. Не допускается просмотр телевизионных передач в затемненном помещении.

4. Телевизор следует настроить до начала передачи, так как неясные, неконтрастные изображения, мелькание вызывают напряжение и утомление глаз у детей.

5. Перед просмотром телевизионных передач у детей не должно быть умственной и зрительной перегрузки.

6. При просмотре передачи поза при сидении должна быть правильной.

Детям с нарушениями зрения для снятия напряжения, повышения сопротивляемости организма рекомендуются различные виды закаливания. Положительный эффект для здоровья детей имеет закаливание воздухом как доступное и наиболее щадящее средство повседневного оздоровления детей. Родители должны помнить, что во время прогулок ребенок должен дышать носом. Полезны воздушные ванны и в помещении. Для укрепления здоровья и закаливания детей огромное значение имеет прохладный и холодный воздух. Систематическое применение воздушных ванн является действенной профилактикой простудных заболеваний.

Принимать закаливающие процедуры воздухом можно лежа, полулежа, в движении. Температура для первой воздушной ван-

ны должна быть не ниже 18—20°С. Детям с нарушениями зрения рекомендуется проводить ежедневно 2—3 воздушные ванны одинаковой продолжительности (утром и вечером).

Положительный эффект имеют воздушные ванны в сочетании с физическими упражнениями и специальными процедурами. Особенно это полезно в сочетании с упражнениями утренней гимнастики. Такие упражнения способствуют активизации деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, дают наилучший оздоровительный эффект.

В соответствии с правилами начинать воздушные ванны нельзя раньше чем через час после завтрака или через 2 часа после обеда.

Следует, однако, помнить и о том, что существуют противопоказания к закаливанию воздухом:

- ◀ острые инфекционные заболевания;
- ◀ острые респираторные заболевания;
- ◀ повышение температуры невыясненной этиологии;
- ◀ отказ ребенка;
- ◀ отводы врача-офтальмолога.

Успешно сочетается с воздушным закаливанием растирание кожи сухой рукавичкой. Этот метод помогает снять психологическое напряжение, создает положительный эмоциональный настрой у детей.

Растирание ребенок может проводить самостоятельно или с небольшой помощью взрослого. Процедуру проводят в следующей последовательности: сначала растирают верхние конечности, затем грудь, живот и спину. Противопоказаниями к проведению растирания кожи являются заболевания кожных покровов.

Хождение босиком начинают в теплое время года в помещении при температуре пола не ниже +18° С. Сначала ходят в носках по 5—10 минут в течение 4—5 дней. Затем в первые 5—7 дней полностью босиком по 3—4 минуты, позднее босиком по ковру, босиком по полу. В гигиенических и закалывающих целях после хождения босиком проводят мытье ног.

В домашних условиях эффективным средством закаливания являются водные процедуры. Закаливание водой включает в себя использование воды прежде всего в гигиенических целях, а также в виде специальных водных закалывающих процедур (обтирание, обливание, душ, купание и др.). Их эффективность обес-

печивают разнообразие способов применения и точность дозировки (температуры, продолжительности, силы давления).

Основной метод, объединяющий воздушные и водные процедуры, — это повседневное систематическое приучение ребенка к более низким температурным показателям воздуха и воды, что, безусловно, доступно всем родителям.

Главные правила при закаливании водой


1. Закаливание водой назначает врач.
2. Температура воды должна соответствовать назначениям врача.
3. Продолжительность процедуры зависит от состояния ребенка.
4. Закаливание водой начинают с местных процедур (умывание, обливание рук, ног) с постепенным переходом к общим процедурам, таким как обливание, душ, купание.
5. Лучшее время для приема водных процедур — утро.
6. Закаливание водой можно проводить сразу после сна или после утренней зарядки.
7. Лучшее время года для начала закаливания водой — лето.

Таким образом, успешность педагогической поддержки детей с нарушениями зрения в семье в большой мере зависит от форм, методов, приемов индивидуального подхода к детям, комплексного воздействия на ребенка через систему адаптивных средств (лечебные мероприятия, физические упражнения, массаж, различные виды гимнастик, закаливающие процедуры, занятия, пропедевтические упражнения). При этом следует иметь в виду, что благодаря зрительной стимуляции, офтальмогигиеническому контролю развивается не только зрение ребенка, но и его внимание, память, предметный и социальный опыт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сековец, Л. С. Коррекционная направленность физического воспитания дошкольников с нарушениями зрения : монография / Л. С. Сековец. — Н. Новгород : Вектор-ТиС, 2008. — 440 с.
2. Специальная семейная педагогика : учеб. пособие для студентов вузов / под ред В. И. Селиверстова, О. А. Денисовой, Л. М. Кобриной. — М. : Гуман. изд. центр «ВЛАДОС», 2009. — 358 с.

2.4. Воспитание детей с нарушениями речи в семье

 Кобзарь Л. В., старший преподаватель кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО

Речь — одна из сложных психических функций и наиболее совершенная форма общения, присущая только человеку.

Ребенок не рождается с умением говорить, он научается этому искусству, но процесс этот достаточно продолжительный. Пройдет не один год и не два, прежде чем ребенок научится грамотно, содержательно высказывать свои мысли, овладеет навыками речевого общения.

Для полноценного речевого развития необходимо наличие следующих условий:

- ◀ востребованность речи — ребенок должен не только захотеть, но и иметь возможность озвучить свое желание;
- ◀ полноценная речевая среда — доступная малышу речь взрослых;
- ◀ нормальное созревание и функционирование центральной нервной системы и речевых центров;
- ◀ нормальное состояние органов голосо- и речеобразования (полость рта, гортань с голосовыми связками, дыхательный аппарат и др.);
- ◀ нормальный физический слух, который необходим не только для восприятия и подражания речи окружающих, но и для контроля собственной речи.

Развитие речи осуществляется в двух направлениях:

- ◀ развитие понимания речи,
- ◀ развитие способности речевоспроизведения.

Специалисты выделяют следующие этапы развития *понимания речи*:

- *новорожденный* реагирует на звуки вздрагиванием, частым миганием, учащением дыхания и пульса;
- на *второй неделе жизни* на звуковые сигналы ребенок замолкает и сдерживает свои движения, а к концу четвертой недели ребенок успокаивается при звуках колыбельной песни;
- на *третьем месяце* появляется ориентировочная реакция на источник звука — ребенок поворачивает голову на звуки речи, узнает знакомые голоса;
- в *четыре месяца* ребенок различает интонацию;

— с *шести месяцев* появляется «псевдопонимание речи» — проявление выраженной ориентировочной реакции на яркий, привлекательный предмет (например, лампу). Вырабатывается эта реакция путем многократного поднесения ребенка к объекту и повторения вопроса «Где (лампа)?». С этого времени необходимо стараться как можно больше разговаривать с малышом: называть предметы, их признаки, действия. Об одном и том же предмете нужно рассказывать как можно больше (например: «Какой красивый мячик! Мячик покатаем! Мячик поймаем! Где мячик? Большой мячик! Синий мячик!»);

— в *семь — десять месяцев* ребенок понимает слова, обозначающие не только предметы, но и действия, отдельные инструкции и подчиняется некоторым словесным командам («поцелуй маму», «дай ручку», «где папа» и др.);

— в *год* узнает изображения предметов на картинках;

— в *два с половиной года* ребенок понимает и может выполнить несложное поручение («пойди на кухню и принеси чашку»);

— *около трех лет* понимает речь, не связанную в данный момент с тем, что он видит, поэтому с ним уже можно говорить о том, что было или будет; также в этом возрасте ребенок понимает прочитанные короткие рассказы и сказки (со зрительной опорой и без нее) [4].

Полноценно ребенок способен воспринимать речь только после года, когда начинает говорить самостоятельно.

Умение *воспроизводить звуки речи* также формируется постепенно:

◀ первый раз ребенок подает голос в *момент рождения*;

◀ в *течение первого месяца* издаваемые ребенком звуки являются выражением состояния дискомфорта;

◀ на *втором месяце* ребенок начинает «гукать» — говорить *гы, кгы*, напевные звуки *а-а-а* (реакция на речь взрослого);

◀ на *третьем месяце* звуко сочетания — *а-гу, а-гы, бум-бу* и др.;

◀ на *четвертом месяце* ребенок начинает «гулить» — произносить *мам, ам, тль, пль*, напоминающие фырканье, бульканье;

◀ на *пятом — шестом месяце* появляются звуки лепета — различные слоги *ма, ба, на, па, да*;

◀ с *шести — семи месяцев* лепет приобретает коммуника-

тивный характер — ребенок при общении со взрослым использует лепетные слова, состоящие из двух-трех открытых слогов: *ма-ма-ма, да-да-да, ба-ба-ба, би-би, пи-пи* и т. п.

Но гуканье, гуление, лепет — это еще не говорение, а только зарядка речевого аппарата и формирование механизма слоогообразования, так как происходит соединение отдельных звуковых артикуляций в линейную последовательность — звуковые сочетания.

Около года ребенок способен выражать свое желание с помощью слов, состоящих из одинаковых парных слогов, которые он научился говорить (*мама, папа, баба* и др. — их набирается до 10 — 12). И. А. Смирнова убеждена, что первые слова — не что иное, как слово «дай» [4, с. 71—72]. В это время необходимо развивать как активный (слова, которые ребенок говорит), так и пассивный (слова, которые ребенок еще не произносит, но соотносит с предметом, показывает при назывании) словарь ребенка.

Многие новые слова могут произноситься им искаженно: «молоко» — *мако*, «все» — *се*, «пойдем» — *дем*. Родителей не должно это беспокоить — такова закономерность развития речи ребенка на втором году жизни: сосуществование правильно и неправильно произносимых слов. Данная закономерность объясняется тем, что многие звуки ребенок либо еще не научился говорить, либо заменяет близкими по звучанию (восприятие речи не совершенно) или артикуляции (артикуляторные позы вырабатываются не сразу).

Дальнейшее развитие детской речи идет по пути развития способности соединять слова в словосочетания (с *одного года семи месяцев*) и предложения (с *двух лет*). В начале слова во фразе редко бывают согласованы. По мере овладения ребенком правилами словоизменения (*киса — кису — кисе*) и словообразования (*нос — носик*) ошибок становится меньше. Но если неправильное согласование слов к трем годам самостоятельно не корректируется, это может явиться причиной отставания развития речи.

Родители часто не придают значения неумению ребенка составлять и согласовывать слова в словосочетаниях и предложениях, ориентируясь только на исправление неправильного звукопроизношения. Но если у ребенка нет фразовой речи, звуки ставить и исправлять нецелесообразно.

В *полтора года* в самостоятельной речи ребенка около 20—40 слов, в *два года* — от 50 до 100, в *три* — 250. Но не все дети активно используют такое количество слов. У одних это может быть обусловлено индивидуальным темпом развития, у других — условиями неадекватной речевой среды либо неврологическими или психическими отклонениями.

В настоящее время доказана прямая зависимость качества речи от условий семейной речевой среды и характера общения с родителями. Если контакты с родителями постоянны на всех этапах детского развития, а родители своевременно и внимательно обеспечивают создание необходимых условий для становления речи, то, как правило, речь развивается нормально (не берем случаи нарушений, связанных с поражением структур головного мозга, — задержка психического развития, умственная отсталость и др.).

Иначе развивается речь детей, если ее воспитанием родители не занимаются. Неполющенная языковая среда может проявлять себя в искаженном произношении родителями многих слов и уподоблении их детской речи. Дефекты речи взрослых отражаются в детской речи.

Иногда родители проявляют чрезмерную инициативу в исправлении речевых нарушений ребенка, что может приводить к речевому негативизму, заиканию или речевому замыканию. Также встречается чрезмерная активность родителей в накоплении детьми «взрослого словаря», сложных грамматических конструкций, заучивании сложных по структуре и содержанию стихотворений.

К *трем годам* речь для ребенка становится основным средством общения: ребенок начинает самостоятельно рассказывать о произошедших событиях, воспроизводит короткие стихи, потешки, сказки (сначала с помощью взрослого, потом самостоятельно). В своих высказываниях ребенок употребляет почти все части речи, строит предложения из 2—3 слов. Но речь ребенка в этом возрасте еще далеко не совершенна: употребление названий лишь тех предметов, игрушек, с которыми ребенок действует; отсутствие правильных грамматических связей между словами; нечеткое произношение отдельных слов, особенно многосложных и со стечением нескольких согласных.

Несмотря на многие допускаемые нарушения, родители должны беспокоиться и обратиться к специалистам (в том числе и к учителю-логопеду), если к трем годам:

- ◀ ребенок отказывается говорить или с трудом идет на эмоциональный контакт;
- ◀ неохотно повторяет за взрослым слова и предложения;
- ◀ говорит на «своем языке», понятном только ему и близким;
- ◀ активный словарный запас ребенка составляет несколько десятков слов (в норме — 250 слов);
- ◀ не строит предложений;
- ◀ не использует в речи глаголы, прилагательные;
- ◀ постоянно допускает грамматические ошибки (например, «не хочу с тобой» — *не надо ты*);
- ◀ не говорит о себе в 1-м лице;
- ◀ не различает звуки, а потому взаимозаменяет их (например, «шапка» — *сакка*, но «собака» — *шобака*);
- ◀ не слышит слоги в слове (ребенок может исказить слово: «самокат» — *масакат*, «пакет» — *капет*, но оно должно состоять из правильного количества слогов);
- ◀ не произносит или произносит неправильно большинство согласных звуков; в норме проблемными могут быть свистящие (с, с', з, з', ц), шипящие (ш, ж, щ, ч) и сонорные (р, р', л);
- ◀ смягчает большинство согласных звуков;
- ◀ при произношении высовывает между зубами кончик языка.

К *четырем годам* активный словарь ребенка включает порядка 2000 слов, предложения — 5—6 слов. Ребенок начинает сопровождать игру речью. Игра развивает воображение и память ребенка, которые, в свою очередь, способствуют развитию образного мышления (слово заменяет предмет). Речь становится и инструментом познания окружающего мира: ребенок не только воспринимает информацию, но и начинает делать самостоятельные выводы и умозаключения [3, с. 8 — 12].

Пять лет — критический возраст для формирования звукопроизношения. Все звуки ребенок должен произносить, допускаются ошибки в произношении сонорных звуков.

В качестве совета родителям можно предложить универсальный способ артикуляции большинства звуков — широкое распластывание спинки языка с касанием его боковых краев нижних и верхних коренных зубов. Этому произвольному движению языка и надо научить ребенка. Звуками, позволяющими освоить такую позицию спинки языка, являются гласные [и] и [е], а

также сочетание [ие]. Закрепив такие движения языка, можно переходить к формированию шипящих, а затем и свистящих звуков. Быстрые перемещения языка вверх к передним зубам и вниз на фоне непрерывного произнесения одного из звуков [ы], [у], [а] подводят к звуку [л].

В *пять лет* ребенок правильно согласовывает слова в роде и числе (красная кофта, красивые цветы, папа пришел, дети идут), а к шести годам — и в падеже (видеть идущую маму, скучать о любимой маме). В это же время складывается умение составлять распространенные предложения, а к шести годам — придаточные. Формируется нормативное употребление предлогов. Ребенок начинает овладевать монологической речью.

Немаловажное значение в развитии детской речи принадлежит фонематическому восприятию. В младшем дошкольном возрасте фонематический слух является необходимой составляющей понимания речи другого человека и развития собственного звукопроизношения. В старшем дошкольном возрасте его состояние определяет контроль собственной речи и подготовку будущего первоклассника к овладению грамотой. Ребенок должен определять наличие или отсутствие звука в слове, его позицию, придумывать слова на заданный звук, разделять слова на звуки, объединять отдельные звуки в слоги и слова, сравнивать слова, различающиеся одним звуком.

Умение правильно составить рассказ (по картинке, из опыта), пересказать содержание небольшой по объему сказки или рассказа — показатели развития связной речи ребенка, залог успешной учебы и коммуникативного развития.

Порой взрослые недостаточно знакомы с нормальным процессом становления речи детей и не замечают наличие тех или иных отклонений, а если и замечают, то не торопятся идти к специалисту, считая, что все нарушения пройдут или исправятся сами по себе. Такой подход к рассматриваемому вопросу не только неверен, но и вреден для ребенка, так как случаи самостоятельного исправления его речи действительно нередки, но чаще происходит закрепление речевых дефектов, которые в более позднем возрасте компенсируются с большим трудом и не всегда в полном объеме.

Даже если родители замечают, что речевые нарушения исправляются естественным путем, не нужно пускать этот процесс на самотек. Занятия в форме игры помогут ребенку быст-

рее и качественнее справиться с речевыми проблемами. В качестве игровых можно предложить ребенку следующие задания:

1. Назови первый звук в словах: *собака, книга, паста, шапка*.
2. Где ты слышишь звук [л] — в начале, середине, конце слова? *Лампа, колбаса, стол*.
3. Придумай 4—5 слов, начинающихся на заданный звук.
4. Чем различаются слова *ручка — тучка — кучка, койка — мойка — дойка*.
5. Замени одну букву, чтобы получилось новое слово: *уточка (т — д) — ... , грач (г — в) — ... , мачта (а — е) — ... , кошка (к — м) — ...*.
6. Определи на слух, какое слово короче: *уж — ужик, лед — льдинка, май — апрель*.
7. Собери предложение: *зубы, встаем, утром, мы, чистим, и; Антон, гулять, погода, в , любой*.
8. Установи порядок: *Утро — после ночи и перед днем. Вечер — День — Ночь — ...*.
9. Что общего и чем отличаются: *весна и зима, утро и вечер?*
10. Объясни словечко: *вторник, среда, четверг, пятница; белолобый, быstroногий, беспородный; конфетница, мясорубка, самолет*.
11. Сосчитай до пяти: *Одна сосулька, две сосульки ... пять сосулук. Один подснежник, Одно облако, ...*.
12. Исправь предложение: *Пригрел солнце, и сосулька начал таять. Капли лететь вниз и сливаться в лужу. Стекло упало потому, что разбилось*.
13. Продолжи предложение: *Осенью улетают в жаркие страны стаи журавлей, ласточек ... В городе можно ездить на автобусе, ...*.
14. Назови «маму» и «папу»: *котенка, щенка, теленка, жеребенка, поросенка*.
15. Какое слово лишнее?
Лыжи, лыжник, булыжник, лыжница, лыжня. Снежок, подснежник, нежный, снеговик, снегопад.
16. Назови ласково: *белый заяц — беленький зайчик; рыжая лиса — ... , серый волк — ... , вкусная конфета — ... , светлые волосы — ... [2]*.

17. Скажи наоборот: *жаркий день — холодная ночь; умный друг — ... , длинный день — ... , открытый вход —*

18. Расскажи, во что превратится: *стул без спинки — табурет; мороженое без холодильника — ..., дерево без веток —..., всадник без лошади —*

19. Закончи предложение, используя союз *чтобы*. Проговори предложение целиком:

Таня подошла к телефону, чтобы ответить на звонок.

Мама надела нарядное платье, чтобы

Дедушка поставил в огороде пугало, чтобы

Папа купил цветы, чтобы ... [5].

Приведенные упражнения содержат образцы содержательного материала, на основе которого родители могут составить свои задания.

К моменту поступления в школу ребенок должен научиться правильно произносить все звуки родного языка, отчетливо и ясно выговаривать слова, иметь необходимый для свободного общения словарный запас, в основном грамматически правильную речь, его высказывания становятся содержательнее, выразительнее, точнее.

В дошкольном возрасте процесс овладения речью, конечно же, не заканчивается. В школьные годы и на протяжении всей жизни будет продолжаться обогащение словаря человека, грамматическое совершенствование высказываний, развитие умения четко выражать свои мысли [1]. Но задержка речевого развития затрудняет взаимоотношения ребенка с окружающими, отражается на обучении его грамоте, чтению, развитии других психических функций (восприятия, мышления, памяти, воображения). Вот почему необходима пропаганда знаний, консультативная работа с молодыми родителями.

Говоря с родителями о развитии детской речи, целесообразно оперировать не только стимульными указаниями для формирования той или иной речевой функции. Предлагаем пойти от обратного и рассмотреть факторы, которых не должны придерживаться родители в развитии речи своего ребенка.

Прежде всего, в семье должны быть устранены неадекватные условия речевого развития:

- ◀ тенденция взрослых имитировать недостатки детской речи;
- ◀ длительные контакты ребенка с людьми, имеющими речевые нарушения;

- ◀ невнимание к развивающейся речи ребенка;
- ◀ длительное пребывание ребенка среди сверстников без планомерного воздействия на его речь образцов речи взрослых;
- ◀ применение противоречивых требований, недоброжелательных интонаций (ребенок не переносит принуждения и отрицательных эмоций);
- ◀ загромождение памяти ребенка сложными фразами и непосильными для него стихотворными и другими текстами;
- ◀ длительное прослушивание радио- и телепрограмм;
- ◀ исправление речевых ошибок спешно, мимоходом, особенно когда ребенок увлечен каким-то делом, поскольку такие поправки вызывают у него либо раздражение, либо пропадают даром.

Советы родителям по развитию правильной речи ребенка

- ◀ Ребенок овладевает речью по подражанию, поэтому важно, чтобы взрослые следили за своим произношением, говорили не торопясь, четко произнося все звуки и слова.
- ◀ Приучайте ребенка смотреть на говорящего — таким образом легче перенимается правильная артикуляция и усваивается одно из правил общения.
- ◀ Разговаривайте с ребенком как можно больше о том, что вы делаете (обязательно, если делаете это вместе с ребенком), называйте то, на что он смотрит. Это позволит не только увеличить словарный запас, но и стимулировать общее психическое развитие ребенка.
- ◀ Объясняйте ребенку значение новых и непонятных ему слов. При необходимости обращайтесь к словарю, тем самым ребенок будет исподволь приучаться работать со справочной литературой.
- ◀ Поправляйте неправильно произнесенные звук или слово, но делайте это деликатно: не ругайте, не повторяйте неправильно произнесенного слова, не требуйте немедленного правильного произнесения. Обязательно дайте правильный образец. Ребенку требуются многократные повторения для формирования навыка правильного произношения, и естественная речевая среда — лучшее условие для этого.
- ◀ Если ребенок, пересказывая содержание сказки (рассказа), составляя рассказ по картинке, допускает речевые ошибки, не пе-

ребивайте его и укажите на ошибки только после того, как он закончит высказывание.

Старайтесь отвечать на все вопросы ребенка. Если вы не можете дать ответ сразу, обязательно ответьте, когда будете готовы. Этим вы не только дадите ребенку новые знания, но и взаимно полезное общение.

Речь родителей должна быть доступна ребенку по содержанию: не загружайте ребенка непонятными ему словами, сложными грамматическими конструкциями, заучиванием сложных по структуре и содержанию стихотворений.


Необходимо следить за состоянием и развитием зубочелюстной системы (уздечка, прикус), органов слуха, носоглотки. Их заболевания отрицательно влияют на состояние речевой функции.

Подводя итог вышесказанному, отметим, что уже в раннем возрасте ребенка специалисты могут определить, существует ли риск нарушения речи, и предоставить рекомендации по их профилактике. И не надо ждать, когда ребенку исполнится пять лет, чтобы обратиться к логопеду. Отклонения в развитии речи специалист может выявить в любом возрасте, и чем раньше будет начата логопедическая работа, тем больше вероятность ее успешного завершения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белкина, В. Н.* Дошкольник: обучение и развитие. Воспитателям и родителям / В. Н. Белкина, Н. Н. Васильева, Н. В. Елкина. — Ярославль: «Академия развития», «Академия К», 1998. — 256 с., ил. — (Серия «Детский сад: день за днем»).
2. *Крупенчук, О. И.* Научите меня говорить правильно: пособие по логопедии для детей и родителей / О. И. Крупенчук. — СПб.: Издательский Дом «Литера», 2001. — 208 с., ил.
3. *Линаки, В. В.* Занимаемся логопедией дома: диагностика, профилактика и коррекция речевых нарушений речи дошкольников / В. В. Линаки, Т. Б. Анисимова. — Ростов н/Д: Феникс, 2008. — 286 с., ил. — (Школа развития).
4. *Смирнова, И. А.* Наш особенный ребенок: книга для родителей ребенка с ДЦП / И. А. Смирнова. — СПб.: КАРО, 2006. — 176 с., ил.
5. *Ткаченко, Т. А.* Тетрадь для дошкольника: логические упражнения для развития речи / Т. А. Ткаченко. — СПб.: Детство-Пресс, 2008. — 48 с., ил.

2.5. Особенности воспитания детей с задержкой психического развития

 *Е. Б. Аксенова*, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Осуществление коррекционно-развивающей помощи детям с ограниченными возможностями развития не может быть эффективным без учета той роли, которую играет семейное окружение. Необходимо иметь в виду, что важное воздействие на ребенка оказывают не только родители, но и он на родителей, причем характер нарушений у ребенка накладывает особый отпечаток на это взаимовлияние.

Результативность педагогической деятельности по отношению к детям с задержкой психического развития (ЗПР) особенно зависит от специфики семейных отношений.

ЗПР определяется как совокупность нарушений эмоционально-волевого и интеллектуального развития, имеющих временный характер. Такие нарушения включают в себя различные клинические состояния, обусловленные рядом причин. Своевременная коррекционно-педагогическая помощь позволяет в большинстве случаев со временем преодолеть имеющиеся у детей нарушения, но для этого необходима целая система воздействий, затрагивающая не только условия образовательной среды, но и семейного воспитания.

В специальной и клинической психологии выделяют несколько видов ЗПР: конституциональную, соматогенную, психогенную и церебрально-органическую. Причины и механизмы формирования ЗПР часто носят смешанный характер и обусловлены как неблагоприятными биологическими факторами (неглубокие нарушения течения беременности и родов; неблагоприятная наследственность; частые или тяжелые истощающие заболевания; черепно-мозговые травмы в первые годы жизни, ведущие к негрубым повреждениям центральной нервной системы и т.п.), так и социальными (безнадзорность, эмоциональная отверженность, отсутствие условий для полноценной деятельности, ограниченность общения с окружающими людьми и т. п.) обстоятельствами. Поэтому признаки ЗПР могут быть разнообразны, что обуславливает разные подходы к содержанию воспитания.

При задержке психического развития *конституционального происхождения* могут наблюдаться проявления как гармонического, так и дисгармонического инфантилизма. При *гармоническом инфантилизме* причинами нарушения являются наследственные факторы и истощающие заболевания в раннем возрасте. Такие дети общительны, доброжелательны, но по психофизическим показателям отстают от своих сверстников на 2—3 года. Они испытывают трудности при обучении в школе, так как воспринимают учебную ситуацию как игру. У них достаточный словарный запас, нередко с включением словесных штампов взрослого. Они наивны и непосредственны в своих суждениях и поступках. У них не наблюдается существенных нарушений познавательного развития. Они могут точно и быстро ориентироваться в бытовых ситуациях. Для преодоления трудностей им необходимы большее количество времени и более комфортные условия для образования. Педагоги обычно позитивны в оценках перспектив таких детей, однако следует иметь в виду, что они нуждаются в эмоциональной поддержке и наличии чувства защищенности, которые обеспечиваются прежде всего близкими.

Дисгармоническое развитие характеризуется не только отставанием в физическом развитии, но и замедленным личностным созреванием. Дети плохо переносят интеллектуальное напряжение, при утомлении демонстрируют либо плохую сосредоточенность внимания, либо патологическую инертность. Объем кратковременной памяти и длительное удержание информации снижены. Недостаточно развиты способность к анализу пространственных отношений, организации последовательных действий. Для них трудны операции классификации, сравнения, оценки смысла текстов. Характерна эмоциональная неустойчивость, конфликтность. Такие дети требуют особого педагогического внимания и организации специальных коррекционных занятий. В условиях семьи сохранение интереса к познанию и преодоление учебных трудностей возможно за счет специальной поддержки ребенка, в ходе которой родители помогают ему вникнуть в смысл новой информации, соотносят ее с имеющимся у него опытом, формируют его уверенность в себе, создают ситуации позитивного общения со сверстниками.

ЗПР соматогенного происхождения может проявляться по-разному в зависимости от характера соматического заболевания. Для всех таких детей типична повышенная утомляемость

при психических и физических нагрузках, трудности в овладении знаниями и навыками, соответствующими возрасту. Они инфантильны, несамостоятельны, обладают повышенной внушаемостью и установкой на оказание им помощи. У них медленно формируется произвольное внимание, заметны трудности запоминания и воспроизведения информации. Они эмоционально неустойчивы, обидчивы, капризны. Одновременно с лечением основного заболевания они нуждаются в специальной помощи, направленной на развитие познавательных процессов и становление навыков социализации. Родители не должны сосредотачиваться на проблемах здоровья ребенка, но стремиться расширить его кругозор, помочь формированию его интереса к окружающему. Использование в домашних условиях игр и развлечений познавательного характера, привлечение ребенка к областям интересов родителей позволяет добиться положительной динамики в развитии ребенка и сделать его со временем более самостоятельным.

ЗПР психогенного происхождения встречается в виде невропатоподобных и психопатоподобных синдромов. *ЗПР с невропатоподобным синдромом* проявляется в капризности, чрезмерной подвижности и впечатлительности. В конфликтных ситуациях легко возникают невротические реакции. При интеллектуальном напряжении появляется быстрая истощаемость произвольного внимания, суетливость, что затрудняет полноценное познание и общение. Неудачи вызывают невротические реакции, страхи. Дети демонстрируют признаки раздражительной слабости, повышенной истощаемости, эмоциональной неустойчивости, которые часто сочетаются с легким недоразвитием психических функций. Как правило, такие дети требуют разработки специальных индивидуальных программ сопровождения, которые обеспечивают благоприятную динамику их развития. В условиях семьи они особенно нуждаются в создании продуманного режима жизни, предотвращающего переутомление: в дозированном просмотре телепередач и использовании компьютера, специальных мерах, направленных на общее оздоровление нервной системы (прогулки на свежем воздухе, участие в походах, экскурсиях в лес, парк, организация наблюдений за животными и т. п.).

При *ЗПР с психопатоподобным синдромом* при негрубых поражениях головного мозга трудности в познании сочетаются с

различными искажениями формирования личности (гиперактивность, гипоактивность, аутический синдром и т. п.). Такие дети требуют оказания специальной психотерапевтической помощи. Специалисты широко применяют по отношению к этой категории детей методы арттерапии и природотерапии. Родителям рекомендуется стремиться к выявлению и развитию интересов, присущих ребенку. Участие в работе кружков и спортивных секций позволяет развивать способность к произвольному управлению поведением, рациональному планированию времени и умение преодолевать трудности.

ЗПР церебрально-органического происхождения проявляется в трудностях, связанных с обучением. Дети быстро утомляются, становясь либо вялыми, рассеянными, либо капризными, раздражительными. Их работоспособность колеблется в течение дня, характерна истощаемость и неспособность к длительному психическому напряжению. Выявляются тонкие нарушения восприятия, снижение объема зрительной и слуховой памяти, словарная амнезия. Отмечаются трудности пространственной ориентировки, логического мышления, понимания речи. Дети с трудом осваивают нужную последовательность движений, графических изображений, ритма, плохо ориентируются в пространстве и времени. В то же время они точно ориентируются в бытовых ситуациях, правильно оценивают человеческие отношения, понимают смысл текстов. Разнообразные нарушения познавательного развития приводят к серьезным затруднениям в обучении, которые требуют систематической коррекционной помощи со стороны специалистов. Оказание помощи таким детям осложняется мозаичностью имеющихся у ребенка трудностей и его быстрой утомляемостью. Детям особенно важно сознание, что близкие люди принимают их такими, какие они есть. В домашних условиях им необходимо восполнять потраченные силы, но это не означает, что ребенок должен быть лишен каких бы то ни было домашних обязанностей. Наоборот, участие в разных видах труда совместно с близкими позволяет почувствовать уверенность в своих силах, дает практический опыт, который в дальнейшем будет использован в познавательной деятельности и совершенствовании мотивационной сферы.

Разработка содержания образования детей с ЗПР требует учета как позитивных — временный характер трудностей, так и негативных тенденций — выраженные расстройства поведения и развития личности по типу психической неустойчивости

(И. Ю. Левченко [2]). Одним из главных факторов, позволяющих максимально использовать возможности ребенка с ЗПР с учетом всех его проблем, является личность родителей. Они представляют первую и важнейшую общественную среду, из которой ребенок получает образцы для выстраивания поведения и преодоления трудностей.

Поэтому основная задача родителей — создать у ребенка уверенность в том, что он нужен, что его любят. Для этого необходимо:

- ◀ создание позиции равенства, позволяющей строить отношения ребенка с родителями на уровне диалога;

- ◀ признание за ребенком права на индивидуальность и принятие его таким, какой он есть;

- ◀ предоставление ему возможности быть независимым в той мере, в какой это не лишает его возможностей общения.


Преодоление типичных для ребенка с ЗПР трудностей возможно при соблюдении таких условий, как благоприятный психологический климат, продуманность и единство методов воздействия на ребенка со стороны всех близких, наличие авторитета родителей в глазах ребенка, рациональное сочетание приемов поощрения и наказания, продуманность взаимодействия ребенка со всеми членами семьи — не только родителями, но и бабушками и дедушками (Е. Плужникова [3]).

Необходимо учитывать, что нарушения в развитии ребенка являются фрустрационным фактором для родителей. Успешность в решении задач воспитания и коррекции нарушений у ребенка с ЗПР может быть достигнута при условии преодоления этого дискомфорта и специальной психологической поддержке родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демьянов, Ю. Г. Диагностика психических нарушений. / Ю. Г. Демьянов. — М., 2004. — 224 с.
2. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. — М., 2008. — 239 с.
3. Плужникова, Е. Социально-психологические проблемы современной семьи. / Е. Плужникова. — Армавир, 2007.
4. Ульenkova, У. В. Дети с задержкой психического развития. / У. В. Ульenkova. — Нижний Новгород, 1994. — 230 с.
5. Шевченко, С. Г. Обучение детей с задержкой психического развития. / С. Г. Шевченко. — М., 1994. — 136 с.

2.5. Воспитание умственно отсталого ребенка в семье

 *Е. А. Колотыгина*, старший преподаватель
кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии
ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Современный этап развития коррекционной педагогики и психологии характеризуется поиском новых эффективных путей социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья. И в этой работе трудно переоценить роль семьи, которая является первым социализирующим институтом для ребенка. Именно в семье у ребенка складываются первые представления о человеческих ценностях, характере взаимоотношений между людьми, формируются нравственные качества. Усвоенные в детстве социальные формы поведения во многом определяют в дальнейшем социальную адаптацию умственно отсталых детей. Поэтому проблема семьи, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями, оценивается как особенно актуальная. Социализация ребенка с проблемами в развитии не может быть достигнута без приобщения к этому процессу его родителей. Понятно, что когда родители узнают, что у них родился ребенок с отклонениями в развитии, они испытывают шок, растерянность, беспомощность, страх и очень часто оказываются просто не в состоянии адекватно воспринять и переработать полученную информацию, испытывают чувство вины, которое перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они полагают, к заболеванию ребенка.

Затем наступает период негативизма и отрицания. Родители стараются отказаться от обследования ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий, не признают болезни или дефекта. На этой стадии может также развиваться так называемое копинг-поведение — это бесчисленные консультации у различных специалистов, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями, в отчаянной надежде на то, что первоначальный диагноз окажется ошибочным. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации, мешает адекватной адаптации родителей к факту рождения аномального ребенка (Чарова О. Б. [9]).

Затем наступают депрессия, чувство гнева, стремление к изоляции. На фоне осознания необходимости особой заботы о

ребенке, специального непрерывного ухода за ним у родителей могут возникать амбивалентные чувства в отношении форм выражения печали. Синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их непреодолимой фрустрации вследствие отсутствия даже относительно положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта. (Чарова О. Б. [9]).

На стадии эмоциональной реорганизации родители начинают ценить и любить своего ребенка. И постепенно мать переключается с собственных переживаний исключительно на интересы ребенка, вырабатывает оптимальный стиль взаимоотношений с ним. Она понимает, что рождение ребенка с нарушением интеллекта — это факт, с которым нужно смириться. Постепенно родители адаптируются, приспособливаются и даже начинают искать службы, которые могли бы быть полезными для их детей, помогать другим семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии (Чарова О. Б. [9]).

Рождение ребенка с нарушениями в развитии — сильный травмирующий фактор для всей семьи, связанный с изменениями семейного уклада и мировосприятия. Сразу встает вопрос о необходимости решения многих специфических проблем, возрастает физическая и психологическая нагрузка на ближайшее окружение малыша. Наибольшие трудности в данной ситуации приходится на долю матери, поскольку проблемами воспитания, образования и лечения ребенка преимущественно занимается именно она. Известно, что социальная адаптация этих детей напрямую зависит от грамотного родительского и прежде всего материнского поведения.

Особо негативно на психику матери, ее личностные особенности и отношение к ребенку влияет патологический симбиоз как довольно частый неблагоприятный тип детско-родительских отношений, складывающийся в семье с ребенком-инвалидом. В норме стадия симбиоза постепенно сменяется возрастающей автономией ребенка, в случае же аномалии ребенок длительное время оказывается сильно зависимым от матери и отношения симбиоза растягиваются на неопределенный, связанный с тяжестью дефекта, срок.

Характер патологии и степень нарушения являются важными факторами, влияющими на отношение к ребенку со сторо-

ны матери и ее личностные особенности. Чувство глубокой привязанности к ребенку сочетается с явным или скрываемым чувством вины перед ним, которое имеет весьма сложную структуру, включая в себя и жалость к ребенку, и определенную неприязнь к другим детям, и чувство беспомощности. Исследования личностных особенностей матерей, имеющих больного ребенка, показало наличие у них внутренних конфликтов, сомнений, противоречий.

У таких женщин отмечаются тенденция к самокопанию и рефлексии на фоне негативного эмоционального отношения к себе, субъективное ощущение личной и социальной неадекватности.

В. В. Ткачева [7], выделяя личностные нарушения у матерей, воспитывающих умственно отсталых детей, делит их на три типа: невротичный, авторитарный и психосоматический.

Для родительницы *невротичного типа* характерны:

- ◀ пассивная личностная позиция;
- ◀ оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у него, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а ее личностной несостоятельности;
- ◀ стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами;
- ◀ проявление слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели;
- ◀ постоянный тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера.

Для родительницы *авторитарного типа* свойственны:

- ◀ активная жизненная позиция, стремление руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов), стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка;
- ◀ неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля над импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах; холодность или отстраненность от проблем ребенка при установлении с ним контакта;

◀ неравномерный характер применения воспитательных мер: довольно частое использование жестких форм наказания (окрик, подавление личности, избиение).

У категории родительниц *психосоматического типа* проявляются черты как невротического, так и авторитарного типов. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то безудержная радость, то глубочайшая депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в большей степени прослеживается тенденция к доминированию, как и у авторитарных родительниц.

Нам близки мысли детского психиатра М. И. Буянова, который пишет, что «у таких матерей постепенно формируется сверхценное отношение к тяжело больному ребенку. Они видят смысл своего существования в опеке над ребенком; в том, что они лишают себя новой, нормальной семьи, полноценного ребенка, они видят особый героизм, предел самопожертвования, оправдание и объяснение всего, чего не сумели добиться в жизни» [2, с. 59].

Все семьи, воспитывающие детей с нарушением психического развития, характеризуются общими признаками:

◀ родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (это можно обозначить как нарушение временной перспективы);

◀ личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;

◀ семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;

◀ социальный статус семьи снижается: возникающие проблемы не только затрагивают внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; родители стараются скрыть факт нарушения психического развития у ребенка и наблюдения его психиатром от друзей и знакомых — соответственно круг внесемейного функционирования сужается;

◀ «особый психологический конфликт» (Ч. Шефер, Л. Кери, 2000) возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка [9].

Г. А. Мишина [4] считает, что отклонения в психофизичес-

ком развитию детей раннего возраста могут возникать не только вследствие органических и функциональных нарушений, но и как вторичные проявления, обусловленные дефицитом общения и отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми. Она выделяет шесть моделей сотрудничества родителей с ребенком (изолированность, предполагаемую взаимосвязанность, речевую взаимосвязанность, «молчаливое сопричастие», «влияние и взаимовлияние», активную взаимосвязанность). Имеет большое значение и поведение родителей, воспитывающих проблемного ребенка раннего возраста, которое может отличаться следующими особенностями: неумением создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональным характером сотрудничества, неадекватностью позиции по отношению к ребенку, неадекватным стилем воспитания, недостаточной потребностью в общении с ребенком.

Очень часто родительское поведение оказывается не позитивным, а, наоборот, негативным фактором в развитии умственно отсталого ребенка. В работах многих исследователей подчеркивается идея о равенстве взаимовлияния как родителей на ребенка, так и ребенка на родителей (А. Я. Варга, 1986; Г. Л. Ковалев, 1985; А. И. Захаров, 2001). С одной стороны, родительское отношение может вызвать вторичные нарушения у ребенка, а с другой — нарушения в развитии у детей приводят к различным искажениям родительского отношения.

Л. М. Шипицына выделяет основные проблемы взаимоотношений в семье, имеющей взрослого умственно отсталого ребенка:

- ◀ воспитание, сопровождающееся чувством обременительности родительских обязанностей;
- ◀ заниженный уровень требовательности к ребенку, часто связанный с незнанием его потенциальных возможностей;
- ◀ вынужденная авторитарность воспитания, обусловленная ограниченными способностями и недостаточным общением ребенка;
- ◀ вынужденная жертвенность матери и ее постоянная потребность в опоре;
- ◀ постоянная сдержанность в проявлении переживаний из-за нереализованных полностью родительских возможностей.

Превалирующим видом родительско-детских отношений в такой семье являются отношения опеки и покровительства.

Если интеллектуальное недоразвитие нетяжелое и неглубокое, то оно обычно распознается не ранее, чем через несколько лет после рождения ребенка, чаще всего, когда ребенок идет в школу. Это открытие для семьи не будет столь внезапным и травмирующим. Родители, даже приняв факт, что у них больной ребенок, тешат себя надеждами на то, что это временно, и у него будет нормальный, здоровый подростковый период.

При рождении ребенка с тяжелым интеллектуальным недоразвитием или синдромом Дауна уже в родильном доме матери предлагают написать отказ от него, чтобы она не успела к нему привязаться. Это обстоятельство создает хроническую стрессовую ситуацию во многих семьях, даже в тех, которые, на первый взгляд, кажутся вполне благополучными. Родители сообщают о возникновении у них чувства безнадежности, понижении самооценки, появлении дисгармонии в супружеских отношениях. При отсутствии надлежащей социальной поддержки такие семьи часто распадаются. А одинокой матери далеко не всегда удается создать благоприятные условия для развития ребенка.

Большинство семей, имеющих детей с умственной отсталостью, живут за чертой бедности, уровень образования родителей в них крайне низок, только каждая десятая из таких семей может считаться по совокупности социокультурных, психологических, экономических и других характеристик благополучной.

Дети с умственной отсталостью нуждаются в своевременной грамотной комплексной диагностике и в ранней коррекционной помощи. Им необходимо комплексное психолого-педагогическое воздействие, которое позволяет в значительной степени сгладить отклонения в развитии, а также предупредить возникновение вторичных дефектов, которые Л. С. Выготский характеризовал как социальные, возникающие вследствие неблагоприятных социально-педагогических условий. И большая роль в этом отводится не только специалистам, но и родителям.

В. В. Сабуров [6] считает, что критериями готовности родителей к коррекционно-ориентированному воспитанию детей с нарушением интеллекта являются педагогическая грамотность, активное участие в воспитательном процессе, ценностное отношение к ребенку, гуманизация отношения к таким детям, организация всесторонней комплексной специализированной поддержки детей и семьи.

В. В. Ткачевой разработана система психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с интеллектуальными нарушениями. Прежде всего, это проведение психологом индивидуальных занятий с ребенком, в которых участвует и его мать. В процессе проведения таких занятий психолог ставит следующие цели:

- ◀ обучение матери специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;
- ◀ обучение матери специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности аномального ребенка;
- ◀ коррекция внутреннего психологического состояния матери;
- ◀ коррекция взаимоотношений между матерью и ее ребенком.

Ориентируясь на эти цели, психолог решает следующие задачи:

- ◀ коррекция неконструктивных форм поведения матери, таких как агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, негативные желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой, и организация продуктивных форм взаимоотношений в социуме;
- ◀ формирование понимания матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенный отход от позиции, отрицающей наличие проблем («Он у меня такой же, как и все»), и позиции противопоставления себя социуму и переход в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»);
- ◀ постепенное исключение гиперболизации проблем ребенка, представления о бесперспективности его развития («Из него никогда ничего не получится»);
- ◀ постепенное преодоление позиции ожидания чуда, которое внезапно сделает ребенка совершенно здоровым, переориентировка матери с позиции бездействия на деятельностное отношение к ребенку;
- ◀ коррекция взаимоотношений с ребенком (переход от гиперопеки или гипоопеки к оптимальным взаимоотношениям);
- ◀ коррекция внутреннего психологического состояния матери: состояние переживания неуспеха, связанное с психофизическими проблемами ребенка, должно постепенно перейти в

понимание возможностей ребенка, в радость при виде его «маленьких» успехов;

- ◀ переконструирование иерархии жизненных ценностей матери больного ребенка (ценно только то, что он есть, а не то, каков он; ценно также то, что он любит мать, а мать любит его);

- ◀ осуществление личностного роста матери в процессе взаимодействия со своим ребенком, его обучения и воспитания с помощью психолога; ее переход из позиции переживания за его недуг в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка;

- ◀ повышение личностной самооценки матери в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка;

- ◀ трансформация образовательно-воспитательного процесса, реализуемого матерью по отношению к ребенку, в психотерапевтический процесс по отношению к себе самой; созидательная деятельность матери, направленная на ее ребенка, помогает ей самой, излечивая ее от негативного воздействия психологического стресса.

Ф о р м ы р а б о т ы:

- ◀ демонстрация матери приемов работы с ребенком;

- ◀ конспектирование матерью уроков, проводимых психологом;

- ◀ совместное выполнение матерью и ребенком домашних заданий;

- ◀ чтение матерью специальной литературы, рекомендованной психологом;

- ◀ реализация творческих замыслов матери в работе с ребенком.

Этапы психолого-педагогической работы

В работе психолога с матерями можно выделить три этапа.

П е р в ы й э т а п направлен на привлечение матери к учебно-образовательному процессу ребенка. Психолог должен убедить мать больного ребенка в том, что именно в ней очень нуждается ее малыш, что, кроме нее, этим процессом заняться некому.

В т о р о й э т а п — формирование увлечения матери процессом развития ребенка. Психолог показывает матери возможность существования маленьких, но очень важных для ее ребен-

ка достижений. Мать обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог.

Третий этап характеризуется раскрытием перед матерью возможности личного поиска творческих подходов к обучению ее ребенка и личного участия в исследовании его возможностей.

О. Б. Чарова [9] в своем исследовании отмечает, что матери детей с интеллектуальным дефектом склонны эмоционально отвергать своего ребенка, реализуют негативную воспитательную практику, воспринимают ребенка как инфантильного и неумелого. Кроме того, они чрезмерно опекают ребенка, однако не склонны к отношениям сотрудничества с ним. Воспитание умственно отсталого ребенка вызывает у матерей комплекс негативных переживаний, таких как горе, раздражение, страх, стыд и чувство вины.

Результаты исследования Е. В. Резниковой (2007) показали, что семьи, воспитывающие детей с умственной недостаточностью, менее благополучны по типологии внутрисемейных отношений. Процесс воспитания в этих семьях нарушается по типу потворствующей гиперпротекции в сочетании с недостатком требований и запретов. Часто родители демонстрируют свою воспитательную неуверенность, испытывают излишний страх за жизнь таких детей и их здоровье, проявляют повышенный уровень тревожности и чувство вины перед собственным ребенком, иногда демонстрируют эмоционально отрицательное отношение к понятиям «материнство» и «отцовство», а также неустойчивость воспитательной тактики в семье.

Отношение детей с умственной недостаточностью к своим родителям и своей семье отличается своеобразием. У детей наблюдается наличие трудностей в установлении связей с окружающим миром, в формировании коммуникативных навыков. Они ощущают свою малоценность в семейной ситуации, испытывают чувства одиночества и отверженности, мечтают быть самостоятельными и независимыми.

Изучая мотивационно-потребностную сферу первоклассников с умственной отсталостью из семьи, мы выявили, что 20 % детей мечтают о еде — «что-то вкусненькое», «торт», «еда», «хлеб», «конфеты», «шоколадки», «курица гриль»; о красивой одежде (6,7 %) — «ботинки», «костюм», «туфли» и т. д.; хотят иметь гараж, машину, мотоцикл, дом, квартиру 40 % детей.

Многих детей (60 %) интересует: «Что мамка делает в ночь на работе: она работает или спит?»; «Какое платье у красивой куклы? Оно блестит или нет?»; «Как посадить картошку, огурцы, помидоры?»; «Как паровозы делали?»; «Как делают цветные шарики?» и т. п. Как можно видеть, этих детей волнуют конкретные проблемы, связанные с их личным жизненным опытом. 40 % из них любят разговаривать со своими родителями о том, что они купили, где были. 36,6 % таких детей в основном больше разговаривают с друзьями и играют с ними в машинки, игрушки, в мозаику, догонялки, прятки, просто гуляют и очень любят обсуждать со взрослыми детали своей прогулки. Настораживает факт, что есть дети (24,3%), которые проводят время одни на улице, и им это нравится.

И. С. Багдасарьян [1] отмечает, что умственная отсталость, проявляющаяся в стойком снижении познавательной деятельности и нарушении эмоционально-волевой сферы, сказывается на характере межличностных отношений между детьми, родителями и ближайшими родственниками. Микросоциальные условия оказывают существенное влияние на становление личностных образований, обуславливающих формирование межличностных отношений умственно отсталых детей. В межличностных отношениях самый привлекательный партнер — мать, затем сибсы (братья и сестры), отец, прародители. Позиция отцов, проявляющаяся в преобладании негативного отношения к сыновьям и дочерям, отрицательно сказывается на межличностных отношениях в семье. На основе полученных результатов можно утверждать, что умственно отсталые дети с первых лет жизни интуитивно чувствуют неприятие со стороны своих отцов. Основной стиль родительского отношения в семье, воспитывающей умственно отсталого ребенка, — отвергающе-авторитарный. Родители неадекватно оценивают особенности психического развития своего ребенка, что проявляется в некоторых противоречиях в их отношениях к нему. Тип осуществляемого родителями воспитания — родительская установка — является немаловажным фактором, от которого во многом зависит дальнейшая социализация ребенка в обществе.

О негативном отношении отцов к детям с интеллектуальной недостаточностью говорят и результаты нашего исследования по изучению самооценки у младших школьников [3].

Таблица 1

**Сопоставление уровней реальной и возможной самооценки
при ответах учащихся за воспитателей (родителей), %**

Категория испытуемых		Самооценка					
		реальная			возможная		
		высокий уровень	средний уровень	низкий уровень	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень
Дети с УО (из семьи)	М	66,7	33,3		93,3	6,7	
	П	33,3	40	26,6	86,6	13,3	
Дети НР (из семьи)	М	73,3	26,7		100		
	П	66,7	33,3		100		

Примечание: М — мамы; П — папы.

Т. Михэлис [8] отмечает, что «свойственное многим родителям стремление к самопожертвованию ради счастья и благополучия детей естественно. Но оно не должно быть бестолковым. Здесь, как и в других случаях максимального проявления свойств человеческой природы, чрезвычайно важно найти разумный способ их использования с пользой для дела, поскольку возвышенные качества ценны не только и не столько сами по себе, сколько как способ достижения особо значимых результатов».

Неправильный стиль общения родителей с детьми усугубляет имеющуюся проблему их развития. Не зная особенностей психического развития детей, мамы и папы допускают грубые ошибки в воспитании, травмирующие детей, деформирующие их психику.

Семьи, имеющие детей с умственной отсталостью, нуждаются в постоянной квалифицированной психологической помощи и поддержке, которая должна быть направлена на развитие у них уверенности и саморегуляции, обеспечение их реальных потребностей, общественного признания, позитивной оценки. Необходима также помощь по созданию условий для активного участия родителей в воспитании и обучении ребенка; по организации комфортной для развития ребенка семейной среды; по формированию адекватных взаимоотношений между взрослыми и детьми.

Психологическая помощь может быть конструктивной и динамической, если в ее основу будут положены принципы

комплексного подхода к организации коррекционного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей.

Рекомендации родителям, воспитывающим умственно отсталого ребенка

1. Получите больше информации у специалистов по воспитанию своего ребенка.
2. Занимайтесь самообразованием.
3. Определите со всеми членами семьи единые требования к ребенку по формированию его умений и навыков в различных видах деятельности.
4. Распределите обязанности.
5. Соблюдайте внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой ребенка.
6. Стройте свои отношения с ребенком на успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности.
7. Хвалите ребенка за все достижения и маленькие успехи.
8. Развивайте самостоятельность своего ребенка и сокращайте по возможности постепенно свою помощь ему до минимума.
9. Расширяйте свой кругозор и круг интересов, больше общайтесь с ребенком.
10. Больше привлекайте ребенка к совместной деятельности.

Б. Спок [11] советует родителям: «Поверьте, умственно отсталый ребенок такой же, как все остальные дети. Наблюдайте за ним, чтобы понять, что доставляет ему удовольствие. Учите его делать все то, что он старается постигнуть!»

ЛИТЕРАТУРА

1. *Багдасарьян, И. С.* Межличностные отношения в семье, имеющей умственно отсталого ребенка : автореф. дис. ... на соискание уч. степ. канд. психол. наук. — Нижний Новгород, 2000.
2. *Буянов, М. И.* Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психиатра / М. И. Буянов. — М.: Просвещение, 1988. — С. 53—54.
3. *Колотыгина, Е. А.* Адекватная самооценка — важнейшее направление личностного развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Педагогическое обозрение. — 2006. — № 2. — С. 122—132.

4. *Мишина Г. А.* Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Ин-т коррекц. педагогики Рос. акад. образования. — М., 1998.

5. Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: хрестоматия. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.

6. *Сабуров В. В.* Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации: дис. ... канд. пед. наук. — Екатеринбург : Урал. гос. пед. ин-т, 1999.

7. *Ткачева, В. В.* К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Дефектология. — 1999. — № 3. — С. 30—36.

8. *Тингей-Михэлис, К.* Дети с недостатками развития / К. Тингей-Михэлис. — М., 1988.

9. *Чарова, О. Б.* Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта: автореф. дис. ... на соискание уч. степ. канд. психол. наук. — Курск, 2003. — С. 20.


10. *Шипицына, Л. М.* Особенности взаимоотношений в семьях, имеющих взрослых детей с умственной отсталостью // «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: социализация детей с нарушением интеллекта. — 2-е изд. — СПб.: Речь, 2005. — С. 208—215.

11. *Спок, Б.* Разговор с матерью : книга о воспоминании / пер. с англ. / Б. Спок. — М.: Политиздат, 1990.

ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА
В УСЛОВИЯХ СЕМЬИ



3.1. Адаптация детей, лишенных родительского
попечительства, в приемных (патронатных) семьях

 *Е. Б. Синева*, доцент кафедры
коррекционной педагогики и специальной психологии
ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Ноступление ребенка в приемную семью определено Семейным кодексом Российской Федерации. В статье 152 раздела общих положений этого документа записано:

«1. Договор о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью должен предусматривать условия содержания, воспитания и образования ребенка (детей), права и обязанности приемных родителей.

2. Договор о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью может быть расторгнут досрочно по инициативе приемных родителей при наличии уважительных причин (болезни, изменений семейного или имущественного положения, отсутствия взаимопонимания с ребенком (детьми), конфликтных отноше-

ний между детьми и других), а также по инициативе органа опеки и попечительства в случае возникновения в приемной семье неблагоприятных условий для содержания, воспитания и образования ребенка (детей), или в случае возвращения ребенка (детей) родителям, или в случае усыновления ребенка (детей)».

Данный документ создает особое психологическое пространство для рождения новой семьи с вошедшими в нее приемными детьми и станет, скорее всего, отправным на период адаптации детско-родительских отношений. Не потеряет он своей значимости и для последующих моментов образования и воспитания ребенка. Для нас безусловно, что то, что сформируется между ребенком и родителем в системе отношений в адаптационный период, станет стержнем для всех внутрисемейных взаимодействий и особенно тех, которые могут привести к трудностям понимания друг друга.

При изменении условий жизни ребенка (в частности, воспитание в приемной семье) изменяется его поведение в окружающей среде как в плане мира вещей, так и в плане межличностных отношений. Физиологи связывают это состояние с усилением напряжения в системе высшей нервной деятельности, где большая роль отводится динамическому стереотипу, так как прочные привычки и бессознательно регулируемое поведение значительно облегчают деятельность организма, но переделка этого стереотипа, особенно у детей, лишенных родительского попечительства, представляет значительную трудность. Р. В. Тонкова-Ямпольская, Е. Шмидт-Кольмер, А. Атанасова-Вукова, ссылаясь на И. П. Павлова, отмечают, что «чувство дискомфорта и подавленности, возникающее при изменении образа жизни и привычной деятельности, основано на разрушении старых динамических стереотипов и трудности формирования новых» [6, с. 25—26].

Чтобы помочь обеим сторонам приемной семьи стать терпимее друг к другу, несмотря на разные виды сложностей, которые могут возникать в системе отношений «ребенок — приемный родитель», следует, на наш взгляд, подробно изучить вопросы, связанные с процессами адаптации, социализации, социальной ситуации развития, их определения и взаимосвязи друг с другом в столь важной проблеме, как воспитание ребенка в приемной (патронатной) семье.

В психолого-педагогической литературе *воспитание* рассматривается как двусторонний процесс, в котором осуществляется взаимовлияние воспитателей, в нашем случае приемных родителей, и воспитуемых друг на друга.

В исследованиях ряда отечественных ученых — В. М. Бехтерева, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. В. Петровского, В. А. Петровского и т. д. — не раз рассматривался вопрос о непосредственном личностном влиянии людей друг на друга. Данные авторы подчеркивают, что при постоянном личностном взаимодействии индивидуальные качества одного человека могут передаваться другим. «Личность, — как пишет Л. С. Выготский, — становится для себя тем, чем она есть в себе, через то, что предъявляет для других» [1, с. 144].

На наш взгляд, работа А. В. Петровского [3] о развитии личности может стать для приемных родителей неким путеводителем в осознании детско-родительских отношений, настолько она соответствует особенностям развития ребенка в приемной семье.

А. В. Петровский предлагает модель развития личности в группе, где начальной ступенью является «адаптация». Автор полагает, что развитие личности человека — это процесс «вхождения в новую социальную среду и интеграции в ней» [3, с. 62], где источником развития является противоречие между потребностью индивида «в персонализации и объективной заинтересованностью данной общности, референтной для индивида, принимать все проявления его индивидуальности», которые должны соответствовать в той или иной степени задачам, нормам и условиям функционирования и развития этой общности [3, с. 61].

Этапами развития личности, по А. В. Петровскому, является «адаптация, индивидуализация, интеграция».

◀ *Адаптация* — первая фаза развития личности, которая «предполагает усвоение действующих в общности норм и овладение соответствующими формами и средствами деятельности, а также утрату человеком своих индивидуальных черт».

◀ Вторая фаза — *индивидуализация* — «порождается обостряющимся противоречием между достигнутым результатом адаптации и потребностью в максимальном проявлении своих индивидуальных особенностей и характеризуется поиском средств и способов для обозначения своей индивидуальности».

◀ Третья фаза — *интеграция* — «детерминируется противоречиями между сложившимися на предыдущей фазе стремлением субъекта быть идеально представленным своими особенностями и значимыми для него отличиями в общности и потребностью общности принять, одобрить и культивировать лишь те особенности, которые соответствуют ее ценностям» и способствуют успеху совместной деятельности [3, с. 64].

По мнению А. В. Петровского, форма представленности одного человека в жизненной ситуации другого всегда выступает активным источником преобразования этой ситуации, а именно системы отношений человека к миру. «Отражаясь в индивидуе, другой человек выступает как деятельностное начало, меняющее взгляд этого индивида на вещи, формирующее у него новые побуждения, ставящее перед ним новые цели; основания и последствия активности другого не оставляют индивида равнодушным, или, лучше сказать, имеют для него тот или иной личностный смысл, ...первый открывается второму как значимое для него существо, как источник нового для него смысла» [3, с. 20]. Для ребенка-дошкольника в этом определяющим фактором является взрослый человек (Е. А. Аркин, А. А. Бодалев, А. В. Запорожец, Е. И. Кузьмина, М. И. Лисина, А. Б. Николаева, В. А. Сухомлинский, К. Д. Ушинский).

В исследованиях А. Б. Николаевой и А. В. Петровского, изучавших детей дошкольного возраста, которые брали на себя роль своего воспитателя и отражали поведение взрослого, отмечалось, что ребенок не просто копирует воспитателя, он переобрабатывает изображаемое вносимыми поправками. Это явление они назвали эффектом «смещения». «Эффект “смещения” является выражением определенной личностной позиции дошкольников, их отношения к положительным и отрицательным воздействиям взрослого (в данном случае — воспитателя детского учреждения) [3, с. 162]. В указанном экспериментальном исследовании подчеркивается, что дети дошкольного возраста, как правило, гиперболизируют негативные проявления взрослого и недооценивают положительные. Поэтому «неизбежные в ряде случаев негативные воздействия на ребенка необходимо осуществлять на фоне позитивного отношения к нему» [3, с. 166].

Специальные психологические исследования, направленные на выяснение влияния субъективных факторов на восприятие, понимание человеком других людей, самих себя, были сделаны

В. С. Агеевым, Г. А. Андреевой, П. Я. Гозманом, К. Е. Данилиным и другими. В этих работах мы находим подтверждение тому, что ребенок рассматривается при решении поставленной перед ним задачи (при восприятии другого человека) не изолированно, а как активный субъект межличностных отношений, во многом зависимый от значимого взрослого. Для дошкольника — это родители, воспитатели. То есть в основе отношений ребенка дошкольного возраста к самому себе, взрослому, сверстнику лежит зависимость от родителя, воспитателя (Г. А. Андреева, А. А. Бодалев). Значит, в адаптационный период мера ответственности за то, каким станет ребенок завтра, лежит на взрослом, его сегодняшних взаимоотношениях с ребенком, которые в основе своей будут позитивными к ребенку или станут для него импульсом к тревоге и страху.

Адаптационные механизмы. Их определение и роль в детско-родительских отношениях

Изучая психологические механизмы и закономерности адаптационного процесса, разные исследователи (В. Богословский, Р. С. Немов, А. В. Петровский) дают весьма близкие определения понятия *адаптация*. Они подчеркивают, что это «специфический процесс приспособления чувствительности анализаторов к действию раздражителя».

В более общих определениях, по утверждению М. С. Яницкого, понятие *адаптация* может придаваться несколько значений «в зависимости от рассматриваемого аспекта:

- а) адаптация используется для обозначения процесса, при котором организм приспосабливается к среде;
- б) адаптация используется для обозначения отношения равновесия (относительной гармонии), которое устанавливается между организмом и средой;
- в) под адаптацией понимается результат приспособительного процесса;
- г) адаптация связывается с какой-то определенной «целью», к которой «стремится» организм» [10, с. 1].

Р. В. Тонкова-Ямпольская, Е. Шмидт-Кольмер, А. Атанасова-Вукова в своей работе, раскрывая понятие *адаптация*, пишут, что «это способность изменять деятельность организма адекватно потребностям внутренней или внешней среды. Это общебиологическое качество присуще всему живому, без него

жизнь была бы невозможной. Формы приспособительных реакций человека должны быть определены как социальная адаптация...» [6, с. 20].

Эти же авторы под «социальной адаптацией» в узком смысле понимают «способность человека заранее предусматривать изменение поведения при установке на новые неожиданные общественные требования, например, при вхождении в новую микросоциальную группу...» [6, с. 20].

Решающую роль в адаптационных механизмах человека играют социальные факторы. «Социальные факторы, то есть межчеловеческие отношения, социальные связи являются такими же объективными формами воздействия на человека, как факторы биологические, и потому у человека возникает необходимость не только в биологической, но и в социальной адаптации, то есть формировании поведенческих реакций, адекватных данным социальным воздействиям» [6, с. 20].

С. Д. Артемов в работе «Социальные проблемы адаптации молодого рабочего на промышленном предприятии» (1970) выделяет социальную адаптацию как «процесс приспособления личности к существующим общественным отношениям, нормам, образцам, традициям общества, в котором живет и действует человек» (с. 135—136). Об адаптации как процессе приспособления малых и больших групп много пишется в современной отечественной социологической литературе. Социальная адаптация, по Л. Л. Шпак (1991), — это «приспособление и привыкание личности и общностей (классов, социальных групп и слоев, наций, трудовых коллективов, семьи), а также самостоятельных коллективов и движений к изменяющимся условиям, формам и способам общественной жизни и преобразование социальной среды в соответствии с личными и общественными потребностями».

Рассматривая вопрос о соотношении понятий *социальная адаптация* и *социализация*, М. С. Яницкий в качестве отправных приводит точки зрения И. С. Кона, Т. К. Кончанина, Б. Д. Парыгина, Д. А. Андреевой. По мнению Б. Д. Парыгина (1971), адаптация — часть социализации, которая рассматривается ученым как «многогранный процесс очеловечивания человека, включающий в себя как биологические предпосылки, так и непосредственно само вхождение индивида в социальную среду». По И. С. Кону, «социализация представляет собой процесс усвое-

ния индивидом социального опыта, определенной системы знаний, норм, ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества». Т. К. Кончанин (1971) придерживается мнения, что «адаптация является одним из этапов социализации личности». Д. А. Андреева (1973) рассматривает адаптацию и социализацию как единый процесс взаимодействия личности и общества. При этом адаптация «выражает приспособление человека к новой для него предметной деятельности, являясь условием социализации, понимаемой как процесс становления личности». Ссылаясь на работы других ученых, в частности О. И. Зотовой и И. К. Кряжевой (1979), М. С. Яницкий делает вывод, что «социализация личности, обусловленная в основном влиянием со стороны социальной среды, является необходимым условием адаптации индивида в обществе и в конкретном коллективе» [10]. Н. А. Ермоленко (1975) справедливо отмечает в этой связи, что «социальная адаптация может рассматриваться отдельным моментом, специфической формой социализации в конкретных условиях. В разных отношениях социальная адаптация может рассматриваться и уже, и шире социализации». Приведенные подходы к определению социальной адаптации говорят о том, что разные авторы употребляют этот термин с разными смысловыми оттенками.

На наш взгляд, вопросы о тесном взаимодействии процесса адаптации воспитанника в приемной семье и создания в ней благоприятных условий для социальной ситуации развития для данного ребенка очевидны, когда речь идет о детях, перенесших в прошлом тяжелую жизненную ситуацию — разлуку с близкими. Тесная связь понятий *адаптация* и *социальная ситуация развития ребенка* в этом ключе, по нашему мнению, прослеживается через понятие *ситуация*.

Понятие *ситуация* переводится с французского «situation» как «положение», «обстановка». В психологическом словаре оно интерпретируется как «система внешних по отношению к субъекту условий, побуждающих и опосредствующих его активность...» [4, с. 364]. Под описанием ситуации имеется в виду наличие выделенных требований, которые можно рассматривать в двух направлениях: исходящие извне к индивиду и исходящие от самого индивида, которые он и выбирает в качестве исходных в данном случае. Выполнение заданных требований вовлекает субъекта в активность: либо преобразование ситуации, либо

преодоление ее. В упоминаемом психологическом словаре под редакцией А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского понятие *ситуация* рассматривается с ее границами выражения, где выход за пределы данных рамок рождает «активность надситуативную», которая имеет место в той мере, в какой у субъекта «складываются и начинают реализовываться новые требования к себе, избыточные по отношению к первоначальным» [4, с. 364].

Надситуативная активность индивида приводит его к преодолению высших границ, барьеров той деятельности, в которую он включен. При ней возможно изменение установок к протекающей деятельности, к своему поведению в данной ситуации и ко всем социальным субъектам, вовлеченным в данный процесс. Надситуативная активность является слагаемым творчества, познавательной активности субъекта. Поведение индивида, направленное на изменение самой ситуации или отношения к ней в том же психологическом словаре связывается также с понятием «поисковой активности» — «обязательного компонента многих типов поведения. У животных к ней относятся все разновидности активности оборонительного поведения (агрессия, сложные формы избегания опасности). У человека психические проявления поисковой активности входят как важная составная часть в процессы планирования, фантазирования и т. д.» [4, с. 15].

В своем обзоре точек зрения ученых в области психологии по проблеме понятия *ситуация* и подходов к ней Н. В. Гришина делает вывод, что человек, реагируя на ситуацию, всегда определяет ее и себя в этой реальности. «Тем самым, — подчеркивает исследователь в публикации «Психология социальных ситуаций» (1997), — личность фактически сама создает, конструирует тот социальный мир, в котором живет».

В основе объяснения психического развития лежит принцип отечественной, возрастной и специальной психологии «внутреннее через внешнее и внешнее через внутреннее» (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн и др.), согласно которому внутреннее развитие детерминировано внешней средой, обстоятельствами, в которые заключен человек. А. О. Прохоров, рассматривая влияние окружающего мира, выраженное в событиях, условиях, обстоятельствах для субъекта, отмечал характер этого влияния через понятие *ситуация*. «Ситуация представляет собой полимодальный субъективный образ актуального фрагмента окру-

жающей действительности, который конструируется и репрезентируется самим субъектом» [2, с. 95]. Элементы, связи, из которых состоит ситуация, по мнению этого автора, всегда сосредоточены относительно субъекта, «ситуация — это не весь объективный мир, а лишь та его часть, которая отражается субъектом на фоне его актуальной потребности».

Одной из составляющих, по А. О. Прохорову, которые преобразуют внешнюю ситуацию в психологическую, субъективную, является «смысловая организация сознания (личностный смысл, мотивы, ценности и пр.). В зависимости от них задается “направление” действия: ситуации, выделенные субъектом из объективного мира, могут быть сходными или даже идентичными, но следствия (психические состояния) различны».

А. О. Прохоров, таким образом, акцентирует наше внимание на том, что в ситуации субъект «выделяет» не весь окружающий мир, а только ту его часть, которая «удовлетворяет смысловую сферу субъекта. Отражением этой значимости ситуации и ее составляющих является возникающее психическое состояние». Иначе говоря, со стороны субъекта необходима внутренняя активность, актуальность позиции, психологическая готовность быть включенным в ситуацию, объекты и обстоятельства в ней. Только после акта личностного «смыслообразования сформировавшаяся актуальная психологическая ситуация начинает детерминировать активность субъекта, весь спектр ее проявлений, включая психические состояния». Связывая между собой избирательность отражения субъектом элементов внешней, предметной и социальной среды в единую систему, где личностный смысл выступает как связующее звено, А. О. Прохоров определяет формулу «ситуация — смысл — состояние» и подводит нас к выводу: изменение смысла ситуации приводит к изменению психического состояния, его преобразованию в иное состояние, адекватное возникшим новым условиям жизнедеятельности.

В психологической науке теория проблемы смыслов — одна из менее изученных, однако интерес к смысловой сфере личности довольно широк.

В публикации Р. Х. Шакурова [9] «смысл» выступает как ценность, способствующая повышению привлекательности жизни для данного субъекта. В подтверждение своих идей Р. Х. Шакуров приводит работу В. Франкла, который «усматривает смыслы и в отдельных жизненных ситуациях». Причем основной

формулой процесса смыслообразования Р. Х. Шакуров видит «преодоление ради оптимизации».

Раскрывая суть «ценности» в своей психологической теории преодоления, где отражается специфика процесса взаимодействия человека с различными барьерами, Р. Х. Шакуров дает трактовку всем составляющим своей теории: барьеру, значению, ценности.

Как утверждает исследователь, ценность обладает следующими свойствами:

- ◀ отражается в сознании на трех уровнях: эмоциональном, образном (где основой является эмоциональная память) и понятийном;

- ◀ вырастает из эмоциональных реакций;

- ◀ проявляет свои свойства «в результате специфического ценностного взаимодействия с объектом».

Ценностное отношение выражается в эмоциях, носит процессуальный характер, где взаимодействуют два процесса — проявление барьера и его снятие. Автор подводит нас к точке зрения, что ценность — «не сам предмет, а процесс взаимодействия с ним»; что ценность выполняет две взаимосвязанные функции — жизнеутверждающую и мотивирующую. Жизнеутверждающая состоит в том, «что привлекательные, радующие объекты (предметы, события, процессы и т. д.) поддерживают эмоциональный тонус личности и привязывают ее к жизни, вызывают оптимистическое мировосприятие» [9].

Для взрослого, находящегося с ребенком-сиротой, данное понимание сути «ценности» важно, так как от этого зависит, на наш взгляд, каким образом ребенок научится познавать позитив своих жизненных перспектив. Детям данной категории, имеющим множество жизненных «барьеров», взрослый должен раскрыть их значение.

Факторы возникновения проблемного поведения детей

С первых дней пребывания ребенка в приемной семье он попадает в новую социальную ситуацию. Взрослый (приемный родитель) совместно с воспитателем терпеливо, шаг за шагом должен прорабатывать его модель поведения, ориентируя ее на позитив в жизни; развивать отношение ребенка к себе как к самоценности, ибо именно в этом, на наш взгляд, кроется ключ к тайнам обратимости депривации.

Пространство адаптации патронатной (приемной) семьи нацеливает нас на изучение особенностей восприятия воспитанником создавшейся ситуации. «Любой анализ трудного ребенка, — отмечает Л. С. Выготский, — показывает, что существенна не сама по себе ситуация, а то, как ребенок переживает эту ситуацию» [1, с. 383].

В ситуации разлуки матери и дитя значимые для человека потребности в безопасности, самоуважении остаются не реализованными. Это приводит к чувству неполноценности, бессмысленности, слабости, пассивности и зависимости, что «может вызвать существенные трудности, чувство пустоты и беспомощности» (Л. Хьелл, Д. Зиглер, 1997).

Согласно взглядам таких ученых, как Мак-Дауголл, К. Коффка, Л. Морган, Л. И. Божович, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, характер переживаний свидетельствует о состоянии наличных у ребенка потребностей. Ученые отмечают следующую зависимость: «чем более существенными будут эти потребности, тем более сильными и глубокими окажутся его переживания» (А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, 1990).

Р.Берн считает, что вследствие отрыва ребенка от матери «Я-концепция» оказывается полностью лишенной позитивного содержания, а, согласно взглядам Эриксона, в этом случае у ребенка не образуется базового доверия к окружающему миру. Дефекты, возникающие в «Я-концепции», могут приводить, по мнению этих ученых, к *агрессивным реакциям*.

У ребенка в адаптационном периоде может проявляться агрессия разных степеней выраженности: плач, крик и т. п. Обоснование этому мы находим в точках зрения физиологов И. П. Павлова, П. К. Анохина и психологов Л. И. Божович, П. В. Симонова: изменения, происходящие в окружающей среде обычного образа жизни всегда приводят к изменению эмоционального состояния. Потребностно-информационная теория П. В. Симонова свидетельствует о том, что динамический стереотип представляет собой поведенческую систему организма, которая всегда требует достаточного количества информации для приспособления к возникшим условиям. Если переход в новую среду вызывает недостаток информации, то это всегда будет связано с определенными трудностями, и в частности напряжением нервной системы, что может вызывать отрицательные эмоции, так как «эмоция есть отражение мозгом цело-

века и животных какой-либо актуальной потребности (ее качества и величины) и вероятности (возможности) ее удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта» [5, с. 46]. П. В. Симонов также подчеркивает, что «эмоция есть активное состояние системы специализированных мозговых структур, побуждающее изменить поведение в направлении минимизации или максимизации этого состояния. Поскольку положительная эмоция свидетельствует о приближении удовлетворения потребности, а отрицательная эмоция — об удалении от него, субъект стремится максимизировать (усилить, продлить, повторить) первое состояние и минимизировать (ослабить, прервать, предотвратить) второе» [5, с. 46].

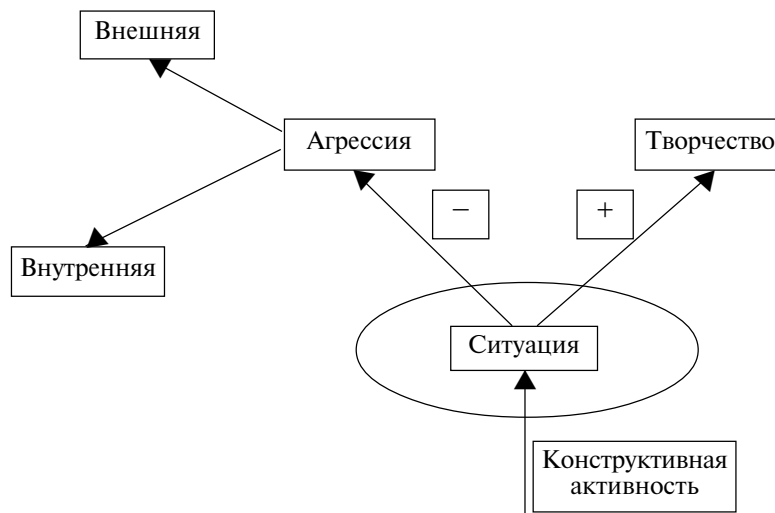
Преобладание агрессивных импульсов может быть также следствием перенесенного травматического опыта, в который входят в том числе и разлука с близкими и психологическая травма, полученная ранее в результате насилия над детской личностью. По данным специалистов (Л. Берковиц, Р. Бэрн, Д. Ричардсон и др.), изучающих причины проявления насилия по отношению к другим людям, на высоком уровне статистической достоверности обнаружилось, что насилие чаще всего совершают люди, бывшие ранее в роли жертвы.

В психологической литературе под агрессией понимается поведение, действие, направленное на нанесение вреда, ущерба другому. Термин агрессия подразумевает большое разнообразие действий человека. «Агрессия — это любая форма поведения, нацеленного оскорбления или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» [4, с. 26]. Изучение форм агрессивного поведения детей и подростков позволяет сделать вывод о том, что агрессия — это не просто проявление негативных эмоциональных реакций (хотя они, как правило, сопровождают прямые нападки на других), а такие действия, в которых проявляется антисоциальная направленность. Д. Креч, Р. Кратчфилд, Н. Ливсон (Элементы психологии, 1992) указывают на то, что агрессия — это нечто противоположное нравственности. В большинстве случаев агрессия аморальна, однако «те же механизмы, которые ответственны за нравственное научение, лежат и в основе социализации агрессивных импульсов...». Д. Креч, Р. Кратчфилд отмечают также, что процессы обучения и воспитания должны развивать умения контроля над своими агрессивными импульсами и способы вы-

ражения их в формах, приемлемых для данной общности людей. По проявлениям этих умений можно судить о социализации агрессии у данного ребенка.

Механизмам социализации придается большое значение и в отечественной психологии, где признается, что под воздействием социальной ситуации развития, ее формирующего начала человек активно строит и перестраивает свой внутренний опыт общения с окружающим миром (Л. С. Выготский, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконин).

Ученые физиологи В. С. Ротенберг, М. С. Бондаренко проявление агрессивности связывают с неправильно сориентированной поисковой активностью. А немецкий психотерапевт Г. Аммон утверждает, что человек рождается с потенциалом конструктивной активности, то есть со стремлением активного освоения и творческого изменения себя и окружающего мира. При нормальном воспитании данная активность ведет человека к творчеству, при дефектном — преобразуется в деструктивную агрессивную реакцию. Но независимо от знака «+» или «-» потенциальная агрессивность должна иметь выход. Это важно для понимания сущности агрессивности детей, лишенных близких взрослых, и нахождения в ходе взаимодействия с ними (педагогического общения) путей перевода деструктивной агрессии в конструктивную.



Одним из таких путей, на наш взгляд, является развитие способности к творческому разрешению возникшей проблемной ситуации. Психолог Е. Е. Кравцова в своей монографии «Разбуди в ребенке волшебника» (1996) доказывает, что для воображения необходимы три компонента — предметная среда, прошлый опыт и особая внутренняя позиция ребенка, что «все эти компоненты в совокупности определяют уровень развития воображения на том или ином возрастном этапе». Большая роль отводится Е. Е. Кравцовой при развитии воображения типу взаимоотношений взрослого и ребенка в совместной деятельности, где все равны. «Обязанности взрослого, — пишет исследователь, — при этом заключаются, во-первых, в показе разнообразных творческих проявлений и способов деятельности, во-вторых, в такой организации жизни ребенка, чтобы сами условия ее требовали творческих, а не стандартных решений. В совместной с ребенком деятельности взрослый является не только самым умным и самым знающим, но и самым творческим участником, каждый раз по-новому выполняя знакомые детям задания». Выработать у ребенка умение находить многие способы решения одной задачи в любом виде деятельности, в том числе и во взаимоотношениях с другими людьми, — одна из самых трудных задач.

Н. С. Пантина, изучавшая возможности присвоения нормативных структур и их формирование во внутреннем опыте ребенка дошкольного возраста, отмечает, что индивидуальный процесс превращения внешней структуры во внутренние образования всегда сталкивается с трудностями освоения нового способа действия. Это связано с тем, что прошлый опыт, ставший стереотипом, как бы противоборствует, препятствует освоению нового. В связи с этим исследователь ставит задачу: «воспитывать и обучать детей таким образом, чтобы у них не угасал интерес к ...незнакомому, непривычному...». Это применимо по отношению ко всем детям дошкольного возраста. А если ребенок пережил тяжелую травму и выработал свои механизмы защиты, которые спасали его, охраняли от насилия в том числе?.. «Оборонительная» сила данного знания может проявиться и при формировании нового опыта с его иными смыслами и отношениями к окружающему миру, в новой социальной ситуации развития. Поэтому путь приемного родителя к ребенку, его новой форме поведения в условиях, отличных от прошлого, пережитого, может оказаться долгим и трудным.

С. А. Завражин в своей публикации «Агрессивные фантазии в детском и подростковом возрасте» («Вопросы психологии», 1993, № 5), затрагивая проблемы агрессивного поведения и фантазии детей, отмечает, что понимание маленьким ребенком агрессии «по-своему специфично и исходит из чувства неудовлетворенности по поводу невозможности реализации элементарных витальных потребностей (в пище, свободе движений...)». Насилие воспринимается им как любое действие, препятствующее удовлетворению его спонтанных желаний и побуждений. К актам насилия, указывает С. А. Завражин, ребенок может относить довольно широкий набор действий: от вербальных внушений, произносимых повышенным тоном, до лишения лакомства, игрушки. Эта палитра станет очень широкой, если мы будем перечислять формы насилия, пережитые детьми в неблагополучных семьях.

Процесс освобождения ребенка от подобного рода переживаний, сброс накопившегося отрицательного импульса происходит в игре — самом лучшем из релаксационных средств. Оптимальным средством снятия возникшего напряжения автор считает детскую фантазию. С. А. Завражин пишет, что «в фантазиях, как и в игре, ребенок старается компенсировать свои агрессивные импульсы, реконструируя ситуацию таким образом, чтобы она не вызвала травмирующего эффекта».

С. А. Завражин в своих работах предлагает взрослому грамотно выстраивать свои взаимоотношения с ребенком в состоянии агрессии, учитывая при этом ряд важных обстоятельств.

◀ Реально пережитое насилие и возникшая на этой почве агрессивная фантазия сливаются в единое целое и воспринимаются ребенком как одно яркое событие, что вызывает опасность переноса его во взаимоотношения с окружающими.

◀ Если со стороны взрослого ребенок встретил негативную реакцию на его агрессивные проявления в игре или фантазировании, то, как следствие этого, ребенок еще более концентрируется на своих фантазиях, причем их «катарсический эффект снижается, а агрессивный возрастает, увеличивая при этом и поле реальной агрессии». Анализируя пирамиду человеческих потребностей А. Маслоу, нельзя не понять очевидность того, что потребности высшего порядка не смогут стать доминантными для ребенка, пока не будут удовлетворены потребности его самоуважения, которые порождают уверенность в себе, осознание того, что он необходим в этом мире.

Известно, что смена социальных отношений представляет для ребенка большие трудности. Тревожное состояние, беспокойство, плаксивость и эмоциональная напряженность связаны главным образом с отсутствием близких для ребенка людей, с изменением окружающей обстановки, привычных условий и ритма жизни. И, чтобы предупредить возможные неблагоприятные изменения в психологическом здоровье ребенка, со стороны взрослых должны быть проявлены особое внимание, доброта и бережное отношение к малейшим детским успехам.

Позитивное отношение к ребенку предполагает наличие у взрослого такого качества, как доброта. Педагогическая доброта, в отличие от общечеловеческой, имеет свою специфику. Педагогическая доброта, пишет А. С. Белкин в своей книге «Ситуация успеха» (1991), — это способность взрослого «осознанно строить свои отношения с воспитанниками, опираясь на оптимистическую перспективу их развития, на их лучшие качества, преследуя благородные цели и добиваясь их достижения только благородными средствами».

Роль взрослого — способствовать раскрытию адекватных проявлений в поведении ребенка, поверить в его силы и грамотно выразить свое отношение к новому, позитивному чувству, поступку своего воспитанника. В психолого-педагогическом процессе мы часто не получаем видимого результата или получаем такие его проявления, которые можно охарактеризовать как кратковременные положительные изменения в поведении ребенка. Работая с детьми, перенесшими трудную жизненную ситуацию, приемные родители «опускают руки», характеризуя свой труд как нерезультативный.

А. В. Запорожец, Я. З. Неверович указывают на длительность педагогического процесса при выработке у ребенка социальных навыков и привычек. Многократные повторения — одно из условий формирования желаемого действия.

Выработать оптимистическую установку на воспитанника, «забыть» о его недостатках, видеть только перспективные линии развития — в этом, как нам кажется, заключается основной смысл взаимодействия приемного родителя с ребенком. Одной из форм работы в данном направлении может стать ведение «коробки плюсов» (это сбор информации о позитивных проявлениях поведения и деятельности ребенка), содержание которой постоянно пополняется сведениями о достижениях

воспитанников в разных видах деятельности (с четкой констатацией замеченного факта).

Данная форма работы имеет свою историю. Например, когда в колонию А. С. Макаренко приезжали новые дети, он устраивал акцию сжигания на глазах у всех старой одежды. Это служило символом прощания ребят со своей старой жизнью (так как в колонии не было принято вспоминать прошлые неудачи воспитанников). Или, например, прием «расклада», описанный А. С. Белкиным в упоминаемой книге: на каждого ребенка предлагается заводить карточку величиной с тетрадный лист, разделенную на две половинки. Слева фиксируется «пассив», справа — «kozyри». По мере знакомства и изучения ребенка внизу под каждым заголовком производятся столбиком записи — характеристики. Когда «расклад» будет закончен, его внимательно анализируют совместно с ребенком. Потом карточку разрезают, левую половинку сжигают, а правую оставляют (то есть сжигают недостатки, а «kozyри» — хранят). Такая позиция взрослого очень значима для ребенка, но она помогает и самому педагогу строить позитивные отношения с людьми.

Для приемных родителей, находящихся с детьми, перенесшими ранее тяжелую психологическую травму и реагирующими на свое окружение через призму своей беды (по А. А. Ухтомскому [8]), такое явление объясняется возникновением доминанты, возбуждения в коре головного мозга, из-за которого установление любого взаимодействия с воспитанником почти всегда осложнено травмирующими обстоятельствами. Взрослый часто находится в условиях «горе рядом», которые можно смягчить, трансформировать, уменьшить, если быть осведомленным, информированным: например, опираясь на значение феномена интимизации вещей в процессе вхождения человека в новую для него ситуацию. «Интимизация — исторически сложившееся особенное притязание человека иметь свои предметы, окружать ими себя, выражать себя через них. Психологическая ценность такого явления состоит в освобождении жизненных сил от напряженности, вызываемой незнакомыми обстоятельствами. Интимизированное окружение создает для человека фон уверенности, безопасности в отношении тех событий, которые происходят в новой среде» (Э. Хювеш, 1996). Понимание данного положения позволяет приемному родителю помочь пришедшему в его дом ребенку быстрее адаптироваться, постепенно осваиваясь в мире вещей и в новых отношениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Выготский, Л. С.* Собрание сочинений: в 6 т. — Т.4. Детская психология / под ред. Д. Б. Эльконина. — М.: Педагогика, 1984.
2. *Прохоров, А. О.* Экзистенциальный контекст детерминации психических состояний субъекта // Сборник Второй Всероссийской научно-практической конференции по экзистенциальной психологии / под ред. Д. А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2004.
3. Психология развивающейся личности / под ред. А. В. Петровского / Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. — М.: Педагогика, 1987.
4. Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Политиздат, 1990.
5. *Симонов, П. В.* Потребностно-информационная теория эмоций // Вопросы психологии. — 1982. — №6. — С. 44—52.
6. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях / под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской, Е. Шмидт-Кольмер, А. Атанасовой-Вуковой. — М., 1980.
7. Социальная реабилитация дезадаптивных детей и подростков в специализированных учреждениях. — М., 1996.
8. *Ухтомский, А. А.* Доминанта / А. А. Ухтомский. — М.; Л., 1966.
9. *Шакуров, Р. Х.* Барьер как категория и его роль в деятельности // Вопросы психологии. — 2001. — № 1. — С. 3—18.
10. *Яницкий, М. С.* Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики : учебное пособие / М. С. Яницкий. — Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999. — 84 с.

3.2. Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения, с умственной отсталостью в приемных семьях



Е. А. Колотыгина, ст. преподаватель
кафедры коррекционной педагогики
и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО,
канд. психол. наук

Семья является первым институтом социализации ребенка, источником и основным звеном передачи ребенку социально-исторического опыта и, прежде всего, эмоциональных и деловых отношений между людьми, социальных навыков поведения.

Однако в настоящее время семья в России переживает социально-экономический и морально-нравственный кризис. Большинство семей здесь находится в бедственном положении и имеет низкий материальный и социокультурный уровень жизни, целью существования их становится простое выживание. Поэтому для многих таких семей характерен дисфункциональный тип отношений и неизбежно, что ребенок, растущий в такой среде, остается без внимания и пополняет собой ряды беспризорников, «социальных» сирот.

В последние годы были приняты законодательные и нормативно-правовые акты о социальной защите и поддержке семей, имеющих детей. Однако система, предусматривающая социальную профилактическую работу с семьями группы риска, для сохранения и укрепления семьи, в нашей стране пока еще мало разработана.

Сложная семейная ситуация, неблагоприятные социально-психологические условия воспитания (жестокое обращение, пренебрежение основными нуждами и потребностями ребенка) делают невозможным дальнейшее проживание детей в семье, приводят к снижению их интеллектуального развития и психическим нарушениям (И. И. Мамайчук, 2001; И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова, 2004). Но и изъятие ребенка из неблагополучной семьи и помещение его в детский дом становятся тяжелой психотравмой, приводящей к стойким личностным изменениям. Сиротство как фактор разрушает эмоциональные связи ребенка с окружающей его социальной средой, миром взрослых и сверстников, развивающихся в более благоприятных условиях, и вызывает глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального характера.

Многими отечественными и зарубежными исследователями доказано, что влияние ранней госпитализации, дефицит семейных связей, наложение различных видов деприваций приводят к снижению интеллектуальных возможностей ребенка (И. А. Коробейников, В. М. Слуцкий, 1990), нарушению личностных функций (И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова, А. А. Аладьин, 1999 и др.), тяжелой аберрации личности (К. Г. Юнг, 1994; Дж. Боулби, 1966; Й. Лангмейер, З. Матейчик, 1984 и др.), самосознания (А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, 1990; И. В. Дубровина, А. Г. Рузская, 1990 и др.), искажению общения со взрослыми и сверстниками (М. И. Лисина, 1997; Е. Е. Дмитриева, 2005 и др.).

Наибольшие отклонения от нормального становления личности отмечаются в эмоционально-волевой сфере детей: неадекватная самооценка, неуверенность в себе, повышенная тревожность и чувствительность к различного рода препятствиям, эмоциональная напряженность, неготовность преодолевать препятствия и трудности (В. С. Мухина, 1980, 1996; Т. Г. Богданова, 2002; Л. М. Шипицына, 2004 и др.).

Дети, воспитывающиеся в детском доме, по ряду существенных психологических параметров отличаются от детей, воспитывающихся в семье. Нереализованные ребенком потребности в любви, привязанности и признании приводят к деформации личности, искажению формирования самосознания, что, с одной стороны, вызывает внутреннюю и внешнюю конфликтность ребенка, определяет возникновение компенсаторно-защитных реакций, а с другой — усугубляет его недостатки, приводит к возникновению комплекса неполноценности. Воспитанники детских домов часто отличаются недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, слабой интуицией в межличностных отношениях. В их поведении нередко наблюдаются негативизм, упрямство, эгоцентризм, отсутствие страха в ситуациях повышенного риска, игнорирование социальных требований и культурных норм поведения.

Специфическая средовая ситуация развития интернатных учреждений травмирует психику ребенка, способствует стойкому проявлению у него социальной неустойчивости, затрудняет реализацию потенциальных возможностей, надолго разрушает взаимоотношения с окружающим миром и влияет на процесс его социализации (М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, А. И. Винокурова и др.).

Л. С. Выготский подчеркивал, что воздействие «социальной среды развития» на ребенка в значительной мере определяется не только характером этой среды, но и переживаниями и отношением самого субъекта к воздействующим на него обстоятельствам.

Утрата семьи — тяжелейшая трагедия в жизни ребенка, которая оставляет глубокий след в его судьбе. Проведенное нами анкетирование 30 детей младшего школьного возраста с разным уровнем интеллекта, находящихся в условиях социальной депривации, показало, что самое сильное желание у 78 % из них — «выйти из детского дома», «уехать из детского дома»,

«вернуться домой», «чтобы приехали родственники», «чтобы пришли папа с мамой», «забрали меня отсюда», «иметь семью». Анализируя данные опроса, можно сделать вывод о том, что ни одно учреждение, каким бы хорошим оно ни было, не сможет заменить семью ребенку. Желание иметь маму или папу является одной из главных естественных потребностей его.

В настоящее время активнее стала использоваться такая форма воспитания данной категории детей, как передача в семью усыновителей (приемные или патронатные родители), которая требует построения адекватной системы психолого-педагогического сопровождения.

Проблема психолого-педагогического сопровождения развития ребенка впервые была рассмотрена Г. Л. Бардиер (1993). Затем в исследованиях М. Р. Битяновой (1998), Б. С. Братуся, Е. В. Бурмистровой, И. В. Дубровиной, Е. И. Исаева и др. были раскрыты содержание и организация психолого-педагогического сопровождения. В работах С. Г. Косарецкого (2000) изучался предмет и задачи психолого-педагогического сопровождения. Е. И. Казаковой (2001) разработана концепция сопровождения как новой технологии образования. Проведенный нами анализ литературы показал, однако, что проблема психолого-педагогического сопровождения детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения, в условиях школы-интерната или детского дома изучена все еще недостаточно. В отношении детей, воспитывающихся в условиях приемной и патронатной семьи, разработано в основном психологическое сопровождение.

В настоящее время существуют разные подходы к определению понятия «психолого-педагогическое сопровождение». Под психолого-педагогическим сопровождением Т. Г. Яничева (2007) понимает систему организационных, диагностических, обучающих и развивающих мероприятий, направленных на создание оптимальных условий в образовательном пространстве. Н. В. Афанасьева (2007) полагает, что сопровождение — это система профессиональной деятельности специалистов, направленная на создание психолого-педагогических условий для успешного обучения и воспитания ребенка. Многие авторы (Г. Л. Бардиер, М. Р. Битянова, А. А. Деркач, В. А. Горянина и др.) рассматривают сопровождение как системную интегративную технологию социально-психологической помощи семье, личности и как один из видов социального патронажа, комплексной поддержки — социально-психологический патронаж.

Ю. В. Слюсарев (1992) отмечает, что сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна. Психологическое сопровождение направлено на поддержку и создание условий для восстановления потенциала развития и перехода личности к самопомощи, от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справляться со своими жизненными трудностями».

Как модель психологической помощи рассматривает сопровождение Н. Г. Осухова (2001). Она определяет его как специально организованный процесс, направленный на создание «переходного пространства» и безопасных условий для выхода негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом), реконструкцию субъективного образа мира и восстановление связи человека с самим собой, миром людей и обществом. Большую роль в процессе перехода из одних условий в другие играет личностно ориентированное взаимодействие ребенка и психолога, создание внутренних условий, помогающих пройти кризисный период жизни и выйти на новый уровень личностного развития.

Итак, если под понятием «психолого-педагогическое сопровождение» понимать и подразумевать помощь, поддержку и обеспечение, то можно считать, что процесс и методы сопровождения зародились вместе с развитием системы специального образования. В своей работе мы рассматриваем психолого-педагогическое сопровождение детей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости как совместную деятельность специалистов, направленную на создание комплексной системы медико-терапевтических, психолого-педагогических условий, способствующих успешной их адаптации, реабилитации и личностному росту в социуме.

Многие приемные родители боятся брать умственно отсталых детей из детского дома по причине сложности их воспитания. Но не только дефект ребенка, но и определенные стереотипы, имеющиеся в нашем обществе в отношении лиц с ограниченными возможностями, выступают в качестве причин отказа от такого гуманного намерения.

В 1969 году в США был проведен эксперимент, который описан Ю. Бронфенбреннером. В нем участвовали две группы

трехлетних умственно отсталых детей по 13 человек в каждой. Экспериментальная группа была отдана матерям, также имеющим умственную отсталость. Вторая группа воспитывалась в приюте. Через полтора года были получены следующие результаты: несмотря на интеллектуальное недоразвитие, матери с помощью любви и заботы добились повышения коэффициента умственного развития приемных детей на 28 баллов, а у детей приюта он снизился на 26 баллов. Это еще раз свидетельствует о том, что любой ребенок независимо от уровня его интеллекта нуждается в постоянном присутствии близкого человека. Теплота эмоционального контакта с ним формирует у ребенка базисное доверие к миру, ощущение безопасности, уверенности и способствует его интеллектуальному и личностному развитию [8].

В исследованиях Л. В. Занкова, Г. Е. Сухаревой, Д. Н. Исаева, Г. М. Дульнева, В. Г. Петровой, Ж. И. Намазбаевой, О. Е. Шаповаловой и др. было констатировано, что для всех умственно отсталых детей характерно недоразвитие эмоциональной сферы: недостаточная дифференцированность, косность и однообразие, нестабильность чувств, бедность оттенков, значительная ограниченность диапазона переживаний, слабость борьбы мотивов, крайний характер проявления радости, огорчения, веселья.

Надо отметить, что некоторые психоневротические и личностные расстройства, различные формы эмоциональных нарушений — гнев, депрессия, эмоциональная неприязнь — у умственно отсталых детей, находящихся в условиях детского дома, являются следствием нежелательной разлуки или разрыва с семьей, отражением нарушенной способности привязанностей.

Привязанность является первым социальным отношением, оказывающим решающее воздействие на то, как ребенок в дальнейшем будет взаимодействовать с окружающими, будет ли он испытывать доверие к миру и воспринимать его как безопасное, подходящее для жизни место.

Многочисленные зарубежные (Дж. Боулби, А. Адлер, А. Фрейд, Р. А. Шпиц и др.) и отечественные исследования психологов (Н. Н. Авдеева, М. Ю. Кистяковская, Л. И. Божович, С. Ю. Мешеряков и др.) доказали первостепенную значимость связи ребенка с биологической матерью и необходимость расширения внешних стимулов, вызывающих положительные эмоции у ребенка в раннем возрасте. И. Лангмейер, З. Матейчик (1984) от-

мечали, что младенцы, воспитывающиеся без матери, начинают страдать от отсутствия материнской заботы, эмоционального контакта с матерью лишь с седьмого месяца жизни, а до этого времени наиболее патогенным фактором является именно сенсорно обедненная внешняя среда.

М. Эйнсворт (1985), С. Карлсон (1998) в своих исследованиях показали связь между типом привязанности в младенчестве и наличием поведенческих проблем в дальнейшем развитии ребенка. Они полагают, что дети с надежной привязанностью доверяют окружающим людям и легко вступают в общение с ними. Дети с ненадежной привязанностью испытывают трудности во взаимодействии, избегают контактов, с тревогой и страхом относятся к незнакомым людям, у них наблюдаются нарушения поведения.

Вынужденные разлучения с семьей и утрата материнской заботы в раннем возрасте являются потенциально травматическими в течение многих лет жизни ребенка и оказывают серьезные неблагоприятные воздействия на развитие его личности. З.Фрейд (1926) считал, что «опасная ситуация является осознаваемой, вспоминаемой, ожидаемой ситуацией беспомощности».

Д. В. Винникотт пишет, что у ребенка, не получившего достаточно хорошего материнского ухода в детстве, развивается «ложное собственное Я». «В случае обычного опыта, достаточно хорошего “холдинга” мать способна обеспечить дополнительную эго-функцию и ребенок уже на ранней ступени обретает эго, очень слабое, но собственное эго, крепнувшее благодаря способности матери приспособиться к ребенку, идентифицирующейся с ребенком и поэтому знающей, каковы его основные потребности» [4, с. 31]. Когда мать держит ребенка на руках, осуществляются ранние невербальные коммуникации через ритм и тепло материнского дыхания, ее запах, сердцебиение. Это создает у ребенка чувство безопасности, и, окруженный заботой, он быстрее проходит фазы своего развития.

Ранний отрыв ребенка в первые дни и месяцы жизни и последующая за этим психическая депривация приводят к тяжелым последствиям для интеллекта и личностных функций, отклонениям в поведении, которые тяжело поддаются исправлению (К. Лоренц, 1935; Дж. Боулби, 1951; А. Фрейд, 1949). Именно в эти годы образуется «аффективное ядро» личности ребенка.

ка. В зависимости от первичных предпосылок интеллектуального развития у многих детей-сирот при неправильном воспитании (неадекватные эмоционально-сенсорные воздействия, наставления, правила, исходящие от взрослых) формируется олигофрено-подобный синдром.

Наиболее общие последствия ранней психической депривации достаточно подробно и глубоко проанализированы Й. Лангмейером и З. Матейчиком.

Последствия материнской депривации зависят от времени и возраста разлуки с матерью. Дж. Боулби отмечал, что только после 6 месяцев возникает тесная эмоциональная связь. И долговременная разлука с матерью в первые 3—5 лет жизни приводит к нарушению психического здоровья и развитию личности по невротическому типу, появляются различные защитные механизмы.

Как компенсация неудовлетворенности естественной потребности ребенка в нежности, физическом контакте с матерью появляются в возрасте от 4 до 11 лет аутостимуляторные (раскачивание тела) и патологические привычные действия: сосание пальца, кусание ногтей, выдергивание волос (Каган В. Е., 1979; Шевченко Ю. С., 1989).

По мнению О. Кларк (1976), О. Коннор (2000) и др., восстановление депривированных детей идет успешно, если они испытывали депривацию не более двух лет и не пережили физического насилия.

Итак, ребенка желательно передать в приемную семью до трехлетнего возраста, независимо от степени нарушения его эмоциональной привязанности. После 4—5 лет дети не могут образовать новую привязанность из-за недоверия к взрослому. Утрата матери в период от 6 месяцев до 5 лет является патогенным фактором в развитии ребенка.

Разрыв диады «мать — дитя», различные виды депривации приводят к эмоциональным и личностным нарушениям умственно отсталых детей, но мы считаем, что основное влияние на их развитие оказывает социальная среда.

Проведенное нами исследование по изучению эмоциональной сферы умственно отсталых младших школьников, находящихся в условиях социальной депривации, доказало, что высокий уровень тревожности наблюдается в основном у детей интернированных учреждений независимо от уровня их интеллек-

та. При проведении качественного анализа обнаружилось, что их тревожность связана с неудачами в общении, особенно в ситуациях, моделирующих отношения «ребенок — ребенок». Путем длительного наблюдения мы выявили, что причинами повышенной тревожности у воспитанников могут стать:

- ◀ напряженная психологическая атмосфера в группе;
- ◀ непродуманная организация межличностного общения в системе «ребенок — ребенок»;
- ◀ низкий уровень коммуникативных и игровых навыков;
- ◀ внутриличностные конфликты;
- ◀ смена социальной позиции и среды ребенка;
- ◀ отсутствие умения объективно оценивать ситуации, негативный опыт общения и трудности в различении эмоций.

Высокая тревожность как основа эмоциональных трудностей возникает и вследствие фрустрации потребности в надежности, защищенности со стороны ближайшего окружения и отражает неудовлетворенность в этой потребности (А. М. Прихожан, 2007).

Итак, как мы видим, влияние низких оценочных суждений в адрес детей со стороны воспитателей и педагогов в интернатных учреждениях приводит к их неудовлетворенности собой и своей деятельностью. Причины низкого оценивания связаны в основном с соблюдением режима или дисциплины: «не ложусь спать, когда говорят», «громко говорю», «не слушаюсь».

В фрустрационных ситуациях отмечаются интропунитивные реакции, которые в основном оказываются направлены на себя. У 46,6 % детей наблюдаются завышенные требования к себе и своим поступкам, несмотря на неадекватное восприятие ситуаций и самих себя, высокая чувствительность к различного рода препятствиям, неготовность преодолевать трудности, снижение потребности в достижении и успехе. Они интуитивно понимают: полагаться можно только на самих себя. В большинстве высказываний (40 %) отражалась агрессия в форме осуждения, самобичевания, то есть обращенная на самих себя. Дети старались самостоятельно найти выход из ситуации из-за собственного признания чувства вины.

Таким образом, проведенный анализ особенностей эмоционально-личностных качеств умственно отсталых младших школьников, находящихся в условиях социальной депривации, позволяет сделать следующие выводы:

- ◀ специфическая средовая ситуация развития интернатных

учреждений (недостаток эмоционально положительных отношений, дефицит эмоциональных контактов с окружающими, постоянное стремление умственно отсталого ребенка к признанию педагогами) затрудняет позитивное эмоциональное развитие и не способствует развитию эмоциональных процессов;

- ◀ условия жизни не направлены на развитие способностей воспитанников и на формирование адекватной самооценки;

- ◀ не создаются оптимальные условия для обеспечения психологического комфорта в условиях детского дома и предоставления воспитаннику разнообразных возможностей для самоутверждения;

- ◀ отношение воспитателей к детям в детском доме формирует у них безынициативность, высокую тревожность, враждебность, готовность к послушанию, психологическую зависимость от взрослых.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что помещение ребенка в приемную семью является вынужденной необходимостью и требуется тщательная разработка системной модели психолого-педагогического сопровождения умственно отсталого ребенка в этих условиях.

Целью такого сопровождения являются создание и обеспечение условий для его адаптации и личностного развития.

При этом специалисты решают следующие задачи:

- ◀ предупреждение возникновения проблем в развитии ребенка в период адаптации;

- ◀ помощь ребенку в решении актуальных задач развития;

- ◀ обучение способам и приемам разрешения проблемных ситуаций. В процессе сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую поддержку для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справляться со своими жизненными трудностями»;

- ◀ экстренная помощь в кризисной ситуации.

Для комплексного подхода к решению задач психолого-педагогического сопровождения, оказания более эффективной и профессиональной медико-психолого-педагогической помощи детям с умственной отсталостью, психологической поддержки приемных родителей необходимо создание междисциплинарной команды. В такую команду целесообразно включать следующих специалистов: врача-невропатолога (психоневролога), врача-психиатра, психолога, педагога-дефектолога, логопеда. При

работе с семьей к этой команде присоединяются социальный работник, юрист, психолог-консультант по работе с семьей, психотерапевт, специализирующийся на реабилитации детей, пострадавших от жестокого обращения. Однако простое объединение людей с различными знаниями не способно дать эффект командной работы. Для достижения этой цели каждый член команды должен иметь высокую профессиональную квалификацию и обладать способностью работать в условиях партнерства. Вся группа специалистов определяет общую цель, рассматривает общие подходы и решает одни и те же поставленные задачи, для реализации которых она соблюдает взаимную ответственность. Работа междисциплинарной команды с ребенком предполагает следующие этапы:

- ◀ медико-психолого-педагогическая диагностика;
- ◀ выявление структуры (профиля) нарушения;
- ◀ комплексный структурный анализ состояния ребенка;
- ◀ определение психологической структуры зоны ближайшего развития;
- ◀ обмен мнениями;
- ◀ конструирование индивидуальных коррекционных программ;
- ◀ отбор коррекционно-развивающих технологий;
- ◀ распределение обязанностей между членами;
- ◀ оценка ситуации и планирование вмешательства;
- ◀ разработка системы коррекционных и развивающих мероприятий;
- ◀ подбор форм и методов сопровождения;
- ◀ вмешательство;
- ◀ анализ проделанной работы;
- ◀ завершение работы.

По необходимости проводится консультативно-просветительская работа педагогического персонала и администрации школы, где учится ребенок. Важно также, чтобы каждый член команды располагал банком данных о различных учреждениях, где могут оказать помощь умственно отсталому ребенку и приемным родителям.

Большое значение работы междисциплинарной команды состоит в том, что недостаточность знаний по смежным специальностям в ней компенсируется взаимодействием специалистов. Работа в команде позволяет осуществлять комплексный под-

ход к ребенку и создавать реальные возможности для реализации важнейших принципов его психолого-педагогического сопровождения:

- ◀ комплексный, междисциплинарный подход к решению любой проблемы в развитии ребенка;
- ◀ непрерывность сопровождения его развития;
- ◀ приоритет интересов ребенка;
- ◀ личностный подход;
- ◀ равнозначность профилактических, адаптационных и коррекционно-развивающих программ помощи ребенку в проблемной ситуации и программ предупреждения возникновения проблемных ситуаций (Н. Г. Осухова, 2001).

С помощью такого комплексного подхода удается осуществить индивидуально ориентированное сопровождение ребенка и системно ориентированное сопровождение его в приемной семье.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка осуществляется поэтапно и начинается в условиях детского дома, где ведется подготовка к передаче ребенка в семью.

На предварительном этапе проводится:

- ◀ анализ анамнестических данных и сбор информации о семье ребенка, его родственниках;
- ◀ изучение результатов психологической диагностики, медицинских диагнозов, личной психологической карты воспитанника;
- ◀ выявление наиболее отстающих в развитии функций познавательной деятельности;
- ◀ рассмотрение основных проблем в личностной и эмоциональной сфере ребенка, анализ игровой и продуктивной деятельности;
- ◀ определение уровня адаптивности, то есть способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими как в благоприятных, так и в экстремальных жизненных ситуациях.

На основе результатов диагностики определяются необходимые условия для позитивного психического развития и полноценной адаптации ребенка в приемной семье.

На втором этапе создаются условия для знакомства и установления доверительных отношений с приемными родителями, осуществляется подготовка ребенка к помещению в семью.

Адаптация ребенка в приемной семье — самый сложный этап, который требует особого внимания и поддержки специалистов. Привыкание к изменившейся обстановке и к друг другу, приспособление к требованиям и правилам поведения приемных родителей, тоска по воспитателям детского дома и друзьям сопряжены с серьезными трудностями в адаптации ребенка к условиям семьи.

Желательно, чтобы приемные родители вели дневник наблюдений, делая в нем заметки о поведении ребенка и возникающих на каждом этапе адаптации проблемах, пытались создать благоприятную социально-педагогическую развивающую среду, включающую в себя специально организованное предметно-игровое окружение. При необходимости специалистами разрабатывается адаптационная программа, в которой описываются необходимые условия организации адаптационного процесса, его содержание и педагогические возможности.

По окончании периода адаптации на основе результатов пролонгированной диагностики составляется мониторинг развития ребенка, разрабатывается индивидуальный план коррекционно-реабилитационной работы с ним, программа психолого-педагогической поддержки. Формы, методы помощи и психолого-педагогического сопровождения определяются содержанием проблемы ребенка, приемных родителей и реализуются в ходе деятельностного этапа.

На протяжении всего периода адаптации проводится психолого-педагогическое сопровождение приемных родителей, которое предполагает целостный и непрерывный комплекс мер, предусматривающий реализацию адекватных форм, методов, приемов взаимодействия с ребенком. Данный комплекс включает в себя различные формы работы: динамическое наблюдение за психологическим состоянием членов семьи, психологическое и педагогическое индивидуальное консультирование по проблемам воспитания и развития ребенка, а также взаимоотношений в семье, просвещение, семинары-практикумы, психолого-педагогические консилиумы, тренинговые занятия.

В процессе сопровождения решаются следующие задачи:

- ◀ ознакомление будущих приемных родителей с особенностями психофизического, психического и возрастного развития умственно отсталого ребенка;
- ◀ изучение истории жизни ребенка и анализ его прошлого;

◀ выяснение причины неадекватного поведения, проблемы в обучении, эмоциональном благополучии и психическом здоровье детей;

◀ выявление психологических проблем и педагогических трудностей родителей;

◀ определение адекватного содержания методов и приемов педагогического воздействия;

◀ оказание помощи в преодолении кризисной ситуации;

◀ снятие эмоциональной напряженности и конфликтности в семье;

◀ разрешение проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях.

Работа «Школы приемных родителей» способна помочь эффективно организовать осуществление образовательной программы.

Рекомендации приемным родителям

1. При общении с умственно отсталыми детьми недопустима грубость, нетерпимость, невыдержанность, так как эти черты появляются в их поведении. Эмоциональные реакции агрессии, гнева на ситуацию зависят от внешних условий и от отношения такого ребенка к окружающим.

2. Одобрение, похвала формируют у детей адекватные модели поведения и положительное отношение к окружающим людям. Позитивная оценка взрослого должна следовать немедленно, так как отсутствие реакции приводит к снижению активности.

3. Создание ситуации успеха и поощрение как авансированное доверие к возможностям ребенка стимулируют развитие положительных качеств личности, вызывают стремление к совершению правильных поступков.

4. Детям с умственной отсталостью, особенно в младшем школьном возрасте, трудно адекватно оценить свои действия и поступки, выработать к ним правильное отношение. Завышенная самооценка затрудняет межличностное взаимодействие с окружающими и снижает возможность выбора адекватного способа поведения в различных ситуациях. В этом им необходима помощь взрослых.

5. Сочетание обиды и любви к кровным родителям, скрытое стремление к получению заботы у приемных воспитателей проявляются в грубости, повышенной возбудимости, непослушании ребен-

ка. Из-за эмоциональной неустойчивости и сниженного уровня интеллекта он тяжело преодолевает душевные конфликты и легко теряет контроль над своими аффективными проявлениями. Обучайте ребенка выражению своих переживаний адекватным, социально приемлемым способом.


6. Сниженная способность к пониманию эмоциональных состояний других людей, недостаточная чувствительность к психическим состояниям, недоразвитие эмпатии затрудняют межличностное общение и усугубляют нарушения в эмоциональной сфере ребенка. Старайтесь побольше играть с ребенком в игры, моделирующие отношения людей, создавайте условия для развития умения «видеть» и понимать эмоциональные проявления людей, обогащайте его эмоциональный опыт.

7. Атмосфера тепла и принятия, психологического комфорта, создание чувства защищенности, устойчивое позитивное и доброжелательное отношение родителей к ребенку являются фундаментальной основой его психического развития и способствуют его успешной адаптации в новых условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афанасьева, Н. В.* Профорориентационный тренинг для старшеклассников «Твой выбор» / Н. В. Афанасьева, Н. В. Малухина, М. Г. Пашнина. — СПб. : Речь, 2007. — 366 с.
2. *Битянова, М. Р.* Организация психологической работы в школе / М. Р. Битянова. — М. : Совершенство, 1998.
3. *Боулби, Д.* Создание и разрушение эмоциональных связей / Д. Боулби. — М. : Академический Проект, 2006. — 232 с.
4. *Винникотт, Д. В.* Маленькие дети и их матери / пер. с англ. Н. М. Падалко // Д. В. Винникотт. — М. : Независимая фирма «Класс», 1998. — 80 с.
5. *Лангмейер, Й.* Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. — Прага, 1984.
6. *Осухова, Н. Г.* Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации // Школьный психолог. — 2001. — № 31. — С. 2 — 16.
7. *Петрова, В. Г.* Психология умственно отсталых школьников / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. — М. : Академия, 2004. — 160 с.
8. *Прихожан, А. М.* Психология сиротства / А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых. — СПб. : Питер, 2007. — 416 с.
9. *Яничева, Т. Г.* Приемная семья. Психологическое сопровождение и тренинги / Т. Г. Яничева. — СПб. : Изд. Речь, 2007. — 352 с.

3.3. Ребенок в неполной семье

 *Е. Б. Синева*, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Центральный вопрос, который, по нашему мнению, должен интересовать родителя, воспитывающего ребенка, как говорят в народе, «на одних руках», должен быть, конечно же, о том, каков процент успеха в педагогической практике может дать один из родителей своим детям за исключением доли воспитания, осуществляемого другим. Этот вопрос уходит корнями в гендерную проблему. Одним из лучших мировых специалистов в этой области признана Шон Меган Берн. Исследователем выполнен серьезный социально-психологический анализ, который раскрывает многие вопросы, связанные с особенностями пола человека и его психологическими различиями. Труд этого ученого (первый в России учебник по социальной психологии пола и гендера) должен стать отправным для каждого, кто сколько-нибудь серьезно занимается проблемами воспитания подрастающего поколения.

Многие родители, воспитывающие своих детей в неполной семье, особенно в первые годы воспитательной функции, утверждают: «Ничего страшного, воспитаю один(а)». Однако исключая второго родителя (либо мать, либо отца), мы лишаем ребенка одного из образцов модели мужского или женского поведения. Как же это может сказаться на дочери или сыне в дальнейшей их жизни?

Шон Меган Берн, рассуждая в своем труде о гендерно-ролевой социализации, пишет: «Наша культура мириадами способов доносит до каждого человека утверждение, гласящее, что мужчины и женщины — разные существа и должны таковыми оставаться» [4, гл. 1], — и дает определение терминам *социализация, социальные нормы, гендерные роли, нормативное и информационное давление, социальная проверка* и комментарий к ним, который, на наш взгляд, очень значим для семейного воспитания.

«**Социализация (Socialization)**. Процесс, посредством которого человек обучается соответствующим моделям поведения в обществе, ценностям и т. д.

С позиций сформулированной Колбергом (Kohlberg, 1966) теории когнитивного развития (cognitive-developmental theory) гендера, вся информация, касающаяся гендерного поведения, отражается у нас в сознании в виде гендерных схем (gender schemas). В них содержится все, что данный человек знает о гендере. Акцентируя наше внимание на отдельных вещах, гендерные схемы влияют на переработку информации и, кроме того, оказывают воздействие на память, так как легче запоминается та информация, которая вписывается в рамки уже имеющихся представлений» [4, гл. 1].

«Социальные нормы — это основные правила, которые определяют поведение человека в обществе. По мнению социальных психологов, объяснение многих гендерных различий следует искать не в гармонах и хромосомах, а в социальных нормах, приписывающих нам различные типы поведения, аттитюды и интересы в соответствии с биологическим полом. Наборы норм, содержащие обобщенную информацию о качествах, свойственных каждому из полов, называются половыми, или гендерными, ролями. Часть этих социальных норм внедряется в сознание через телевидение и популярную литературу, ряд других мы получаем непосредственно, например испытывая неодобрение со стороны общества, когда отклоняемся от ожидаемого гендерно-ролевого поведения.

Представление о том, что значительная часть нашего поведения напрямую зависит от социальных норм и социального контекста, давно принято наукой...

Игли (Eagly, 1987) выдвинула предположение, что гендерные стереотипы, в сущности, являются социальными нормами. Это означает, что у всех нас есть представления о том, что мужчинам и женщинам свойственны определенные наборы конкретных качеств и моделей поведения, что подавляющее большинство людей придерживается этой же точки зрения и что обычно мы отдаем себе отчет, какое именно поведение считается правильным для представителей того или иного пола. Социальные психологи считают, что есть две основные причины, из-за которых мы стараемся соответствовать гендерным ожиданиям, — это нормативное и информационное давление.

Термин «нормативное давление» (normative pressure) описывает механизм того, как человек вынужден подстраиваться под общественные или групповые ожидания (социальные нормы), чтобы общество его не отвергло. Нормативное давление очень важно в нашей приверженности гендерным ролям.

Информационное давление (informational pressure) вызвано тем, что, расширяя наши знания о себе и о мире, стремясь понять, какой позиции следует придерживаться в тех или иных социальных вопросах, мы в большой степени опираемся не на собственный опыт, а на информацию, предоставляемую окружающими (Smith, 1982). Другими словами, иногда мы подчиняемся не просто из-за того, что боимся осуждения общества, а потому, что без направляющего воздействия других мы действительно не знаем, что думать, чувствовать и делать. При этом мы обращаемся за подсказкой к окружающим и следуем их примеру. Мы живем в цивилизации, которая создана людьми и без них не поддается пониманию. Исходя из этого можно сказать, что полагаться на окружающих, чтобы расширить наши познания в социальных вопросах и о мире, в котором мы существуем, — это правильное поведение, поскольку в целом оно способствует скорейшей адаптации. Чалдини (Cialdini, 1993) отметил следующую особенность: чтобы определить, что именно является правильным, мы стараемся разузнать, что считают правильным другие, а свое поведение мы считаем правильным только до тех пор, пока наблюдаем его у окружающих (он назвал это социальной проверкой).

Социальная проверка (Social proof). Человек оценивает свое поведение как правильное, пока наблюдает такое же поведение у членов референтной группы. Подчинение гендерным нормам в разных ситуациях может выступать то как уступчивость, то как одобрение или идентификация.

Хотя в подавляющем большинстве случаев нашей реакцией будет почти автоматическое подчинение социальным нормам, бесспорно, существуют ситуации, когда мы этого не желаем. Социальные психологи признают, что, если люди подчиняются, это совсем необязательно означает, что они согласны с социальным договором. Иногда мы изменяем свое поведение, чтобы привести его в соответствие с социальными нормами, даже если в действительности их не приемлем. Этот тип подчинения получил название уступчивость (желание избежать социального наказания и завоевать социальное одобрение), а основу его составляет нормативное давление.

Уступчивость (Compliance) — тип подчинения социальным нормам, когда человек не приемлет их, но приводит свое поведение в соответствие с ними, чтобы избежать наказания и получить социальное одобрение.

Одобрение, интернализация (Acceptance) — тип подчинения социальным нормам, когда человек с ними полностью согласен.

Идентификация (Identification) — тип подчинения социальным нормам, при котором человек повторяет действия ролевой модели» [4, гл. 1].

Каждого родителя интересует механизм гендерно-ролевого поведения ребенка. Шон Меган Берн рассматривает этот вопрос с позиций дифференциального усиления, относимого исследователем к процессу социализации, в ходе которого приемлемое для данного общества поведение поощряется, а неприемлемое наказывается социальным неодобрением» [4, гл. 1].

Вскрывая проблемы усвоения ролей мужчины и женщины, авторы Ю. Е. Алешина, А. С. Волович (1991) отмечали, что «существующие в обществе полоролевые стереотипы оказывают большое влияние на процесс социализации детей, во многом определяя его направленность. Исходя из своих представлений о качествах, характерных для мужчин и женщин, родители, зачастую сами этого не осознавая, поощряют детей проявлять именно эти, полоспецифические черты» [2, с. 75]. Например: мужчина должен быть сильным, независимым, активным, рациональным, ориентированным на индивидуальные достижения; женщина — всегда слабая, зависимая, пассивная, мягкая, эмоциональная, ориентированная на других, экспрессивная и т. п.

В подтверждение этой точки зрения Ю. Е. Алешина, А. С. Волович, а также Я. Л. Коломинский, М. Х. Мелтсас ссылаются на труды западных ученых: К. А. Hildebrandt, Н. Е. Fitzgerald (1979). Они подчеркивают, что у взрослых, оценивающих внешность младенцев, информация о поле ребенка существенно влияет на оценку детской внешности и его поведения.

◀ Если родители видят перед собой милovidных младенцев, то в большинстве случаев их считают девочками: «В ряде экспериментальных исследований констатируется, что с момента рождения ребенка родители ведут себя по-разному с детьми разного пола и что они возлагают на них разные чаяния. Маленькие девочки, по мнению взрослых, имеют более приятную внешность по сравнению с мальчиками» [16, с. 166].

◀ Негативные эмоции у «мальчика» раннего возраста часто

воспринимаются как проявления гнева, а у «девочки» — страха, то есть с самого начала жизни социальный мир поворачивается к мальчику и девочке разными сторонами (Ю. Е. Алешина, А. С. Волович, 1991).

◀ «Дж. Кондри и С. Кондри (1976) провели эксперимент и одного и того же девятимесячного ребенка показали половине испытуемых как мальчика, а другой половине как девочку. Те, кто воспринимал его как мальчика, считали ребенка более радостным, активным, бесстрашным. Когда ребенок воспринимался как девочка, его негативные эмоции считались проявлениями боязливости, а если как мальчик — гнева. Оценки мужчин в большей мере зависели от пола ребенка» [16, с. 166].

Формирование у ребенка половой принадлежности

И. С. Кон утверждает, что «...все или почти все онтогенетические характеристики личности являются не просто возрастными, но и половозрелыми, а самая первая категория, в которой ребенок осмысляет собственное «Я», — это половая принадлежность» [19, с. 58]. В работе «Психология половых различий» (1981) автор обозначает, что «первичная половая идентичность, то есть знание своей половой принадлежности, складывается обычно уже к 1,5 года и является наиболее устойчивым, стержневым элементом самосознания. С возрастом объем и содержание этой идентичности меняются, причем это часто связано с умственным и социальным развитием ребенка. Двухлетний ребенок знает свой пол, но еще не умеет обосновать эту атрибуцию» [18, с. 48].

Из учебника по гендерной психологии Шон Меган Берн и работ И. С. Кона следует, что становление полового различия в ребенке ярко обозначает себя в 3 года и 7 лет, именно в это время происходят всем известные знаменитые кризисы (по Л. С. Выготскому и Д. Б. Эльконину) трех и семи лет.

«Уже в 3 года дети с уверенностью относят себя к мужскому или женскому полу (это называется гендерной идентификацией (gender identification)). В это время дети начинают замечать, что мужчины и женщины стараются по-разному выглядеть, заниматься разной деятельностью и интересоваться разными вещами. Часто взрослые непреднамеренно стимулируют гендерную идентификацию, регулярно упоминая гендер ребенка («какой(ая) хороший(ая) мальчик/девочка») или говоря детям: «мальчик/девочка так де-

лать не должен(а)». К 7 годам, а часто даже в 3 — 4 года, дети достигают гендерной константности (gender constancy) — понимания, что гендер постоянен и изменить его невозможно (Bem, 1989; Emmerich et al., 1977; Martin & Halverson, 1983 b). Еще до того как пойти в начальную школу, дети проявляют достаточно серьезные знания о гендерных различиях в игрушках, одежде, действиях, объектах и занятиях (Serbin et al., 1993).

Как только завершается гендерная идентификация и ребенок начинает замечать различия, существующие между мужчинами и женщинами, у него обычно проявляется повышенное внимание к ролевым моделям, обладающим тем же полом, что и он сам, обусловленное желанием быть самым лучшим мальчиком или девочкой. В ходе этого процесса, который Колберг в 1966 году обозначил термином социализация Я (self-socialization), мальчики обычно подражают поведению мужчин, а девочки — поведению женщин. Описанное явление называется дифференциальным подражанием (differential modeling), и оно вполне согласуется с теорией социального научения (social learning theory) (Bandura, 1977), которая постулирует, что мы можем научиться различным типам поведения путем наблюдения за людьми и за тем, наказываются или поощряются их действия. Большинство мальчиков в возрасте от двух до трех лет пробуют надевать мамины туфли, играть с ее косметическими принадлежностями, красить ногти лаком. Однако когда завершается процесс гендерной идентификации и мальчики достигают константности, то с пониманием, что все эти занятия предназначены для девочек, они приходят к тому, что начинают подражать поведению мужчин» [4, гл. 1].

Говоря о возрастном периоде дошкольника от 3 до 7 лет, И. С. Кон замечает, что «к 3 — 4 годам ребенок ясно различает пол окружающих его людей (разная реактивность на мужчин и женщин наблюдается уже у 7 — 8-месячных младенцев и даже раньше), но часто ассоциирует его со случайными внешними признаками, вроде одежды, и допускает принципиальную обратимость, возможность изменения пола (хотя в действительности изменение половой идентичности ребенка в этом возрасте уже весьма сложно). В 6 — 7 лет ребенок окончательно осознает необратимость половой принадлежности, причем это совпадает с бурным усилением половой дифференциации деятельности и установок: мальчики и девочки по собственной инициативе выбирают разные игры и партнеров, у них прояв-

ляются разные интересы, стиль поведения и т. д.; стихийная половая сегрегация (однополые компании) способствует кристаллизации и осознанию половых различий» [18, с. 48].

В работе Ю. Е. Алешиной и А. С. Волович (1991) дается очень подробное описание специфики социализационной ситуации для каждого пола. Прежде всего авторы подчеркивают, что несомненным на процесс усвоения половой роли оказывается то влияние, которое имеют на ребенка люди, служащие ему моделью полоспецифического поведения и источником информации о половой роли. При этом авторы опираются на воззрения Ch. Henshall, J. McGuire (1986).

Специфика социализационной ситуации для мальчиков по Ю. Е. Алешиной, А. С. Волович

«Сравнивая социализационные ситуации мальчиков и девочек, можно утверждать, что мальчик находится в значительно менее благоприятной ситуации, чем девочка. Так, мать традиционно проводит с маленьким ребенком гораздо больше времени. Отца же ребенок видит реже и не в таких значимых ситуациях, поэтому обычно в глазах младенца он является менее привлекательным объектом. В связи с этим как для девочки, так и для мальчика практически в любой культуре первичной оказывается идентификация с матерью, то есть феминная идентификация (Stockard J., Jonson M. M., 1989).

Ситуация осложняется тем, что практически все, с кем близко сталкивается ребенок, особенно в современном российском обществе (воспитатели детского сада, врачи, учителя), — женщины. Неудивительно, что в итоге мальчики гораздо меньше знают о поведении, соответствующем мужской половой роли, чем женской.

В сочетании с недостатком ролевых моделей такое давление приводит к тому, что мальчик вынужден строить свою половую идентичность преимущественно на негативном основании: не быть похожим на девочек, не участвовать в женских видах деятельности и т. п. (Hartley R. E., 1959). При этом в нашей стране ребенок имеет относительно мало возможностей для собственно маскулинных проявлений (например, агрессии, самостоятельности, двигательной активности и т. п.), так как взрослые относятся к ним достаточно амбивалентно, как к источнику беспокойства. (Свидетельством распространенности подобного отношения является психотерапев-

тическая практика, в которой гиперактивность и агрессивность независимо от пола ребенка являются значительно более распространенными поводами для обращения родителей за помощью, чем вялость и заторможенность.) Поэтому стимуляция со стороны взрослых также является преимущественно негативной: не поощрение «мужских» проявлений, а наказание за «немужские». В качестве примера можно привести типичное родительское высказывание: «Как не стыдно плакать, ты же мальчик». При этом мужские способы реакции на обиду или не предлагаются, или обесцениваются («нельзя драться»). Таким образом, от ребенка с помощью угроз и гнева тех, кто ему близок, требуется делать что-то, что не является для него достаточно ясным и основано на причинах, которых он не понимает. Такое положение вещей ведет к нарастанию тревоги, что часто проявляется в чрезмерных усилиях быть маскулинным и в паническом страхе делать что-то женское. В результате мужская идентичность формируется прежде всего как результат отождествления себя с некоторой статусной позицией или социальным мифом о том, «каким должен быть мужчина». Неудивительно, что созданная на таком основании идентичность является диффузной, легко уязвимой и одновременно очень ригидной.

Особенно усиливается социальное давление на мальчика с переходом в общественную систему воспитания — дошкольное учреждение или школу, так как, с одной стороны, учителя и воспитатели отличаются значимо более высоким традиционализмом, а с другой — сами родители, готовя ребенка к встрече с новой для него ситуацией социальной оценки, повышают жесткость своих нормативных стандартов.

Все это приводит к тому, что настает момент в социализации мальчика, когда ему необходимо отказаться от «женского мира», его ценностей и создать свой, мужской. Переход к этому этапу обычно начинается в 8 — 12 лет, когда возникают первые детские компании, формируются близкие межличностные отношения со сверстниками, на которые мальчик отныне может опираться как на источник мужских ролевых моделей и сферу реализации маскулинных качеств (Hagreaves D.J., Colley A. M., L., 1986). Этот процесс, получивший название мужского протеста, характеризуется ярким негативизмом по отношению к девочкам и формированием особого «мужского», подчеркнуто грубого и резкого стиля общения» [2, с. 75—77].

*Специфика социализационной ситуации
для девочек по Ю. Е. Алешиной, А. С. Волович*

«Новорожденной девочке «везет», конечно же, больше. Она с самого начала имеет соответствующую ее полу ролевую модель, поэтому ей в дальнейшем не придется отказываться от своей первичной идентификации с матерью. Врачи, воспитатели детского сада, учителя только помогут ей сформировать адекватный образ себя как женщины. Отсутствие в культуре жесткого стереотипа «настоящей женщины», разнообразие представлений о подлинно женских качествах (Hagreaves D. J., Colley A. M., L. 1986) также облегчают формирование полоролевой идентичности, давая девочке широкие возможности соответствовать стереотипу, оставаясь самой собой. В то же время, как показывают современные исследования, уже в отношениях девочки с матерью есть свои специфические проблемы, имеющие серьезные последствия для ее полоролевой социализации.

Одной из важнейших задач формирования детской личности является разрушение первичной симбиотической диады «мать — дитя», в которой ребенок не воспринимает себя и фактически не существует как отдельный субъект. Особенно актуальным проведение границ между собой и матерью является именно для девочки, так как в силу специфики собственного опыта (быть женщиной, дочерью и т. п.) мать склонна в большей степени воспринимать как свое продолжение дочь, а не сына.

Очень скоро выясняется, что, кроме всегда находящейся рядом мамы, есть еще один человек — отец, важность и значительность которого всячески подчеркивается окружающими. Причем чаще всего именно этот «важный» человек уделяет девочке сравнительно мало внимания (Weitzman L. W., 1979). Желание привлечь его может быть сопряжено с рядом негативных переживаний: во-первых, ощущение собственной вторичности по сравнению с притягательным миром мужчин; во-вторых, необходимость как-то проявить себя, чтобы добиться внимания. Говоря утрированно, именно переплетение этих двух тенденций в дальнейшем и определяет специфику полоролевой социализации девочки. Так, например, полученные на Западе эмпирические данные свидетельствуют о том, что поведение дочерей-дошкольниц ограничивается вмешательством родителей вдвое чаще, чем поведение сыновей (Weitzman L. W., 1979). Естественно, что такая ситуация также способствует формированию у девочки ощущения своей незначительности» [2, с. 77—78].

Разделяя точку зрения Ю. Е. Алешиной и А. С. Волович, хоте-

лось бы вместе с тем обратить внимание еще на одно важное наблюдение: если с раннего возраста отец в должной мере уделяет внимание своей дочери (восторгаясь ей, делает комплименты, заботится о ней, словно «она дама его сердца»), то девочка, вырастая, всегда прибегает к оценке своего родителя как отправной и по ней судит о себе и тех мальчиках, которые ее окружают, зачастую не позволяя им обращаться к себе ниже уровня, выставленного ее папой. Поэтому роль отца в становлении личности дочери вряд ли может быть преувеличена.

В. Е. Каган (1987), изучавший влияние образов родителей на представления детей о будущих супружеских ролях, сделал следующий вывод:

«Четко прослеживается корреляция «я-образа» с образами матери и себя как жены у девочек и девушек, себя как мужа — у мальчиков и юношей. Во всех группах образ матери коррелирует с образом себя как супруга и лишь у мальчиков — и с образом будущей жены. У девочек и девушек коррелируют образы отца и будущего мужа. Противоречие это между проекцией образов матери и отца на супружеские роли носит внешний характер, ибо речь идет лишь о коммуникативном аспекте этих образов, важном в подростковом возрасте и для мальчиков и для девочек. У девочек представление о будущем коррелирует с ассоциирующимися образами отца и будущего мужа, а также с «я-образом» и образом себя как жены; у девушек будущее предстает как опосредствованное образами матери и будущего мужа производное всех образов в их взаимосвязи. У мальчиков, напротив, связь будущего с «я-образом» усиливается, а связь с образами супружества становится полностью опосредствованной.

Таким образом, и у мальчиков и у девочек психологические портреты маскулинности и фемининности будущих супругов и будущих родителей достаточно хорошо согласуются в целом и на уровне их предпосылок. В установках мальчиков муж и жена подобно отцу и матери контрастны: он — маскулинен, она — фемининна. В установках девочек муж и жена, подобно отцу и матери, скорее фемининны, чем маскулинны.

Полученные данные свидетельствуют о том, что и восприятие подростками образов «я», родительской и будущей собственной семьи и их взаимосвязи достаточно четко дифференцированы по полу и возрасту, хотя существует вполне определенная закономерность оценки матери прежде всего через отношение, отца — через доминирование, а себя — через самовыражение» [12, с. 58].

Изучением вопросов воспитания детей в соответствии с их половыми различиями занимались Л. В. Градусова, В. Д. Еремеева, Н. С. Касьянова, Я. Л. Коломинский, Н. К. Ледовских, М. Х. Мелтсас, Э. К. Сулова, Т. А. Репина, Т. П. Хризман и др. Их педагогические исследования указывают на необходимость выбора воспитательных методов и приемов с учетом пола ребенка начиная с дошкольного возраста.

Лежащий в коляске младенец, по мнению Т. И. Чирковой (1999), должен всегда быть включен в диалог родителя с ним. Близкий взрослый начинает взаимодействие с дитем с корректного вопроса-предложения: «Сейчас будем одеваться. Какую кофточку хочет наша доченька (сынок) сегодня надеть (показывая две на выбор)?» Молчаливым ответом можно считать поворот головы малыша к той или иной вещи. Для любой категории малышей, будь то девочки или мальчики, это предложение позволит выполнить манипуляции в одевании без травмирования ребенка: сначала предложение (вопрос), затем реакция малышки и только потом действия близкого взрослого по выполнению ухода за ребенком. По-нашему мнению, особенно этим нельзя пренебрегать во взаимодействии с сыновьями, чтобы с самого раннего детства ставить дитя в «условия выбора» самой главной составляющей, которая поможет ребенку в течение его жизни в социуме иметь свою точку зрения, находить свое видение любой проблемной ситуации, не впадая в зависимость от окружающих. В условиях неполной семьи, где под крышей дома живут только двое — мать и сын, этот пункт воспитания может быть одним из главных, потому что научить мальчика самостоятельности в решении трудных жизненных вопросов — работа кропотливая. И именно это должно заботить больше всего мать. Если же близкий взрослый постоянно ставит свою точку зрения в качестве единственно верной в период роста ребенка до 18 лет, то вряд ли можно рассчитывать на инициативу юноши-сына в дальнейшей его жизни и в частности в триаде мать — сын — жена, то есть после свадьбы детей. Этот пункт привязанности матери к сыну вряд ли может быть преувеличен, так как, рассматривая отношения матери и дитя с психоаналитических позиций, можно констатировать, что «чувство привязанности матери к ребенку возникает не вдруг, после его рождения, а проходит длительный путь становления начиная с периода вынашивания беременности (а возможно, и раньше), а сама

проблема привязанности выводится в чисто человеческий план» [5, с. 40]. «Отношения матери с ребенком определяются ее собственной историей до и после рождения. Так, внутренние конфликты и тревоги, относящиеся к прошлым стадиям развития, оживают в данной кризисной точке человеческой жизни (беременности) и воздействуют на реальный образ ребенка в течение его жизни» (Pines D., 1972).

Остановимся более подробно на воспитательном потенциале семей, где ребенка растит одна мама. Существуют две противоположные точки зрения на эту ситуацию. С точки зрения одной из них ребенок обречен в таком случае на грубые отклонения в поведении, моральную неполноценность. Согласно другой — мать способна дать ребенку все, что нужно. В подтверждение последнего взгляда стоит вспомнить слова И. С. Кона о том, что «фактически образцом для мальчика часто служит не отец, а какой-то другой мужчина; кроме того, поведение детей далеко не всегда повторяет поведение их взрослых моделей. Например, однополые мальчишеские группы возникают явно не от того, что мальчики видят, как их отцы избегают женского общества. Теорию половой типизации упрекают в механистичности, ребенок выступает в ней скорее как объект, чем как субъект социализации. С этих позиций трудно объяснить появление многочисленных, не зависящих от характера воспитания индивидуальных вариаций и отклонений от половых стереотипов; кроме того, многие стереотипные мальчишеские и девчоночьи реакции вообще складываются стихийно, независимо от обучения и поощрения. Теория самокатегоризации в известной мере синтезирует оба подхода, предполагая, что представления ребенка о соответствующем его полу поведении зависят как от его собственных наблюдений за поведением мужчин и женщин, служащих ему образцами, так и от одобрения или неодобрения, вызываемого такими его поступками у окружающих» [18, с. 50].

Проблемы воспитания детей без отца, а именно причины отклоняющегося детского поведения, лежат не только в отсутствии отца как такового. Это может быть лишь предпосылкой нарушений в развитии сына (дочери), а корень проблемы — это, скорее, типы ошибочного поведения матери, воспитывающей ребенка в неполной семье (Воронцова Г. Г., 2002).

Рассмотрим некоторые из них.

◀ *Гиперопека*. Ребенок в такой семье — центр смысла жизни матери, с ним связаны все ее надежды. Отсюда обостренное, повышенное внимание к ребенку, мелочный контроль детского поведения, чрезмерная забота, запреты и ограничения. По мнению психиатров и психоневрологов, гиперопека матери — одна из самых частых причин развития неврозов у детей, особенно у мальчиков.

◀ *Гипоопека* — противоположное гиперопеке явление. В этом случае мать очень занята собой, своими проблемами. Ребенок же остается без надзора и руководства. Возможны варианты данной ошибки: скрытая гипоопека, когда контроль и забота носят формальный характер; отношения в семье обременены проявлениями аффективности, когда злость, неудачи, проблемы мать вымещает на ребенке, который в таких случаях является самым «удобным» объектом для выражения накопившегося негодования (В. Н. Дружинин, 1996).

◀ *«Борьба с образом мужа»*. Для подавляющего большинства женщин (как, впрочем, и мужчин) развод — это серьезная драма. Чтобы оправдать его неизбежность, женщина нередко утрирует в своем сознании отрицательные черты бывшего мужа, очерняет его и как образ отца. Ребенку в таком случае навязываются отрицательные представления об отце. Б. Кочубей (1990) отмечает, что, чем устойчивее контакты ребенка из неполной семьи со своим отцом, тем лучше становятся отношения ребенка с матерью и его поведение в целом. Особенно ярко эта тенденция проявляется у мальчиков.

◀ *Прогнозирование матерью «неправильного» развития ребенка из-за плохой наследственности*. Психологический смысл подобной борьбы — отрицание супруга, выражение недовольства им через ребенка. Жертвой «супружеского творения» в данном случае оказывается ребенок, на которого и обрушивается перевоспитание. При этом мать уделяет внимание лишь внешним нормам поведения ребенка и стремление «исправить» его не приводит к ожидаемым результатам. Наоборот, из-за постоянного наставничества сын и дочь приобретают комплекс неполноценности, а «исправляемые» особенности, вместо того чтобы исчезнуть, еще больше закрепляются» [6].

◀ *«Попытка купить любовь ребенка»* — как форма поведения разведенных родителей. Ежедневное пребывание ребенка с

матерью приводит к ситуации: с мамой — тяжелые будни, с отцом — веселый праздник. Отсюда возникает желание превзойти бывшего мужа, «перекупить» у него детскую любовь. Мать и отец перетягивают ребенка на свою сторону (Кочубей Б., 1990).

Итак, мы ведем речь о двух опасностях, которые подстерегают неполную семью: ошибочное поведение родителя и деформация полоролевой идентификации.

В работе Я. Л. Коломинского и М. Х. Мелтсаса «Ролевая дифференциация пола у дошкольников» представлена точка зрения А. Бандура, А. Б. Хейлдрун, П. Массен, И. Каган и др.

«А. Бандура предпочитает называть «процесс, при котором человек воспроизводит поведение реальной или символической модели, подражанием или моделированием, избегая термина *идентификация* (Bandura A., 1975). Бандура утверждает, что дети склонны отождествлять себя с лицом, вознаграждающим их (Bandura A., 1966). Забота взрослого о ребенке также способствует подражанию. При этом подражание модели не обязательно подкреплять у самого наблюдателя, чтобы в его поведении возникали соответствующие изменения. Достаточно, если наблюдатель увидит, что соответствующее поведение другого ребенка поощряется взрослым (Bandura A., Walters R. H., 1963). Такое научение называется *викарным*. А. Б. Хейлдрун (Hedbrun A. B., 1981) считает, что *викарное* подкрепление является главным типом поощрения в идентификации с родителями.

П. Массен (Mussen P., 1979) утверждает, что идентификация включает и научение посредством наблюдения, но она отличается от простого подражания тем, что: 1) при идентификации усваиваются не дискретные акты поведения, а комплексный интегрированный образец поведения; 2) идентификация происходит спонтанно, без прямого подкрепления; 3) поведение, приобретенное в процессе идентификации, довольно стабильно; 4) идентификация основывается на интимной личной связи с моделью.

И. Каган и П. Массен (Kagan J., Mussen P., 1963) предполагают, что если ребенок видит способности и привилегии родителей и чувствует себя рядом с ними беспомощным и неспособным, то он желает обладать свойствами родителей. Мальчик отождествляет себя с отцом, а девочка — с матерью, если те компетентны, заботливы и сильны. Важным фактором возникновения идентификации сторонники этой теории считают эмоциональную и интимную связь между ребенком и родителем (Kagan J., 1958; Mussen P., 1961).

Особая форма идентификации возникает в случае, когда заботливый родитель уходит на некоторое время от ребенка и ребенок ему подражает, испытывая при этом положительные чувства, которые прежде были связаны с присутствием родителя (Sears R. R., 1965).

Дети предпочитают вести себя согласно модели своего пола, так как их за это больше вознаграждают и меньше критикуют (Perry D. G., Bussey K., 1979). При этом установлено, что мальчики предпочитают типичное для пола поведение и отвергают нетипичное. Девочки также предпочитают типичное для их пола поведение, но не отвергают нетипичное поведение (Bussey K., Perry D., 1982). Эти результаты подтверждают наблюдения многих авторов, согласно которым типичное для пола поведение описывается мальчиками в отрицательных терминах (как не следует поступать) (Chodorow N., 1978; Emmerich W., 1959; Lynn D. B., 1969)» [16, с. 170—171].

Иногда родители неполных семей думают, что не обязательно осуществлять воспитание детей с учетом их половых различий. Ответ на эту точку зрения дает Шон Меган Берн в своей книге «Гендерная психология», делая при этом акцент на том, что «многие люди, мечтающие вырастить своего ребенка свободным от гендерных стереотипов, в результате своего педагогического труда получали полную противоположность. По всей видимости, дело в том, заключали они, что биологические гендерные отличия оказались сильнее попыток родительской социализации. Однако необходимо помнить, что родители — это не единственные для ребенка социализирующие фигуры и не единственные его ролевые модели. Нельзя забывать и того, что гендерно-ролевая социализация — это процесс, продолжающийся в течение всей человеческой жизни, он отражает меняющиеся обстоятельства и новый опыт» [4, гл. 1]. На протяжении жизненного пути материалом для построения гендера служит вся система того, что в данной культуре связывается с мужественностью и женственностью (Lott & Maluso, 1993).

Внесемейные источники гендерно-ролевой социализации (по Шон Меган Берн)

Детская литература

«Учителя, другие дети, родители других детей, книги, родственники, игрушки и телевидение — из всех этих источников ребенок

узнает о поведении, которое расценивается обществом как соответствующее тому или другому гендеру. В большинстве исследований, касающихся сексизма в детской литературе, основное внимание уделялось анализу содержания текстов, а о его влиянии на поведение умалчивалось. Однако эксперименты показывают, что чтение книг, в содержании которых прослеживается половая стереотипизация, приводит к увеличению доли полотипичного поведения в детских играх (Ashton, 1983).

Телевидение

Гербнер и Гросс (Gerbner & Gross, 1976) приписывали телевидению уникальную способность изменять фундаментальные представления о природе социальной реальности. Оно обладает этим даром благодаря тому, что не только отражает *status quo*, но и многократно преувеличивает существующие тенденции, телевизионные образы кажутся реальными, а людям доступно широкое использование телевидения и возможность выбора. Альберт Бандура (Bandura, 1969) высказал идею, что телевидение вполне способно соперничать с родителями и учителями в качестве источника ролевых моделей для подражания. Исследования показали, что средства массовой информации очень важны в гендерно-ролевой социализации, а анализ информации, поступающей к нам по телевизионным каналам, продемонстрировал, что телевидение создает стереотипные, традиционные образы мужчин и женщин.

Фэйсизм

Фэйсизм (*face-ism*) — тенденция в разной степени выделять в изображениях мужчин и женщин лицо и тело. Фотографии в прессе обычно подчеркивают у мужчины лицо, а у женщины — тело, так как мужчины на них обычно изображаются от шеи и выше, а женщины — во весь рост.

На первый взгляд может показаться, что этот факт не имеет большого значения. Однако, как справедливо замечает Арчер, голова и лицо являются «центром душевной жизни — там локализируются интеллект, личность, идентичность и характер» (Archer et al., 1983, p. 726), и, таким образом, становится ясно, что средства массовой информации ассоциируют эти понятия скорее с мужчинами, чем с женщинами. Более того, эксперименты показали, что акцентирование лица индивида приводит к тому, что испытуемые более высоко оценивают его ум, амбиции и внешность.

Язык

Язык, на котором мы говорим, также может внести свой вклад в стереотипное восприятие мужчин и женщин. Хенли (Henley, 1989) указывает, что в английском языке есть обширный диапазон средств, которые позволяют по-разному описывать мужчин и женщин, а если точнее, изображать женщин мелкими, заурядными или вовсе их игнорировать. Отчего, к примеру, для замужней женщины существует специальное название (миссис), а для женатого мужчины аналогичного названия нет? О чем это говорит? Уж не о том ли, что семейное положение женщины, в отличие от мужчины, влияет на то, какой нам следует ее воспринимать и как с ней общаться? Хенли также упоминает об исследовании, показавшем, что слов, описывающих женщин с плохой стороны, в 6—10 раз больше, чем слов, при помощи которых можно сказать плохо о мужчине (вспомните, сколько существует способов, чтобы сказать о женщине, что она распутна). В этих словах содержится информация о том соответствующем гендеру поведении, которое принято в нашей культуре.

Игрушки

Есть все основания полагать, что в процессе дифференциальной социализации очень велика роль детских игрушек. Согласно проведенным исследованиям, игрушки и игры помогают девочкам практиковаться в тех видах деятельности, которые касаются подготовки к материнству и ведению домашнего хозяйства, развивают умение общаться и навыки сотрудничества. Совсем иначе дело обстоит у мальчиков: игрушки и игры побуждают их к изобретательству, преобразованию окружающего мира, помогают развить навыки, которые позже лягут в основу пространственных и математических способностей, поощряют независимое, соревновательное и лидерское поведение (Block, 1979; Connor et al., 1978; Emmot, 1985; Miller, 1987; Peretti & Sydney, 1985; Pitcher & Schultz, 1983).

Пойдите в магазин и посмотрите, какие игрушки там продаются. Вы сразу же увидите, что большинство из них конкретно предназначено либо для мальчиков, либо для девочек. Игрушки для девочек видны сразу. Их упаковка выполнена обычно в розовых или пастельных тонах, на коробке — изображение девочки, а по смыслу они связаны либо с уходом за собой (например, игрушечная косметика), либо с заботой о ребенке (куклы-малышки), либо с домашними делами (игрушечные пылесосы, маленькие кухонные плиты, посуда и т. п.). Игрушки для мальчиков находятся в ярко раскрашенных коробках с изображением играющего мальчика,

бывают часто связаны со строительством (различные конструкторы, кубики) или активной деятельностью (спортивный инвентарь, оружие и т. п.)» [4, из главы 1].

Раскрывая гендерные вопросы в воспитательной функции в семье, мы старались представить как можно более полную картину о гендерно-ролевом поведении ребенка в целом и об осторожностях, которые следует учитывать любому из родителей при воспитании сына или дочери.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абраменкова, В. В.* Половая дифференциация и межличностные отношения в детской группе // Вопросы психологии. — 1987. — № 5.
2. *Алешина, Ю. Е., Волович, А. С.* Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины // Вопросы психологии. — 1991. — № 4.
3. *Белопольская, Н. Л.* Половозрастная идентификация: методика исследования детского самосознания. — М., 1998.
4. *Берн, Ш. М.* Гендерная психология: законы мужского и женского поведения. — М.: Прайм-Еврознак, 2007. — 320 с.
5. *Брутман, В. И., Радионова, М. С.* Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. — 1997. — № 6.
6. *Воронцова, Г. Г.* Организационно-педагогические условия взаимодействия социального работника с родителями и детьми из неполной семьи: дис. канд. пед. наук. — Санкт-Петербург, 2002.
7. *Градусова, Л. В.* Воспитание мужественности у мальчиков в игре // Воспитание детей в игре / Л. В. Градусова. — М., 1993.
8. *Доронова, Т. Н.* Девочки и мальчики 3—4 лет в семье и детском саду: пособие для дошкольных образовательных учреждений / Т. Н. Доронова. — М.: Линка-Пресс, 2009.
9. *Дружинин, В. Н.* Психология семьи / В. Н. Дружинин. — М.: ЦБС, 1996. — 160 с.
10. *Еремеева, В. Д.* Мальчики и девочки — два разных мира / В. Д. Еремеева, Т. П. Хризман. — М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1998.
11. *Исаев, Д. Н.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. — Л., 1980. — 184 с.
12. *Каган, В. Е.* Семейные и полоролевые установки у подростков // Вопросы психологии. — 1987. — № 2.
13. *Каган, В. Е.* Половые аспекты индивидуальности // Психологические проблемы индивидуальности. — М., 1984. — Вып. 2.
14. *Касьянова, Н. С.* Социальные аспекты воспитания полоролевого поведения детей // Современные проблемы науки и образования. — 2008. — № 4.


15. Коломинский, Я. Л. Полоролевое развитие ребенка в дошкольном возрасте // Генетические проблемы социальной психологии / под ред. Я. Л. Коломинского, М. И. Лисиной. — Минск, 1985.
16. Коломинский, Я. Л., Мелтсас, М. Х. Ролевая дифференциация пола у дошкольников // Вопросы психологии. — 1985. — № 3.
17. Кон, И. С. (Коп I). *Kultura-sexologia* (Введение в междисциплинарную сексологию) / И. С. Кон. — Budapest, 1981. — 329 с.
18. Кон, И. С. Психология половых различий // Вопросы психологии. — 1981. — № 2. — С. 47—58.
19. Кон, И. С. Психологическое развитие и половая социализация / под ред. В. К. Мягер, Р.А. Зачепиского. — Л., 1978.
20. Кочубей, Б. Без отца // Семья и школа. — 1990. — № 10.
21. Ледовских, Н. К. Педагогические условия полоролевого развития в старшем дошкольном возрасте / Н. К. Ледовских. — М., 1988.
22. Репина, Т. А. Особенности общения мальчиков и девочек в детском саду // Вопросы психологии. — 1984. — № 4.
23. Репина, Т. А. Роль половых психических особенностей в становлении личности ребенка // Как помочь ребенку войти в современный мир? / под ред. Т. В. Антоновой. — М., 1995.
24. Сексуальное развитие и половое воспитание детей: спецкурс / сост. Э. К. Суслова. — М., 1994.
25. Чиркова, Т. И. Психолог в материнской школе (вопросы теории и практики): Практикоориентированная монография / Т. И. Чиркова. — Н. Новгород : НИРО, 1998.
26. Hartley, R. E. Sex-role pressures and the socialization of the male child // *Psychol. Rep.* — 1959. — № 5. — P. 456—468.
27. Henshall, Ch., McGuire, J. Gender development // Richards M., Light P. (eds.) *Children of social worlds.* — Cambridge Univ, Press, 1986. P. 135—168.
28. Hildebrandt, K. A., Fitzgerald, H. E. Adults' perspectives of infant sex and cuteness. — *Sex Roles.* — 1979. — V. 5. — P. 471—481.
29. Kagan, J. The concept of identification // *Psychol. Rev.* — 1958. — V. 65. — P. 296—305.
30. Kagan, J., Mussen, P. *Child development and personality.* — N. Y., 1963.
31. Pines, D. Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality // *Brit. J. Med. Psychol.* — 1972. — V. 45. — P. 333 — 343.
32. Stockard, J., Jonson, M. M. *Sex roles: Sex inequality and sex development.* — Englewood Cliffs (N. J.): Prentice-Hall, 1989.
33. Weitzman, L. W. *Sex role socialization: A focus on women.* — Palo Alto. — Mayfield Publishing Co, 1979.

Раздел IV

РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЕ



4.1. Социальная компетентность родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья как условие полноценного развития их личности

 *И. К. Йокубаускайте*, доцент кафедры
коррекционной педагогики и специальной психологии
ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

В формировании и развитии личности ребенка, его индивидуальных качеств и социальных свойств незаменимую роль играет семья. Однако в обстановке преобразований социально-экономических и политических отношений в стране, под воздействием многочисленных стрессогенных факторов семья зачастую не справляется со своей социализирующей функцией,

не гарантирует ребенку защищенности и даже подчас наносит вред его физическому и психическому здоровью. Дети живут в условиях социально-психологической депривации, испытывают дефицит эмоциональной поддержки, а в критических случаях лишены соответствующего надзора и ухода со стороны родителей, социально и педагогически запущены.

Принятие ряда федеральных законов в современной России, введение президентской программы «Дети России», разработка законодательных актов и программ, направленных на защиту прав детей в субъектах Российской Федерации, положили начало формированию государственной политики, ориентированной на поддержку детства. Однако, несмотря на актуальность ее, она не всегда достигает желаемых результатов. Низкий нравственный, культурный и экономический уровень семей, ведущих асоциальный образ жизни, поднимает вопрос об их несостоятельности. Дети из таких семей нуждаются в социально-правовой охране: изъятии из семьи и передаче под опеку государства. При этом отдается предпочтение приемной семье, а не специализированным учреждениям.

Приемная семья как форма устройства на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, имеет ряд безусловных преимуществ по сравнению с другими институтами. К числу их относятся: направленность на сохранение и поддержание контактов ребенка с родной семьей; оказание профессиональной помощи ребенку со стороны приемных родителей, имеющих соответствующую подготовку и определенный уровень квалификации; комфортная психологическая обстановка, максимально приближенная к семейной, позволяющая ребенку выйти из стресса в связи с разлукой с родными и пережитой сложной ситуацией.

В то же время, согласно данным исследований, увеличилось количество семей, возвращающих детей в детские дома и интернаты. Причины данного явления указывают на низкий уровень педагогической компетентности приемных родителей, что обуславливает невозможность эффективно осуществлять процесс воспитания ребенка в новой семье. На практике это выражается в неадекватности ожиданий по отношению к приемному ребенку, недостаточной информированности приемных родителей об особенностях его медицинского, психологического, педагогического статуса и, как следствие, неумении оказать ему

необходимую помощь, недостаточной подготовленности кандидатов в приемные родители к своим функциональным обязанностям (это касается в основном таких сфер деятельности приемной семьи, как воспитательная, учебная, выполнение медицинских рекомендаций), наличии собственных психологических проблем приемных родителей, которые они пытаются разрешить посредством приемного ребенка, слабом взаимодействии со специалистами службы семьи, если таковая имеется.

Исследователи Е. Рыбак, Ю. Телицина, Е. Безбородова убеждены, что если еще недавно для успешного родительства было вполне достаточно стихийных педагогических знаний, то нынешнему поколению родителей требуется более глубокая психолого-педагогическая компетентность в вопросах воспитания, так как современная жизнь сопровождается множеством неблагоприятных факторов экономического, социального, экологического и иного характера, прежде не имевших места, совладать с которыми в контексте семейного воспитания непросто [5].

Анализ современных научных подходов к определению сущности понятия «компетентное родительство» позволяет говорить о нем как о многомерном и многогранном феномене, обусловленном самыми разными факторами культурно-исторического, культурно-ценностного, социально-экономического, этнического, религиозного, духовного, психологического, биографического и прочего происхождения. Не случайно оно семантически связано с понятием «социальной компетентности».

Сам термин «компетентность» в работах ряда авторов (Дж. Равен, И. А. Зимняя, Э. Ф. Зеер, В. В. Сериков и др.) трактуется как система знаний, умений, навыков относительно определенной сферы деятельности человека, способствующая его личностной самореализации и нахождению своего места в мире.

Понятие же «социальная компетентность», являясь более глубоким по содержанию, объединяет не только профессиональную, но и коммуникативную компетентность как фактор межличностного влияния, что делает понятным требование необходимости ее развития у родителей.

М. Аран считает, что понятие социальной компетентности включает целый ряд обязательных компонентов:

1. *Мотивационный компонент*: способность к экстравертности и доминированию. Эта способность может усиливать влияние на других людей, поскольку, с одной стороны, экстраверт-

ные люди могут выдерживать большую социальную активность, а с другой — социально ориентированная способность доминировать подразумевает умение добиваться своего путем убеждения, координации и разъяснений, а не приказами и критикой [5].

М. Ю. Перепелицина связывает социальную компетентность человека с развитием у него рефлексии, конгруэнтности и умения избегать манипулирования собой и другими.

2. *Компоненты восприимчивости*, способность правильно интерпретировать не выраженное в словах отношение. К элементам не выражаемого словами отношения относятся, в частности, внешний вид, мимика, жестикация, взгляд, невербальные аспекты разговора (эмоциональная интонация, ошибки, акцент и т. д.).

В связи с этим рефлексивная культура родителей выступает сегодня, наряду с педагогической эрудицией, особым предметом и инновацией современных технологий повышения воспитательной компетентности. Как показывают результаты исследований различных видов рефлексии, это ценнейшая способность не только осознавать собственные эмоции, ощущения, действия и поведение в целом, но и изменять их средства и мотивы ради оптимизации качества контакта с ребенком (Г. А. Голицин, Т. С. Леви, М. А. Розов, Т. О. Смолева и др.). Рефлексия как особый вид мыслительной деятельности и основа оптимального алгоритма осознанного родительства способствует более эффективному процессу саморегуляции собственных эмоций и поведения, а также выбору новых поведенческих программ в конкретных ситуациях общения с ребенком (Т. О. Смолева).

3. *Образец реакции*: способность к синхронизации контакта с другими людьми. Контакты следует синхронизировать, например, в плане того, кто и когда должен говорить. При помощи этой способности предоставляется возможность держать под контролем процесс контакта и развивающиеся отношения.

4. *Умение «подать себя» и уверенность в себе*. Кто хочет действовать компетентно, должен быть не только хладнокровным, но также должен уметь предстать перед другими людьми без самовозвеличивания и вместе с тем без смущения.

Критериями сформированности социальной компетентности служат результативность взаимодействия, достижение зна-

чимых социальных целей в определенных социальных контактах с использованием соответствующих средств и получение положительного результата.

За годы изучения феномена «социальной компетентности» сложилось несколько моделей, определяющих необходимый комплекс формируемых способностей.

Первая модель представляет собой набор связанных между собой умений в решении межличностных проблем:

- ◀ чувствительность к межличностным проблемам, их распознавание;
- ◀ способность генерировать альтернативные варианты решения проблем;
- ◀ способность определять нужные средства для достижения целей;
- ◀ способность определять и понимать мотивы и поступки других;
- ◀ способность предвидеть последствия, продумывать взаимоисключающие конечные результаты.

Все перечисленные способности по своей сути определяют основу формирования у человека социального интеллекта.

В более поздней модели социальной компетентности упор делается на работу с информацией. В эту модель вводится понятие социальных сценариев (то есть определенных шаблонов, согласованных действий в хорошо знакомых ситуациях).

В рамках данной модели принято считать, что социальная компетентность — это владение когнитивными, эмоциональными и моторными способами поведения, которые в определенных социальных ситуациях ведут к долгосрочному благоприятному соотношению положительных и отрицательных следствий. Социальная компетентность включает веру человека в себя и эффективность его функционирования в совокупности с требованиями проблемной ситуации, которую необходимо разрешить [1].

С точки зрения формирования осознанного родительства, наиболее точным и подходящим мы считаем определение социальной компетентности, предложенное В. Н. Куницыной [4]. Под социальной компетентностью она понимает систему знаний о социальной действительности и о себе, систему сложных социальных умений и навыков взаимодействия, сценариев поведения в типичных социальных ситуациях, позволяющих быстро и адекватно адаптироваться, принимать решения со знани-

ем дела, учитывая сложившуюся конъюнктуру; извлекать максимум возможного из сложившихся обстоятельств, действуя по принципу «здесь, сейчас и наилучшим образом» [4].

Таким образом, анализ литературных данных позволяет заключить, что социальная компетентность — это особый навык, требующий определенных временных и личностных затрат на формирование (человек с рождения не обладает развитой социальной компетентностью; процесс развития и формирования ее длится всю жизнь), который крайне необходим не только в плане межличностного взаимодействия людей, но и как условие эффективного и благоприятного родительско-детского взаимодействия. Поэтому «компетентное родительство» — это есть постоянный процесс личностного самосовершенствования взрослого в тесном контакте с ребенком, а следовательно, и непрерывный процесс совершенствования социально-коммуникативных способностей и личности ребенка. Получается, таким образом, что развитие социальной компетентности у родителей — это процесс совместного взаимодействия и взаимодействия со своими детьми.

Напомним еще раз, что социально компетентный человек в состоянии:

- ◀ представлять, как необходимо достичь цели наиболее эффективным способом;
- ◀ принимать жизненно важные решения;
- ◀ забывать блокирующие неприятные чувства;
- ◀ преодолевать неуверенность;
- ◀ правильно понимать собственные чувства и желания, ожидания и требования других людей;
- ◀ отдавать себе отчет, что социальная компетентность предполагает уважение собственных прав и обязанностей и других людей;
- ◀ отчетливо представлять, как вести себя в конкретных обстоятельствах и времени;
- ◀ анализировать области, определяемые различными социальными институтами, и соотносить с их требованиями собственное поведение.

Если человек обладает этими способностями, он транслирует их и тем, с кем взаимодействует, формируя у них эти же способности и сценарии поведения.

Таким образом, говоря о феномене социальной компетентности родителей как условия полноценного развития личности

детей, тем более детей с ограниченными возможностями здоровья, мы, безусловно, должны говорить о формировании у взрослых потребности в самосовершенствовании, потребности в развитии чувствительности к проблемам и состояниям находящихся с ними рядом детей, потребности в системе знаний об особенностях детей и их возможностях и, самое главное, необходимости позитивного мышления, веры в лучшее в ребенке и убежденности в своих силах и возможностях помочь ему.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреева, И. Н.* Взаимосвязь социальной компетентности и эмоционального интеллекта у подростков (ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ) // Женщина. Образование. Демократия: Материалы 5-й международной междисциплинарной научно-практической конференции 6—7 ноября 2002 г., г. Минск. — Минск, 2003. — С. 194—196.


2. *Андреева, И. Н.* Развитие эмоциональной компетентности педагогов // Психология образования сегодня: теория и практика: материалы Международной научно-практической конференции / под ред. С. И. Коптевой, А. П. Лобанова, Н. В. Дроздовой. — Минск, 2003. — С. 166—168.

3. *Лабунская, В. А.* Психология затрудненного общения / В. А. Лабунская, Ю. А. Менджинская, Е. Д. Бреус. — М.: Академия, 2001. — 288 с.

4. *Куницына, В. Н.* Межличностное общение: учебник для вузов / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. — СПб.: Питер, 2001. — 544 с.

5. *Рыбак, Е. В.* Социальное образование молодой семьи. В помощь специалисту по работе с семьей / Е. Рыбак, Ю. Телицина, Е. Безбородова / Управление культуры и молодежной политики мэрии города Архангельска. — Архангельск, 2008. — 96 с.

4.2. Роль семьи в профессиональном самоопределении подростков с двигательной патологией

 *Н. Ю. Белоусова*, старший преподаватель кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии, аспирант ГОУ ДПО НИРО

Проблемы профессионального самоопределения и трудоустройства молодежи с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушениями опорно-двигательного ап-

парата, в условиях современной России стали весьма актуальными. От их решения во многом зависит успех социальной адаптации и интеграции в общество немалого количества лиц с двигательной патологией, а также возможность их самовыражения и самореализации в культурном социуме. Следует заметить, что для людей с ограниченными возможностями здоровья процесс самореализации выступает как компенсаторный механизм, поскольку при этом восстанавливаются их социально-психологический статус и максимально возможная самостоятельность и независимость.

Профессиональное самоопределение — процесс сложный, многоэтапный, зарождающийся в детстве, когда ребенок, играя, берет на себя разные профессиональные роли и моделирует связанные с ними формы поведения, и завершающийся в юношеском возрасте, когда молодым человеком «приобретается та степень психической, идейной и гражданской зрелости, которая делает его в известной мере способным к самостоятельной трудовой жизни и деятельности, формируется умение составлять собственные жизненные планы, находить средства к их реализации» [7, с.41].

По мнению Н. С. Пряжникова, профессиональное самоопределение сводится к «поиску (и постоянному уточнению в течение всей жизни) личностного смысла в выбираемой, осваиваемой и выполняемой трудовой (профессиональной) деятельности. Это ситуация, когда человек не просто что-то делает, производит или зарабатывает деньги, а может ответить для себя на вопрос, зачем он это делает?» [5]. Не случайно автор соотносит понятия «самоопределение» и «самоактуализация», «самореализация», «самоосуществление» и определяет сущность состоявшегося профессионального самоопределения как осознание человеком смысла своего действия, понимание, зачем он работает, даже если при этом выполняет свою работу не очень хорошо. Поэтому одна из наиболее сложных (и одновременно творческих) задач педагогов и родителей, по мнению Н. С. Пряжникова, состоит в том, чтобы помочь найти смыслы для конкретного самоопределяющегося ребенка, а точнее — научить его искать эти смыслы самостоятельно.

Говоря о помощи и поддержке в профессиональном самоопределении и социально-профессиональной адаптации в новых условиях, уместно привести высказывание Г. В. Безюлевой,

которая утверждает, что «не следует принимать эту деятельность как принятие или перекладывание на педагогов всей ответственности за ее процесс и результат. Само понятие «самоопределение» предполагает самостоятельность и внутреннюю активность человека. Поэтому помощь заключается в создании условий, при которых сам подросток или юноша начнет осознавать сложность и важность данной работы, принимать ответственность за собственное будущее, проявлять целенаправленную активность и инициативу» [7, с. 53].

Готовность молодого человека к выбору профессии — это есть результат не только педагогического труда, но и семейного воспитания и влияния ближайшего окружения.

Какова роль семьи в оказании помощи своему самоопределяющемуся ребенку? К сожалению, эта проблема недостаточно изучена, но имеет огромное значение, поскольку в каждой семье, где воспитывается ребенок, один из наиболее важных, сложных и даже болезненных вопросов связан с тем, кем он станет, когда вырастет, и в плане профессиональном, и в плане личностном. Очень часто успехи ребенка в его будущей трудовой деятельности являются главной гордостью для родителей, а для некоторых из них вообще смыслом существования.

Излишне подчеркивать значимость этого вопроса для семей, где есть дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Период перехода ребенка в подростковый возраст, когда наряду со всеми психологическими и физиологическими трудностями, связанными, в первую очередь, с заболеванием, дети начинают испытывать и трудности подросткового и юношеского возраста, усугубляемые непростой социально-экономической ситуацией, сложившейся в стране, а родители вновь и вновь переживают беспокойство, неуверенность, разочарование, для такой семьи оказывается критическим. Страх и тревогу перед завтрашним днем испытывают не только родители, думая о взрослой жизни своих детей, их профессиональном развитии и занятости в будущем, материальном благополучии и возможности вести достойный образ жизни, но и сами дети-инвалиды, которые оказываются неспособными самостоятельно выстраивать собственную жизнь, формулировать свои планы, намерения, выбирать, кем и каким им быть в будущем.

Конечно, эта проблема очень сложная и многоаспектная. Понятно, что во всем многообразии нам не удастся ее рассмот-

реть. Попытаемся выделить наиболее существенные, ключевые моменты для лучшего понимания как особенностей профессионального самоопределения подростков с двигательной патологией, так и роли родителей в оказании помощи, поддержки своим детям в процессе выбора профессии.

Итак, что важно знать и учитывать родителям, чтобы оказать адекватную помощь и поддержку своим детям, имеющим проблемы в развитии, на пути их профессионального самоопределения?

Следует отметить, что среди молодежи с двигательной патологией большое число составляют юноши и девушки, страдающие церебральным параличом (ДЦП). К сожалению, этот тяжелый недуг за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Результаты клинико-психологического изучения особенностей личности подростков с церебральными параличами показывают, что на становление характера этих больных и их личности в целом существенно влияют психогенные факторы, в основе которых лежит переживание чувства своей физической неполноценности [3]. Варианты проявления патологического формирования личности подростков с церебральными параличами могут быть разные, соответственно и воспитательные меры не должны быть одинаковыми. Так, для одних детей свойственны чрезмерная робость, застенчивость, неумение постоять за себя, болезненная обидчивость. Они отличаются повышенной ранимостью, невыносливостью в ситуации малейших жизненных затруднений, стремлением ограничить социальные контакты; предпочитают общество родных или одного друга, гарантирующего их безопасность. Компенсаторные реакции у таких подростков проявляются в форме фантазирования с уходом в мир собственных грез. Их фантазии — это отражение собственных переживаний; больные представляют себя сильными, мечтают о заведомо недоступных им профессиях (хоккеистов, балерин). Этому способствует и их некоторая нескритичность, обусловленная органическим заболеванием. Воспитание этих детей проходит в условиях повышенного внимания к парализованному ребенку и стремления предупредить все его желания (гиперопека). Такой вид воспитания приводит к формированию черт эмоциональной и социальной незрелости, появлению эгоцентрических установок, способствует закреплению черт инфантилизма.

Подросткам, для которых характерны такие особенности личности, необходима помощь, направленная на самоутверждение их в коллективе и активизацию социальных позиций.

Для других характерны склонность к аффективным вспышкам, грубости, агрессии, истерическим реакциям. В период пубертата на фоне неравномерной акселерации отмечается усиление аффективных расстройств: подростки не могут сдерживать раздражение, контролировать себя, подчинять свое поведение требованиям ситуации. В их поведении более выражены реакции эмансипации и группирования. Воспитание этих детей, как показывают исследования, проходило в неблагоприятном микросоциуме и в условиях гипоопеки. В связи с этим воспитательная работа должна быть направлена на коррекцию неадекватно завышенной самооценки молодых людей, повышенных притязаний с их стороны к окружающим и на более критическое восприятие собственного образа.

Из-за неправильного воспитания формируются специфические личностные особенности, которые важно учитывать родителям, стремящимся помочь своим самоопределяющимся детям. Следует отметить, что в семьях с детьми, страдающими детским церебральным параличом, преобладающим типом воспитания является гиперопека [6]. Конечно, родительский страх за ребенка даже по мере его взросления не становится меньше, но все-таки следует пересмотреть детско-родительские отношения, расширить сферу самостоятельности сына или дочери, научиться видеть в них взрослых людей, а не малышей и постараться не оказывать давления в их личностном самоопределении и становлении мировоззрения, поскольку, как отмечают многие исследователи, самоопределение личности включает в себя и выбор будущей профессии.

Также принципиальное значение имеет раннее привлечение ребенка к участию в бытовых делах и жизнедеятельности семьи, обучение трудовым навыкам и умению доводить начатое дело до конца, формирование положительного отношения к труду, ибо все это позволит не только выявить ограничения, обусловленные патологией, но и дать первичную оценку профессиональных возможностей, определить, а значит в какой-то степени и сформировать профессиональные намерения, интересы к определенным видам труда.

Особого внимания заслуживает вопрос, касающийся интересов и склонностей подростков с церебральными параличами.

Проведенные исследования профессиональных намерений у подростков с ДЦП убедительно показывают, что большинство из них профессиональную ориентацию получают от родителей и выбор будущей профессии у них не связывается с теми ограничениями, которые накладывает двигательная патология (И. Ю. Левченко, 1984; А. В. Тюрин, 1999). В основном подростки ориентированы на «популярность специальности в данное время», получение «романтических» профессий. Доступные профессии, отвечающие их состоянию, игнорируются ими, отвергаются как нежелательные. Предпочтение отдается профессиям типа «человек — человек» и «человек — природа», которые связаны с общением с людьми, контактом с животными, растениями и т. п. Этот феномен разными авторами объясняется по-разному. Например, Н. В. Финкель рассматривает подобные предпочтения как действие защитного механизма, а Т. А. Добровольская, Л. И. Лаврова, Н. Б. Шабалина и др. считают, что природа подобных явлений заключается в особенностях личностного развития пациента с ДЦП [8].

Нередко у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата вообще отсутствуют профессиональные интересы и побуждение к деятельности из-за низкой самооценки здоровья, пассивности и других особенностей личности. Поэтому следует подчеркнуть, что огромное значение в приобретении специальности имеет мотивация. От нее напрямую зависит эффективность деятельности. В. А. Бодров в своем исследовании утверждает, что мотивация «может компенсировать многие недостатки в уровне развития ряда профессионально важных качеств и в организации производственного процесса, но слабую мотивацию практически невозможно чем-либо компенсировать и восполнить» [1, с. 234].

Трудности, которые возникают у учащихся с двигательной патологией в процессе профессионального самоопределения, связаны, прежде всего, с недостаточным уровнем самопознания, со слабой ориентацией и недостаточной идентификацией себя в выбираемой профессии, с отсутствием мотивации в приобретении специальности, а также — с неадекватной оценкой своих возможностей. Все это может привести не только к снижению успеваемости и чувству неудовлетворенности учебной деятельностью, но и к тяжелым психологическим состояниям.

Поэтому важно не только заинтересовать учащихся-инвалидов кругом доступных для них профессий, раскрыть им перс-

пективы совершенствования, но и помочь объективно оценить себя, свои способности и свою подготовленность к профессиональной деятельности. В связи с этим важно учитывать и степень выраженности двигательных нарушений, и степень интеллектуального недоразвития.

Известно, что патологические сдвиги при таком тяжелом недуге, как ДЦП, отличаются многообразием. Т. А. Добровольская отмечает, что «крайне важную роль играет состояние верхних конечностей, в особенности ведущей руки, что в значительной степени определяет профессиональную судьбу» [2, с. 71]. Автор подчеркивает, что наиболее благоприятный прогноз в плане трудоустройства имеют лица с геми- и парапарезами и не более половины больных с тяжелой спастической диплегией и гиперкинезами и то лишь при условии достаточно высокого уровня образования.

Трудовая деятельность инвалидов во многом зависит от уровня компенсации двигательных расстройств. Лучше и легче компенсируются односторонние поражения и поражения легкой степени. Считается, что трудовой прогноз благоприятен в случаях полной компенсации, когда возможно передвижение без опоры, в достаточном темпе, без ограничения расстояния, и при отсутствии деформаций и субкомпенсации — передвижения с устраненной или неустраненной деформацией, с ограничением в расстоянии и времени, с наличием контрактур, неправильной статики. Если двигательные нарушения компенсируются лишь частично (передвижение на коляске) или приводят к абсолютной неспособности к передвижению, то это прогностически неблагоприятные формы заболевания как в отношении социальной адаптации, так и будущей профессиональной деятельности.

Исследования показывают, что лица с сочетанным дефектом, включающим не только двигательные нарушения, но и речевые расстройства, поражение зрительного и слухового анализаторов, являются наиболее трудными в профориентационном отношении. Возможность их участия в трудовой деятельности очень минимальна.

Высококвалифицированные профессии доступны при тяжелой патологии нижних конечностей при условии возможности работы на дому (профессии умственного труда, часовщики, ювелиры и др.) [2].

В любом случае процесс профессионального становления подростков с проблемами в развитии, в частности с ДЦП, требует участия и сотрудничества в нем клиницистов для определения прогноза состояния здоровья детей.

В контексте изучаемой проблемы важно обратить внимание и на такой вопрос, как информационное обеспечение семей. Родители нуждаются не только в практических советах и рекомендациях специалистов по решению повседневных проблем, связанных с воспитанием и обучением ребенка, но и в сведениях об образовательных учреждениях и региональном рынке труда. Таким семьям необходимо получать информацию о потребностях в кадрах (дефицит работников или, напротив, их переизбыток) и вакансиях региона, района. К сожалению, банки вакансий пока практически отсутствуют да и обучение в профессиональных образовательных учреждениях часто связано для инвалида с переездом из места постоянного жительства, что не всегда приемлемо.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что от взаимоотношений в семье зависит то, как человек будет смотреть на этот мир — положительно или отрицательно, как будет строить свою карьеру, по какому пути пойдет. Н. С. Пряжников, раскрывая цель профессионального самоопределения, ссылается на слова А. Адлера, утверждавшего, что «каждый человек стремится стать значительным, но люди ошибаются, если они не понимают, что эта значительность может быть достигнута благодаря ее вкладу в жизнь других» [4, с.12].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бодров, В. А.* Психология профессиональной пригодности: учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. — 2-е изд. — М.: ПЕРСЭ, 2006. — 511 с.
2. *Добровольская, Т. А.* О подходах к профессиональной ориентации подростков с детским церебральным параличом // *Коррекционная педагогика.* — 2004. — № 1 (3). — С. 70—73.
3. *Калижнюк, Э. С., Шевченко Ю. С.* Роль личностных реакций в патологии формирования характера при детских церебральных параличах (клинико-психологическое исследование) // *Журнал невропатологии психиатрии.* — 1985. — № 3. — С. 416—421.
4. *Пряжников, Н. С.* Профорентация в школе и колледже: игры, упражнения, опросники (8—11 классы). — М.: ВАКО, 2006. — 288 с.


5. *Пряжников, Н. С.* Сравнительный анализ интимно-семейного и профессионального самоопределения // <http://www.fpo.ru/psyfamily/semprof.html>

6. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. И. Артамонова, Е. В. Екжанова, Е. В. Зырянова и др. / под ред. Е. Г. Силаевой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 192 с.

7. *Безюлева, Г. В.* Психолого-педагогическое сопровождение профессиональной адаптации учащихся и студентов: монография / Г. В. Безюлева. — М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. — 320 с.

8. *Тюрин, А. В.* Профессиональная ориентация инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы: методическое пособие. — М.: МИИ, 1999. — 64 с.

4.3. Профилактика форм отклоняющегося поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях семейного воспитания

 *И. К. Йокубаускайте*, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГОУ ДПО НИРО, канд. психол. наук

Воспитание детей — процесс крайне сложный и неоднозначный, поскольку это, во-первых, процесс динамичного развития обеих активно взаимодействующих сторон (родителей и детей), а во-вторых, это процесс с непредсказуемым результатом.

Появление в поведении ребенка нежелательных тенденций зачастую ставит родителей в сложную ситуацию, связанную с непониманием причин этих перемен, разочарованием в своих воспитательных возможностях и отчаянным поиском того, «кто виноват?» и «что делать?».

Данная проблема приобретает особый смысл, если мы говорим о трудностях воспитания детей в приемной семье, тем более если это дети с ограниченными возможностями здоровья.

Несмотря на многообразие целей и задач, стоящих перед родителями-воспитателями в такой семье, главным остается

достижение душевного единения, нравственной связи с детьми. На это необходимо обращать особое внимание, так как практически все дети, прожившие в учреждениях интернатного типа, будь то дом ребенка, детский дом или школа-интернат, — это особые дети, и не только потому, что имеют те или иные отклонения в физическом, эмоциональном или психическом развитии. Дети, пережившие состояние материнской депривации, отсутствия необходимой для ребенка ласки и внимания, оказываются в ситуации несформированности фундаментального психологического образования — доверия к окружающему миру. Последствия этого могут проявиться не сразу, а много позднее, поставив в тупик взрослых, которые не готовы к негативным проявлениям в поведении детей, полностью рассчитывая на их желание войти в семью. Поэтому, помимо любви к детям и романтического настроения на выполнение благородной роли спасителей несчастных сирот, родителям-воспитателям необходимо обладать добротой и терпением, чтобы принимать детей такими, какие они есть. В противном случае в такой семье не избежать конфликтов, стрессовых ситуаций, депрессии и нервных срывов.

В категорию детей с ограниченными возможностями здоровья входят не только дети-инвалиды. К ней относятся и дети от 0 до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и(или) психическом развитии, и дети «групп риска» социальной дезадаптации, а также дети, своевременно не охваченные системой образования или «выпавшие» из нее, то есть социально и педагогически запущенные. Все они обладают целым рядом особенностей, связанных с трудностями приспособления к окружающей среде.

По данным И. Кулка, наиболее часто встречаются такие варианты отклоняющегося развития, как:

- ◀ деструктивное развитие личности, обусловленное хроническим неудовлетворением потребностей аномального ребенка;
- ◀ хроническое переживание страха, тревоги, стресса, которым подвержены эти дети, приводит к нарушению осознания себя, своей идентичности, формированию неадекватной самооценки;
- ◀ нарушения саморегуляции, что является причиной неорганизованности, недисциплинированности, рассеянности и неуспешности в деятельности;

◀ повышенная внушаемость и зависимость от окружения создает ситуацию риска копирования неадекватных форм поведения и эмоциональной заражаемости в различных жизненных ситуациях;

◀ нарушения адекватности восприятия окружающей действительности являются причиной неправильной оценки ситуаций и, как следствие, неадекватных действий и поступков;

◀ в результате гипертрофированного влияния защитных механизмов у детей с ограниченными возможностями здоровья часто встречается деформация самосознания. Повышенная тревожность приводит к формированию комплекса неполноценности, либо к сверхкомпенсации. Очень часто обе эти тенденции могут наблюдаться одновременно, делая невозможной адекватную коммуникацию детей с окружением;

◀ у этих детей снижены показатели выносливости к ситуациям, когда невозможно удовлетворить желание (ситуации фрустрации);

◀ пониженная устойчивость к нагрузкам делает невозможной длительную концентрацию внимания и эмоциональную устойчивость — начатое дело трудно довести до конца, тем более добиться качественного результата;

◀ аномальный ребенок склонен к уединению, часто ощущает беспомощность и безысходность, иногда переходящие в панику;

◀ у этих детей сужена сфера интересов, снижена общая активность, ослаблена мотивационная сфера, доминирует мотив избегания неудач [6; 160].

Несмотря на многообразие вариантов и степени выраженности нарушений развития, формирование личности этих детей подчинено общим закономерностям, и причины появления в поведении этих детей негативных особенностей идентичны причинам проблем, возникающих у детей с нормой развития, — это переживание состояний, связанных с кризисами возрастного развития, а также влияние имеющейся органической патологии центральной нервной системы, нарушение отношений со сверстниками и взрослыми и, что наиболее значимо, нарушение условий семейного воспитания.

Поэтому вне зависимости от того, к какой категории ограниченных возможностей здоровья относится ребенок, он в равной степени нуждается в душевном тепле, понимании, мудро-

сти взрослых, их терпимости. И, самое главное, в отношении к этим детям недопустим статичный подход. Нарушения их развития имеют выраженную динамику. И то, какой она будет — положительной или отрицательной, полностью зависит от системы отношений, складывающихся в самом близком социальном кругу связей — в семье.

Семья — сложное социальное и психологическое образование, со сложной структурой и многоплановой системой отношений (между супругами, между парой супругов и их родителями, отношения с прародителями, другими родственниками, с детьми и, наконец, отношения между самими детьми в случае если их в семье несколько).

Из всех видов семейных отношений именно детско-родительские являются наиболее неизвестными и в то же время наиболее часто исследуемыми, оказывающими доминирующее влияние на процесс личностного становления детей, их характер и складывающуюся впоследствии судьбу [3; 25].

Как отмечает Н. К. Радина, в современном психоанализе выделяют четыре базовые позиции в отношениях родитель — ребенок, которые лежат в основе будущих сценариев жизни детей:

1. Я нужен и любим, и я люблю вас тоже (самый оптимальный вариант);
2. Я нужен и любим, а вы существуете ради меня (развитие психопатии, неблагоприятный прогноз на будущее);
3. Я не любим, но от всей души желаю приблизиться к вам (развитие психопатии, неблагоприятный прогноз на будущее, высокий риск алкоголизации и наркотизации);
4. Я не нужен и не любим, оставьте меня в покое (развитие психопатии, неблагоприятный прогноз на будущее, высокий риск асоциального поведения) [3;25].

Существуют также критерии, характеризующие позицию ребенка в семье и позволяющие говорить о том, что если ребенок обладает подобными чертами, то он способен стать зрелой личностью, самостоятельно справляющейся с трудными жизненными задачами. К этим чертам относятся:

- ◀ выраженное переживание удовлетворения от общения с близкими людьми;
- ◀ ощущение свободы и автономности при общении с родителями;
- ◀ уверенность в своих силах, самодостаточность;

◀ умение видеть свои недостатки и способность просить о помощи;

◀ способность разграничить ошибку, плохой поступок и свою личность как нечто, не сводящееся к отдельному акту поведения [3].

Все сказанное в равной степени относится и к позиции детей родных, и к позиции детей приемных.

Следовательно, понимание и признание родителями своей ответственности за характер складывающихся в семье отношений является существенным фактором создания в ней благоприятных условий жизни и развития личности как детей, так и самих взрослых.

Характер семейных отношений, и детско-родительских в частности, является, по сути, первичным уровнем профилактики отклоняющегося поведения у детей, когда осуществляется активная деятельность по формированию нравственных основ сознания, системы мотивов поведения и деятельности, а также значимых ценностей и поведенческих стереотипов.

Сложность феномена родительского отношения к детям объясняется многими причинами. Во-первых, это многокомпонентные отношения, складывающиеся из представлений родителя о ребенке, которые не всегда могут быть адекватными; реальных взаимодействий родителя с ребенком; отношение, отрефлексированное родителем после взаимодействия с ребенком, и отношение к ребенку, подчиненное влиянию неосознанной мотивации родителя. Во-вторых, это один из наиболее устойчивых и трудноизменяемых видов отношений, часто обозначаемых как «родительская позиция» (целостное образование, реальная направленность воспитательной деятельности родителей, возникающая под влиянием мотивов воспитания). В-третьих, это система отношений, противоречиво сочетающая в себе как требования к статичности, так и требования к динамическому изменению (наряду с постоянством требований к любви, пониманию, принятию, возникают требования к адекватности отношения в соответствии с возрастом ребенка, изменяющимися потребностями его и возможностями) [4].

В практике семейного воспитания известны два типа отношений между родителями и детьми: отношения соподчинения и отношения сотрудничества.

Первый тип отношений вписывается в формулу: «Я взрослый, ребенок — маленький, я знаю, как жить, он не знает. Я его веду за собой». Однако ребенок не всегда понимает эти благородные стремления взрослых, начинает сопротивляться, и тогда взрослый использует свою власть и силу. В этом случае власть становится первой необходимостью воспитания, непременным его условием, а процесс воспитания превращается в процесс подчинения ребенка.

Другой тип отношений — сотрудничество. Это значит уважение мнения ребенка, умение поступиться своими желаниями, потребность быть нужным друг другу. Воспитание как сотрудничество — это естественное воспитание, которое имеет место в каждой дружной семье. Эти отношения не возникают сами собой, а требуют ежедневной нравственной работы каждого члена семьи в направлении их создания, сохранения и развития. При этом для родителей очень важно вовремя преодолеть многие существенные трудности в формировании отношения к ребенку.

Исследования, проведенные Н. Ю. Синягиной, позволили многообразие причин сложностей в родительско-детских отношениях разделить на три группы: интраиндивидуальные, зависящие от биологических особенностей ребенка (его темперамента, характера реакций на воздействия окружающего мира и т. п.), интериндивидуальные, связанные с особенностями общения с ребенком, и, наконец, макросистемные, связанные с социокультурными особенностями жизни семьи [4].

Однако при всей сложности своей структуры отношение родителей к детям — это, прежде всего, эмоциональные отношения, выражающиеся в диаде «эмоциональное отвержение — принятие».

Родителям, эмоционально отвергающим ребенка, более свойствен жесткий контроль за его поведением. Они требуют от детей безоговорочного послушания и дисциплины, стараются навязать свою волю. У таких родителей преобладает тенденция инфантилизировать ребенка: они видят его младше своего реального возраста; интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся им детскими, несерьезными. Ребенок представляется им неприспособленным, неуспешным, открытым для чужих влияний, в связи с чем родитель старается оградить его от трудностей жизни и строго контролировать его действия. Ро-

дители, эмоционально отвергающие детей, не заинтересованы в их делах и планах, низко оценивают их интеллектуальные и творческие способности.

Вполне понятно, что подобная ситуация может спровоцировать у детей протестное поведение, которое со временем может перерасти в устойчивое отклоняющееся.

Проведя изучение особенностей влияния родительского отношения на степень социальной адаптированности детей, Н. Ю. Синягина предложила классификацию типичных профилей родительского отношения к ребенку, условно выделив среди них относительно благоприятные и неблагоприятные [4].

Таблица 1

Типичные профили родительского отношения, влияющие на социальную адаптацию ребенка

Группы семей	Подгруппа	Характеристика профиля родительского отношения
Благоприятные	Понимающие	Хорошо знают своего ребенка, реально оценивают его и его поступки, адекватно и гибко реагируют на различные ситуации, способны встать на позицию ребенка, принять его точку зрения, диалогичны, понимают и принимают ребенка таким, каков он есть. Сензитивны, часто говорят о ребенке, сопереживают с ним, способны защитить его в любых ситуациях
	Покровительствующие	Хорошо знают своего ребенка, реально оценивают его и его поступки, адекватно реагируют на них. Однако в общении с ребенком занимают позицию старшего, не принимают диалог, считают свою точку зрения единственно правильной
	Безразличные	Мало знают своего ребенка и не стремятся узнать больше, чаще заботятся о внешних результатах, нежели о причинах и переживаниях. Эмоциональное отношение к ребенку у них выражено слабо, что позволяет переживать трудные ситуации без излишней ажитации. Часто родители заняты решением своих проблем. Однако эти дети хорошо одеты, ухожены и научены поведению, требуемому в обществе

Окончание табл.

Группы семей	Подгруппа	Характеристика профиля родительского отношения
Неблагоприятные	Подавляющие	Отличаются наибольшей степенью эмоционального отвержения ребенка, большим количеством запретов и приказов. Родители уверены, что хорошо знают ребенка, но обычно не могут предсказать его поведение в различных ситуациях. Отношения отличаются напряженностью и носят неустойчивый характер
	Тревожные	Родители отличаются повышенной тревожностью, неуверенностью. Неплохо знают своих детей, сензитивны по отношению к ним, но не уверены в правильности своего поведения, поэтому порой жестоки к ребенку. Отношения характеризуются неустойчивостью и амбивалентностью
	Отстраненные	Родительская позиция характеризуется полным отсутствием диалогичности. Повышенные ожидания и требования к ребенку часто выражаются на фоне значительной эмоциональной привязанности к ребенку, что порождает ощущение неоправданных надежд, сомнений в своих воспитательных возможностях и возможностях детей
	Отвергающие	Родители этой группы не желают вникать в проблемы ребенка, его эмоциональный мир для них закрыт. Выявляется явное нежелание уделять ребенку внимание, замечать его изменения

Качество родительско-детских отношений, выражаясь в характере воспитательного воздействия, определяет контекст жизни семьи в целом на протяжении длительного времени, что также обосновывает их значимое влияние на становление личности ребенка.

В связи с этим А. С. Спиваковская выделила некоторые наиболее опасные типы неблагополучных в воспитательном плане семей [6].

«*Семья-санаторий*». Мелочная опека, жесткий контроль и чрезмерная защита от мнимых опасностей. В результате — чрезмерные нагрузки для нервной системы ребенка, при которых

возникают нервные срывы, формируются эмоциональные особенности по типу повышенной чувствительности, раздражительности. При повышенном контроле и опеке у детей усиливаются реакции протеста, повышается агрессивность и появляется желание решительного изменения ситуации.

«*Семья — крепость*». Родители стараются поступать подчеркнуто правильно, излишне принципиально. Это ведет к повышенной неуверенности ребенка в себе, его безынициативности. Во многих случаях фиксируется концентрация внимания ребенка на собственных внутренних переживаниях, что приводит его к психологической изоляции, вызывает трудности общения со сверстниками. Такой тип воспитательного воздействия обычно приводит к развитию у детей внутриличностного конфликта, а следовательно, к перенапряжению нервной системы и повышенному риску нервных заболеваний.

«*Семья — третий лишний*». В такой семье эмоционально преувеличенными являются супружеские отношения, а ребенку внушаются чувства неполноценности, фиксируется внимание на его недостатках, что порождает у ребенка мучительные переживания собственной неполноценности при ощущении полной психологической зависимости и подчиненности родителям. Особенно остро развивается это чувство в случаях непоследовательного поведения родителей по отношению к ребенку, когда на одно и то же действие родители в разных ситуациях реагируют по-разному. Это способствует повышению у ребенка чувства тревоги, нестабильности и невротичного ожидания следующих реакций. Такой стиль отношений приводит к созданию у ребенка негативного образа «Я» как существа бессильного, неэффективного, наряду с восприятием других людей как сильных, могущественных. А это, в свою очередь, может приводить к поведению, направленному на поиск помощи, опеки и защиты, что является основанием для формирования устойчивого психологического образования — зависимости от родителей (либо более сильной личности в последующие периоды жизни).

Переживание психологической зависимости от родителей — крайне не однозначное явление. Сформировавшись в раннем детстве, зависимость имеет тенденцию к последующему распространению на более широкий круг объектов. С возрастом изменяется лишь внешняя форма проявления зависимости, сама же природа этих связей остается неизменной [2].

Выделяются различные внешние проявления психологической зависимости: от поиска позитивного внимания (желания получить похвалу, одобрение, благодарность) до поиска негативного внимания (привлечение к себе внимания с помощью ссор, неповиновения и других форм оппозиционного поведения). Возможны также такие формы, как поиск постоянного подтверждения (излишние извинения, требования обещаний и т. п.), пребывание поблизости, прикосновения и удержание.

Так, двухлетние дети используют прямые требования любви — «приклеивание», цепляние, прикосновения и плач. В то время как поиски позитивного внимания, одобрения и успокоения — частые взгляды на объект зависимости, улыбки, демонстрация игрушки, разговоры и т. д. — характерны для более старших дошкольников.

В пятилетнем возрасте у ребенка изменяется отношение к зависимости, что обусловлено возрастной потребностью в автономии своей личности. Многие дети в этот период переживают острый внутренний конфликт, обусловленный выраженностью мотивации к независимости и одновременной сильной потребностью в зависимости. Следующим таким же острым этапом разрушения этого образования в жизни ребенка становится подростковый возраст. Это период возникновения чувства и образа взрослости, тенденции к самостоятельности. Но установление подлинной независимости от родителей является не простой задачей, так как обостряется и мотивация к поиску поддержки, поощрения. Неспособность подростка решить конфликт между бессознательным желанием сохранения зависимости, обеспечивающей ощущение защищенности и уверенности, и новыми потребностями, связанными с независимостью, проявляется в сложном и противоречивом поведении, доставляющем немало проблем и ему самому и его окружению [2].

Как ни странно, но зачастую родители, используя неэффективную стратегию воспитательного воздействия, подкрепляют тенденции к плохому поведению у ребенка.

Поскольку значительная часть случаев плохого поведения детей содержит в себе элемент привлечения внимания, взрослый, уделяя внимание ребенку именно в эти моменты, способствует фиксации такого поведения. Во многих ситуациях было бы более правильным игнорирование плохого поведения. При этом нужно отдавать себе отчет в том, что ребенок зачастую сам

очень страдает от необходимости таким способом завоевывать внимание взрослых. Поэтому его есть за что пожалеть, сказать добрые слова, обнять (вопреки внутреннему раздражению).

Как показывает практика, родители трудных подростков отличаются от других родителей тем, что реже хвалят своих детей за хорошее поведение и уделяют плохому поведению слишком много внимания. Используемые при этом приемы наказания также оказываются неэффективными, скорее даже вызывают обратный эффект.

Наказание обладает выраженной внешней результативностью — почти всегда позволяет достичь определенной цели. Однако с психологической точки зрения наказание способствует развитию у детей такого явления, как нечувствительность к воспитательным воздействиям. Родители не задумываются о том, что, добившись таким способом послушания ребенка, они включают в действие его инстинкт самосохранения. Когда ребенок адаптируется в ситуации, осматривается, реально ее оценит, то, сочтя ее безопасной, может тут же позволить себе запретное. В результате постоянных наказаний ребенок полностью утрачивает чувствительность к воздействиям взрослого, и более того, он четко начинает понимать, что нет такого вида наказания, которое бы помешало ему делать то, что хочется.

Поэтому важно помнить, что для эффективного воспитательного воздействия важна четко продуманная воспитательная стратегия.

При этом эффективность воздействия определяется временем реакции родителей (как одобрение, так и наказание гораздо более эффективны, если они являются незамедлительными), последовательностью и принципиальностью дисциплинарных требований (дети реагируют гораздо лучше, если видят, что установленные правила разумны и служат справедливой цели), качеством отношений между родителями и ребенком (родительское одобрение или порицание будут иметь больший успех, если родителей любят и уважают), балансом одобрений и наказаний (больше одобрений), последовательностью воспитательных мер.

Возвращаясь к вопросу о профилактике отклоняющегося поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в приемной семье, следует выделить некоторые аспекты актуальных потребностей этих детей в родитель-

ском внимании и любви, а также особенности позиции приемных родителей по отношению к вопросам их воспитания в своих семьях.

По исследованиям Т. Н. Волковской (2003), М. М. Либлинг (1996), Н. В. Мазуровой (1997), Г. А. Мишиной (1998), В. В. Ткачевой (2005), дети описываемой категории демонстрируют специфические потребности в отношении родительской любви.

◀ Каждый ребенок с отклонениями в развитии демонстрирует высокую потребность в эмоционально-положительных контактах с родителями, их тепле и близости.

◀ Недостаточность и неадекватность родительско-детского общения проявляются в замещении родителей другими субъектами. Это могут быть другие люди (братья, сестры, учителя, близкие родственники, приятели и т.п.), предметы (игрушки), либо животные. Психологическая дистанция между родителями и детьми в этом случае может привести к утрате потребности в эмоциональном контакте и близости и стать необратимой. Поиск ребенком эмоциональной близости с другими людьми из его окружения опасен тем, что в этом окружении могут оказаться лица и с асоциальными представлениями о морали.

◀ Недостаточность эмоциональной близости с родителями обуславливает нарушения взаимодействия детей с социальной средой. Оно приобретает неадекватные формы, возникают коммуникативные проблемы и барьеры. Отношения с людьми окрашиваются в сознании ребенка в неблагоприятные тона. Дети становятся отгороженными, тревожными, агрессивными.

◀ Нарушения родительско-детских отношений оказывают существенное влияние на снижение качества продуктивной деятельности детей, искажая ее мотивационную составляющую. (Становится не для кого деятельность осваивать и стараться ее хорошо исполнить) [1; 34].

Таким образом, воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья требует от родителей осознанности, ответственности и, безусловно, грамотности. Тем более это актуально, если такой ребенок является в семье приемным.

Исследования А. С. Спиваковской позволяют выделить некоторые особенности позиции родителей по отношению к воспитанию приемных детей, способные стать серьезным препятствием как для становления позитивных родительско-детских отношений, так и для развития личности ребенка [6].

Особенности, характерные для родителей, воспитывающих приемных детей, связаны, прежде всего, с реализацией мотивов воспитания, возникновение которых в большей степени обусловлено жизненным опытом родителей, их воспоминаниями собственного детского опыта, с личностными особенностями и супружескими отношениями.

К *первой категории* названных особенностей относятся мотивы воспитания как реализации потребности смысла жизни, сверхценных идеалов.

К *второй категории* — мотивы воспитания как реализации определенной системы.

Если для родителей приемных детей (как для матерей, так и для отцов) воспитание стало основной деятельностью, мотив которой в реализации потребности смысла жизни, то удовлетворение этой потребности связано с обоснованием для себя смысла своего бытия, с ясным для самого человека направлением действий. У родителей, взявших детей на воспитание, смысл жизни наполняется заботой о ребенке, хотя они не всегда это осознают, полагая, что цель их жизни совсем в другом. Однако счастливыми и радостными они чувствуют себя только в непосредственном общении с ребенком, в делах, связанных с заботой о нем. Для таких родителей характерна попытка создавать и удерживать излишне близкую личностную дистанцию с ребенком. Возрастное и закономерное отдаление ребенка, повышение субъективной значимости для него других людей воспринимается ими бессознательно как угроза собственным потребностям. Родителям такого типа свойственна позиция «жить вместо ребенка». Они стремятся слить свою жизнь с жизнью детей. Ярким примером может служить мама, которая излишне опекает своего ребенка, длительно выполняет за него все то, что он способен делать самостоятельно (одевает, кормит, моет, выполняет задания, данные в детском саду или школе). В результате она получает требуемое чувство своей необходимости и с необычайным упорством препятствует всякому проявлению самостоятельности ребенка.

Если же воспитание подчинено мотивации реализации определенной воспитательной системы, то здесь обнаруживается некоторая специфика в конкретном проявлении таких неблагоприятных качеств позиции родителей, воспитывающих приемных детей, как неадекватность, консервативность и неверие в положительные способности ребенка. Образ ребенка, восприя-

тие присущих ему особенностей характера, темперамента, склонностей, физических особенностей «зашумляются», делаются неточными, недифференцированными, грубо оценочными в основном за счет постоянно сопровождающего родителей страха, что у ребенка «неблагоприятный генофонд», плохая наследственность. Находясь под постоянным давлением особого комплекса страха, родители начинают фиксировать любые даже самые мелкие черты неправильного поведения ребенка, которые вполне могут быть объяснены естественным ходом его взросления, закономерным возрастным кризисом. Образ ребенка окрашивается в представлении родителей в мрачные тона, его особенности обосновываются как проявление болезни, будущее ребенка выступает в красках пессимистического предвидения всевозможных бед, ограничений, непреодолимых трудностей. «Я» ребенка наполняется бессознательно для родителей в основном негативными качествами, а его достоинства преуменьшаются. Воспитание все более переосмысливается как исправление врожденных недостатков. Уходят непосредственная радость от общения, естественность, возникают родительское доминирование, повышенный контроль, подозрительность, и в итоге любовь к ребенку становится условной, а совместная жизнь превращается в постоянное тревожное отыскивание всего того, что якобы неправильно, не так, как у других [6].

Своевременное осознание родителем возможной неадекватности своих действий, возникших трудностей в установлении контакта с детьми, способность к поиску помощи у специалистов являются необходимыми условиями гармонизации значимых для обеих сторон родительско-детских отношений.


ЛИТЕРАТУРА

1. *Левченко, И. Ю.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И. Ю. Левченко, В. В.Ткачева. — М.: Просвещение, 2008. — 239 с.
2. *Макушина, О. П.* Причины психологической зависимости от родителей в подростковом возрасте / О.П.Макушина // Вопросы психологии. — 2002. — № 5. — С. 135.
3. *Радина, Н. К.* Психология семьи: учебно-методическое пособие для студентов заочного отделения / Н. К. Радина. — Н. Новгород: НГПУ, 2001. — 45 с.
4. *Синягина, Н. Ю.* Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. / Н. Ю. Синягина. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. — 96 с.

5. Шаповал, И. А. Специальная психология: учебное пособие / И. А. Шаповал. — М.: ТЦ Сфера, 2005. — 224 с.

6. Спиваковская, А. С. Как быть родителем / А. С. Спиваковская. — М.: ВЛАДОС, 2008. — 217 с.

4.4. Формирование ручной моторики у детей дошкольного возраста в условиях семьи

 Л. В. Кобзарь, старший преподаватель
кафедры коррекционной педагогики и специальной
психологии ГОУ ДПО НИРО

Значение двигательного действия в жизнедеятельности человека трудно переоценить. Оно обеспечивает изменение положения тела, его частей, организует движение, деятельность. Под двигательными действиями следует иметь в виду и ручные умения и навыки.

Рука как часть тела играет одну из ведущих и значимых функций в развитии и деятельности человека. Совокупность двигательных действий, выполняемых руками, называется «ручной моторикой». Моторика рук обеспечивает формирование манипулятивных, предметно-практических и предметно-игровых действий, на основе которых впоследствии формируются навыки самообслуживания, графические умения, элементы трудовой деятельности. Формирующиеся функции определяют психическое здоровье ребенка, которое, в свою очередь, программирует гармоничность его состояния в обществе.

Н. Н. Ефименко [1] вводит такое понятие, как «ручная предметно-манипулятивная деятельность», в содержание которой включает:

- ◀ поглаживание и ошупывание различных предметов;
- ◀ захватывание предметов различными способами;
- ◀ сжимание-разжимание эластичных предметов;
- ◀ «роняние» предметов вниз (на пол);
- ◀ поднятие (собрание) предметов;
- ◀ рассыпание (разбрасывание) предметов;
- ◀ перекладывание предметов из руки в руку;
- ◀ складывание предметов;

- ◀ катание округлых предметов;
- ◀ двигание предметов с плоскими поверхностями;
- ◀ конструирование;
- ◀ сбивание предметов рукой или другим предметом;
- ◀ бросание предметов вперед-вниз;
- ◀ подбрасывание и ловлю предметов;
- ◀ остановку катящихся предметов;
- ◀ некоторые другие действия (бросание предметов двумя руками различными способами, бросание предметов одной (двумя) руками в цель, на дальность).

Очевидно, в основе представленного многообразия ручных умений и навыков, которые должен выполнять ребенок, лежат сформированные моторные функции. Данные функции начинают складываться с первых месяцев жизни ребенка и к концу дошкольного возраста основные процессы ручной умелости оказываются уже сформированными, но развитие точных дифференцированных движений еще продолжается.

В отечественной и зарубежной литературе преимущественно рассматривается вопрос формирования мелкой (или тонкой) моторики, включающей развитие пальцевой мускулатуры. Вероятно, такая центричность обусловлена преимущественно видимой работой именно пальцевой моторики и выполнением ими основного объема работы. Но, учитывая амплитуду, координацию движений при выполнении действий самообслуживания, манипуляций с предметами, немаловажно, на наш взгляд, развивать движения и в плечевом, локтевом, лучезапястном суставах.

Показателями развития функциональных возможностей кистей и пальцев рук у детей дошкольного возраста О. Г. Приходько [3], Н. А. Малашина [2] называют:

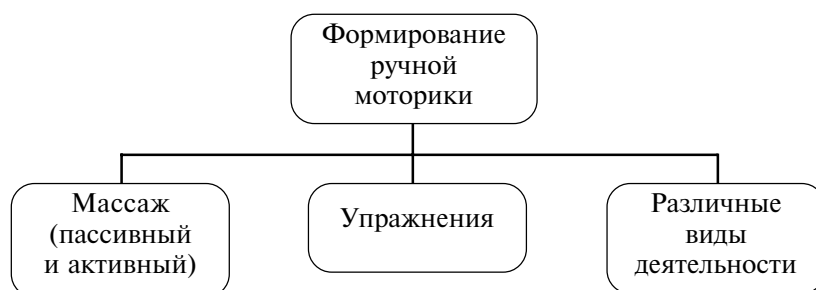
- ◀ направление руки к предмету;
- ◀ захват предмета, его удержание в руке;
- ◀ произвольное отпускание предмета;
- ◀ движения рук и кистей;
- ◀ свободное манипулирование предметами;
- ◀ дифференцированные движения пальцев рук;
- ◀ согласованность действий обеих рук;
- ◀ зрительно-моторную координацию;
- ◀ подражательные движения.

Рассмотрим, какие трудности мануальной моторики чаще всего присущи детям дошкольного возраста:

- ◀ согласованные действия обеих рук;
- ◀ соотносящие действия (зрительно-моторная координация);
- ◀ подражание движениям рук;
- ◀ дифференцированные движения пальцев рук.

Следовательно, развивая действия рук, особое внимание следует уделять возможным дисфункциям.

Развитие моторики рук должно проводиться одновременно в нескольких направлениях.



Рассмотрим обозначенные направления.

В зависимости от периода работы, степени и вида нарушения *массаж* может включать следующие элементы:

- ◀ поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по пальцам от кончика к основанию. Регулярный массаж большого пальца активизирует деятельность головного мозга и тонизирует весь организм; указательного — деятельность желудка; среднего — кишечника; безымянного — нормализует функцию печени; мизинца — стимулирует работу сердца;
- ◀ поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);
- ◀ похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;
- ◀ вращение пальцев (отдельно каждого);
- ◀ круговые повороты кисти;
- ◀ отведение — приведение кисти (вправо-влево);
- ◀ движение супинации (поворот руки ладонью вверх), пронации (поворот руки ладонью вниз);

◀ поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху);

◀ противопоставление большого пальца остальным (колючки из пальцев).

Можно предложить детям выполнять самомассаж кистей и пальцев рук.

◀ Подушечки четырех пальцев правой руки установить у оснований пальцев левой руки с тыльной стороны ладони. Пунктирными движениями кожа смещается на 1 см вперед-назад, и так постепенно доходим до лучезапястного сустава. То же — левой рукой.

◀ Кисть и предплечье левой руки расположить на столе. Ребром ладони правой руки имитировать «пиление» по всем направлениям тыльной стороны левой ладони. То же — другой рукой.

◀ Фалангами сжатых в кулак пальцев производить движения по принципу «буравчика» на ладони массируемой руки. Поменять руки.

◀ Выполнять движения, как при растирании замерзших рук, имитация «силового» мытья, пожатия [3, с. 82—83]; [4, с. 36—38].

Приведенные комплексы обеспечивают активизацию физиологических механизмов ручной моторики:

◀ активизируют поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от возбуждения нервных окончаний руки;

◀ вызывают прилив крови к мышцам, улучшая их питание.

Среди упражнений, направленных на развитие выделенных дисфункций, в литературе представлено многообразие различных комплексов пальчиковых гимнастик. Практически все из них ориентированы на развитие пальцев и кистей рук.

Упражнения с позиции комплексного подхода к развитию ручной моторики (всех функциональных отделов руки)

1. Упражнения на развитие согласованности действий обеих рук:

◀ ребенок держит в каждой руке по палке (примерная длина 35—40 см), поставив их на стол вертикально и одновременно перемещая их вперед и назад по прямой, затем наклоняя палки внутрь, в стороны, вперед и назад;

◀ ребенок кладет на стол руки ладонями вверх и перемещает их по столу, одновременно выполняя аналогичные движения сначала не сгибая, затем сгибая в локтевом суставе.

2. *Упражнения на развитие зрительно-моторной координации:*

◀ ребенок вытягивает руки вперед и рисует в воздухе различные фигуры;

◀ берет в руки по карандашу (фломастеру) и на листе бумаги рисует одновременно двумя руками зеркально-симметричные рисунки.

3. *Упражнения на развитие подражательных движений рук:*

◀ ребенок ставит на стол одну руку, сжатую в кулачок, другую кладет на плоскость стола ладонью вниз. Одновременно менять положение рук. Усложнение упражнения заключается в ускорении;

◀ по показу педагога ребенок перемещает предмет сначала в воздухе, затем по плоскости стола. Упражнение выполнять сначала попеременно каждой рукой, затем двумя руками одновременно.

4. *Упражнения на отработку дифференцированных движений пальцев рук:*

◀ ребенок ставит на стол руки, сжатые в кулачок, и по просьбе взрослого показывает названный пальчик сначала на одной, затем на другой руке, далее на обеих руках одновременно;

◀ ребенок накладывает средний палец на указательный, безымянный на средний, мизинец на безымянный. Позу зафиксировать и удерживать 10—20 секунд. Упражнение выполнять сначала попеременно каждой рукой, затем двумя руками одновременно [4, с. 62—64]; [5, с. 24].

Данные упражнения способствуют развитию движений рук, помогают отрабатывать качественные характеристики движений — быстроту, силу, ловкость, выносливость.

Сформированные движения используются в различных видах как спонтанной, так и организованной деятельности. Основные виды организованной деятельности представлены на рис. 1 (с. 164).

Одним из новых и перспективных, на наш взгляд, направлений в развитии как ручной моторики, так и других сфер психического развития являются релаксационные игры: с песком и водой, в сухом бассейне. Эти игры вызывают у детей интерес, побуждают их к активности, дают яркие эмоциональные впечатления.

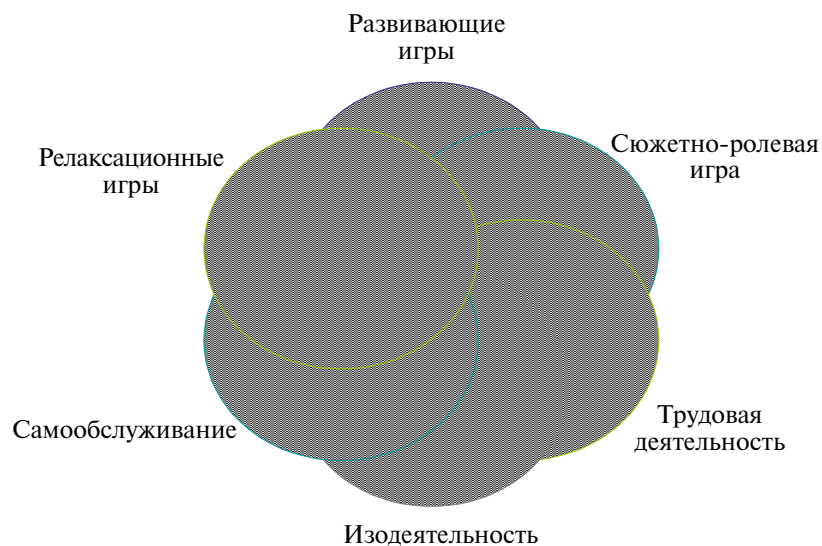


Рис. 1. Виды организованной деятельности

Игры с водой

«Поймай рыбку» — использование сачков, удочек и рыбок на магнитах.

«Капитаны» — управление рукой лодочками, парходиками.

«Наливай-ка» — наливание воды в различные емкости с использованием воронок и без.

«Дождик» — использование брызгалок и пульверизаторов.

«Водолазы» — доставание со дна утонувших предметов.

Игры с песком

«Следы» — оставление отпечатков от различных положений кистей рук (ладони, кулака, ребра).

«Трафареты» — использование трафаретов.

«Ямка» — углубление рук на разную глубину.

«Сырой-сухой песок» — экспериментирование и изучение свойств песка.

«Насыпай-ка» — насыпание песка в различные емкости с использованием воронок и без.

Игры в сухом бассейне

«Достань шарик» — по словесной инструкции ребенок достает шарик заданного цвета, размера, местоположения.

«Буря» — перемешивание шаров.

«Трудная дорога» — перемещение игрушки между шарами.

В целом развитую моторику рук должны обеспечивать следующие способности:

◀ дифференцирование движения руками и точное воспроизведение его во времени и пространстве;

◀ объединение изолированных ручных движений в одно действие;

◀ переход от одной цепочки движений к другой;

◀ умение управлять ритмом и темпом движения;

◀ изменение положения руки в пространстве в связи с изменением ситуации;

◀ сохранение равновесия положений рук;

◀ предугадывание движений, хода их изменения.

Развитие мануальной моторики, начинаясь внутриутробно и протекая в соответствии с генетической программой, может давать сбой и приводить к определенному рода нарушениям. Задача педагогов и родителей — помочь ребенку исправить те или иные недостатки, активизировав его собственные ресурсы и возможности в условиях ведущей деятельности, коей для дошкольников является предметно-игровая и предметно-практическая деятельность.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ефименко, Н. Н.* Материалы к оригинальной авторской программе «Театр физического воспитания и оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста» [текст] / Н. Н. Ефименко. — М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1999. — 256 с.: ил.

2. Развитие ручной умелости и тонкой моторики у дошкольников с детским церебральным параличом (спастическая диплегия) [текст] / сост: Н. А. Малашина. — Тольятти: фонд «Развитие через образование», 2006. — 52 с.

3. *Приходько, О. Г.* Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие [текст] / О. Г. Приходько. — СПб.: КАРО, 2006. — 112 с. — (Коррекционная педагогика).

4. *Сиротюк, А. Л.* Упражнения для психомоторного развития дошкольников: практическое пособие [текст] / А. Л. Сиротюк. — М.: АРКТИ, 2009. — 60 с. — (Развитие и воспитание).

5. *Смирнова, И. А.* Наш особенный ребенок: книга для родителей ребенка с ДЦП [текст] / И. А. Смирнова. — СПб.: КАРО, 2006.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Психолого-педагогические проблемы семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, к сожалению, все еще редко становятся объектом исследования. Авторы коллективной монографии «Коррекционно-педагогическая поддержка родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья» изучали условия жизнедеятельности детей в семье, включая вопросы соблюдения офтальмо-гигиенического режима, требований к рабочему месту, возможностей реализации программ коррекционно-развивающего обучения; анализировали различные формы педагогической поддержки родителей и детей; выявляли особенности психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Обобщение результатов работы позволило сделать ряд выводов.

◀ Эффективность коррекционно-педагогической работы с детьми в семье зависит от компетентности родителей, которые готовы осознать социальную роль семьи, значимость педагогической помощи ребенку в преодолении имеющихся нарушений и жизненных трудностей.

◀ Ограничение взаимодействия с окружающей средой у детей приводит к нарушению развития социально-бытовых навыков. Безусловно, что в такой ситуации необходимы компетентные решения родителей.

◀ Освещение вопросов, связанных с повышением социальной компетентности родителей, позволяет в определенной мере преодолеть недостаточность взаимодействия различных социальных институтов, а также обеспечить общество методической и нормативно-правовой литературой, отражающей современные взгляды на технологии и методы полноценного развития ребенка.

Проведенные исследования доказывают также, что определяющим условием для развития ребенка и коррекции имеющихся у него нарушений является дифференциация педагогических воздействий, позволяющая предупредить появление у ребенка вторичных отклонений, значительно снизить социальную недостаточность детей с ограниченными возможностями здоровья и достичь необходимого уровня в освоении ими социальных ролей и овладении жизненно необходимыми умениями и навыками коммуникации.

СОДЕРЖАНИЕ



Введение ▶ 3

Раздел I

Психологические основы помощи родителям

1. *И. К. Йокубаускайте*. Модели семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в периоды возрастных кризисов ▶ 5

2. *Е. Б. Аксенова*. Особенности семейного консультирования родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья ▶ 17

Раздел II

Особенности воспитания детей в семье

1. *Е. Б. Аксенова*. Содержание воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в раннем возрасте ▶ 21

2. *Н. А. Угрюмова*. Воспитание глухого ребенка в семье ▶ 27

3. *Л. С. Сековец*. Педагогическая поддержка детей с нарушениями зрения в семье ▶ 37

4. *Л. В. Кобзарь*. Воспитание детей с нарушениями речи в семье ▶ 52

5. *Е. Б. Аксенова*. Особенности воспитания детей с задержкой психического развития ▶ 62

6. *Е. А. Колотыгина*. Воспитание умственно отсталого ребенка в семье ▶ 67

Раздел III

Воспитание детей группы риска в условиях семьи

1. *Е. Б. Синева*. Адаптация детей, лишенных родительского попечительства, в приемных (патронатных) семьях ▶ 80

2. *Е. А. Колотыгина*. Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения, с умственной отсталостью в приемных семьях ▶ 97

3. *Е. Б. Синева*. Ребенок в неполной семье ▶ 112

Раздел IV

Работа с родителями по оказанию психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в семье

1. *И. К. Йокубаускайте*. Социальная компетентность родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья как условие полноценного развития их личности ▶ 131
2. *Н. Ю. Белоусова*. Роль семьи в профессиональном самоопределении подростков с двигательной патологией ▶ 137
3. *И. К. Йокубаускайте*. Профилактика форм отклоняющегося поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях семейного воспитания ▶ 145
4. *Л. В. Кобзарь*. Формирование ручной моторики у детей дошкольного возраста в условиях семьи ▶ 159

З а к л ю ч е н и е ▶ 166

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ



Коллективная монография

Редактор *З. С. Колодина*
Корректор *С. В. Колесникова*
Компьютерная верстка *Ж. В. Сафоновой*

Оригинал-макет подписан в печать 31.03.2011 г.
Формат 60 × 84 ¹/₁₆. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс».
Печать офсетная. Усл.-печ. л. 9,77. Тираж 100 экз. Заказ 1834.
ГОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования»
603122, Н. Новгород, ул. Ванеева, 203.
www.niro.nnov.ru

Отпечатано в издательском центре учебной
и учебно-методической литературы ГОУ ДПО НИРО