

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук

Кафедра психологии и педагогики

Направление подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование

**ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ**

Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ А.В. Лейфа

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Социально- педагогическое сопровождение семей, воспитывающих  
детей с ограниченными возможностями здоровья

Исполнитель

М.М. Родионова

студент группы 462узб

Руководитель

Е.А. Бурдуковская

доцент, канд.пед.наук

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Благовещенск 2018

**Министерство образования и науки РФ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«Амурский государственный университет»**

**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук

Кафедра психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ А.В. Лейфа

«11» сентября 2017 г.

**ЗАДАНИЕ**

К бакалаврской работе студента Родионовой Марины Михайловны.

**1. Тема бакалаврской работы:** Социально- педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

(утверждена приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

**2. Срок сдачи студентом законченной работы (проекта) «\_\_»\_\_ 2017**

**3. Исходные данные к бакалаврской работе:** Основу методологии исследований составили научные труды по воспитанию и развитию детей с ограниченными возможностями здоровья, а также концепции различных типов воспитания «особенных» детей в семья. Важное значение в процессе исследований придавалось государственным программам поддержки семей, имеющих детей-инвалидов.

**4. Содержание выпускной квалификационной работы (перечень подлежащих разработке вопросов):**

1) Раскрыть теоретические основы социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

2) Выявить проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

3) Разработать и апробировать программу социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

**5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).** Бакалаврская работа содержит с., 8 рисунков, 1 таблицу, 6 приложений, 55 источников.

**6. Дата выдачи задания «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017**

Руководитель бакалаврской работы: Бурдуковская Е.А., доцент, канд.пед.наук.

Задание принял к исполнению «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 \_\_\_\_\_

(подпись студента)

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
1 Теоретические основы социально - педагогического сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ	10
1.1 Психолого-педагогические особенности семей, воспитывающих детей с ОВЗ	10
1.2 Сущность понятия «социально-педагогическое сопровождение» семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	20
1.3 Задачи и содержание социально-педагогического сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ	27
2 Организация социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	33
2.1 Социально-педагогическая диагностика проблем семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	33
2.2 Программа социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	40
2.3 Анализ и оценка результатов реализации программы	48
Заключение	53
Библиографический список	55
Приложение А Анкета	61
Приложение Б Методика Э.Г. Эйдемиллера и В.В Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений»	63

Приложение В Характеристика негармоничного типа семейного воспитания: «потворствующая гиперпротекция»	71
Приложение Г Характеристика негармоничного типа семейного воспитания: «эмоциональное отвержение»	77
Приложение Д Результаты диагностики	79
Приложение Е Анализ показателей анкетирования	84

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной работы определяется тем, что в настоящее время работа с семьей - это важное государственное направление в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения семьей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

В современном мире сохраняется неуклонный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья.

В России дети с ограниченными возможностями здоровья составляют, по разным оценкам, от 1,5-2,5 до 4,5 % детского населения. Распространенность детской инвалидности в нашей стране с момента ее регистрации с 1990 по 2017 г. увеличилась почти в 12 раз. Уже в 2015 г. уровень детской инвалидности в России составил 200,8 на 10 тыс. детей 0-17 лет. В настоящее время абсолютное число детей с ограниченными возможностями превысило полумиллионную отметку. По оценке Министерства здравоохранения РФ, в ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост этого показателя на фоне снижения численности населения, показателей его здоровья, неблагоприятной социальной ситуации в большинстве российских семей.

Проблемы народонаселения, определяющие перспективы развития многих территорий РФ тесно связаны с проблемой высоких показателей заболеваемости и инвалидности в детском возрасте, с необходимостью развития и укрепления службы охраны здоровья матери и ребенка.

В Амурской области проживают 1143 ребенка из числа детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста, 842 (73,7 %) ребенка из их числа получают услуги дошкольного образования в 99 дошкольных образовательных организациях области. С ростом числа детей с ограниченными возможностями здоровья острее встает вопрос о создании эффективной комплексной системы поддержки семей, имеющих детей с

ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования- семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья как особая категория.

Предмет исследования - социально-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Цель исследования - теоретически и практически обосновать пути и способы социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Цель и актуальность исследования определили его задачи:

1. Раскрыть теоретические основы социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

2. Выявить проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

3. Разработать и апробировать программу социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;

Гипотеза: социально-педагогическое сопровождение будет эффективным, если учтена совокупность положения основы работы с такими семьями.

Методы исследования: изучение литературы по проблеме исследования, анализ документации, обобщение педагогического опыта, анкетирование, тестирование, проектирование педагогического эксперимента, методы математической обработки данных.

Экспериментальная база исследования: ГАУ АО «Благовещенский КЦСОН «Доброта».

Структура работы включает в себя введение, две главы, заключение, библиографический список и приложения к работе.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

## 1.1 Психологические особенности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития<sup>1</sup>.

Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохранными анализаторами.

Таким образом, детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании. По классификации, предложенной В.А.Лапшиным и Б.П.Пузановым, к основным категориям аномальных детей относятся:

- 1) Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) Дети с нарушением речи (логопаты);
- 4) Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- 5) Дети с умственной отсталостью;
- 6) Дети с задержкой психического развития;
- 7) Дети с нарушением поведения и общения;

---

<sup>1</sup> Акатов, Л.И. Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений. – М.: 2004. – С. 45.



8) Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью)<sup>2</sup>.

Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека. Очевидно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Все, что угодно может быть, как сложится, так и будет. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения коры головного мозга, порождает вторичные нарушения - отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического

---

<sup>2</sup> Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С.44.

мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки - недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение.

Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа<sup>3</sup>.

Таким образом, на развитие ребенка с ограниченными возможностями будут влиять четыре фактора.

1) Вид (тип) нарушения.

2) Степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть - ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта.

3) Срок (время) возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие - повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае

---

<sup>3</sup> Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М.: Институт социальной работы Тюменской области, 1995. – С. 48.

потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;

4) Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно - реабилитационной работы с ним<sup>4</sup>.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья меняет всю жизнь семьи, изменяет представление родителей о своей роли и месте в жизни. Обычно родители, узнавшие об инвалидности ребёнка, находятся в состоянии стресса. Этот стресс носит сначала острый характер, а затем переходит в хронический. Многие специалисты в области педагогики и психологии изучали особенности семьи, в которой воспитывается ребенок с особыми потребностями.

Рождение малыша с дефектом является причиной продолжительной дезадаптации семейной жизни. Другие дети все же оказываются лишенными внимания. Часто родители отдаляются от друзей, знакомых и даже родственников, которые тоже испытывают кризис; многие из них избегают встреч с такой семьей. Семья попадает в группу риска.

Практика работы с семьями, в которых есть ребенок с ограниченными возможностями, показывает, что такие семьи по отношению к проблеме можно условно разделить на две группы. Семьи, в которых отношение к проблеме носит конструктивный характер, не углубляются в длительные переживания случившегося, пытаются более эффективно приспособиться к новым условиям,

---

<sup>4</sup>Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д., Нисневич, Л.А. Как помочь «особому» ребенку. – Спб.: «ДЕТСТВО – ПРЕСС», 2001. – С. 30.

наладить семейный быт, общение и изменить свое отношение к возникшей проблеме.

Конструктивное отношение - это результат эмоциональной адаптации всех членов семьи: они принимают проблему. Критические моменты в таких семьях тоже случаются, тем не менее родители уже успели выбрать позитивные установки по отношению к себе, своему ребенку, что позволяет им формировать у него такие навыки, которые помогут адаптироваться к семье, к ребенку. Но, к сожалению, таких семей намного меньше, чем тех, в которых отношение к проблемам носит деструктивный характер, который может выражаться в форме:

- игнорирование проблем;
- жесткое отношение и эмоциональное отвержение ребенка<sup>5</sup>.

Деструктивное отношение к проблеме в сочетании с нарушениями детско-родительских коммуникаций препятствует процессу реабилитации ребенка и ведет к появлению у него поведенческих отклонений. Основной проблемой, имеющей важнейшее значение для воспитания ребенка с ОВЗ, является отношение родителей к его дефекту. В соответствии с уровнем знаний, культуры, личностных особенностей родителей и ряда других факторов возникают различные типы реагирования, а соответственно и поведения в связи с появлением в семье ребенка ОВЗ. Этот момент, как правило, сопровождается потрясением, приводит родителей в стрессовое состояние, вызывает глубокие переживания, чувство растерянности и беспомощности, нередко служит причиной распада семьи. Подробно изучала типологию родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями В.В. Ткачева. В своих научных трудах автор выделила три типа родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями

---

<sup>5</sup> Любезнова, Е.В. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006. – № 1. – С. 55.

здоровья<sup>6</sup>.

Портрет родителя авторитарного типа.

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны, советам родственников или рекомендациям специалистов.

Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не видеть преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-либо может произойти чудо и с их ребенком.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка и, таким образом, решают проблему ребенка в целом.

Отрицательные свойства этой категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их

---

<sup>6</sup>Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. – М.: Эксмо, 2008. – С. 101.

ребенка).«Пусть общество приспособляется к нам и нашим детям, а не мы к ним»- это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей<sup>7</sup>.

В отношениях с ребенком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстраненности от его проблем. Поведение таких родителей может перерасти иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Многим из авторитарных родителей свойствен неравномерный характер применения воспитательных мер. Авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не соответствующие его возможностям. Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка. Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития.«Не все дети одинаковые»или«Ну, не всем же быть учеными»,— считают они. Такие родители излишне опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка<sup>8</sup>.

Портрет родителя невротичного типа.

Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим образом:«Уж что есть, тои есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!»

У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое

---

<sup>7</sup>Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие для вузов. – М.: Владос, 2004. – С. 94.

<sup>8</sup> Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб.пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология». – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – С. 106.

состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать: «А нам никто не говорил о том, что нужно заниматься с ним. Мы ничего и не знали!» Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Они не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности. Часть родителей, относящихся к этой группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем, и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами<sup>9</sup>.

Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего. В плане воспитания эти родители также часто проявляют несостоятельность. Часто родители данного типа непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребенку. Это, в свою очередь, передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротических черт характера.

Собственное эмоциональное бессилие не позволяет таким родителям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Прожитая жизнь

---

<sup>9</sup> Тюрина, Н.Ш. Формирование компетентности родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии // Детский сад от А до Я. – 2007 – №2. – С. 122.

воспринимается ими как несложившаяся, несчастливая, загубленная рождением всемогущего аномального малыша, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное<sup>10</sup>.

Портрет родителя психосоматического типа.

Это самая многочисленная категория родителей. У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первой, так и второй категорий. Эти родители эмоционально более лабильны, чем представители двух других групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом).

У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у первых и вторых. Они не устраивают скандалов и ссор, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность<sup>11</sup>.

Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. У первых двух категорий родителей отреагирование проблемы проявляется во внешнем плане (у невротичных - слезы, истерики, у авторитарных - скандалы, агрессия, окрик), а у родителей данной категории во внутреннем плане. Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере. Все усилия направляются на оказание ему помощи.

Психосоматичные родители, так же как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают

---

<sup>10</sup> Тюрина, Н.Ш. Формирование компетентности родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии // Детский сад от А до Я. – 2007 – №2. – С. 124.

<sup>11</sup> Чигинцева, Е. Г. Типология семей в вопросе воспитания ребенка с отклонениями в развитии // Практическая психология и логопедия. – 2005. – № 5-6. – С. 76.



свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка.

Выделенные В.В. Ткачевой особенности родителей являются основополагающими для определения позиций родителя и семьи по отношению к больному ребенку. На них затем наслаиваются мировоззренческие, культурные, социальные и другие характеристики.

Таким образом, развитие детей с ограниченными возможностями здоровья требует особого подхода к их воспитанию и социальной поддержки семей, имеющих таких детей. Важное значение в развитии «особенных» детей имеет тип родительского воспитания в семье. Представленная типология личности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, позволяет определить формы и методы социально-педагогической работы, направленной на оказание семьям, имеющих детей с ОВЗ психолого-педагогической помощи.

## **1.2 Сущность понятия «социально-педагогическое сопровождение» семей, воспитывающих детей с ОВЗ**

Дети с ограниченными возможностями здоровья составляют до 15% от общего количества детей. Семьи, в которых воспитываются такие дети, испытывают большое количество проблем, связанных с лечением, общим и профессиональным образованием, социальной адаптацией, общением и т. п. Наличие ребенка с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) становится зачастую испытанием для сохранения семьи. Масштабность, сложность, многообразие проблем обуславливает необходимость их комплексного решения, инновационных разработок и осуществления мероприятий при консолидации усилий социальных педагогов, психологов, социального окружения и собственно самой семьи. Поэтому проблема социально-педагогического сопровождения семейного воспитания ребенка с ОВЗ и педагогических условий его реализации требует особого

внимания и осмысления<sup>12</sup>.

Под социально-педагогическим сопровождением мы понимаем взаимодействие социального педагога или социального работника (и других специалистов) с ребенком и его семьей в процессе построения индивидуальной траектории разрешения проблемной ситуации. Семейное воспитание рассматриваем как целенаправленное взаимодействие членов семьи, основанное на любви и уважении личного достоинства и чести детей, предполагающее их психолого-педагогическую поддержку, защиту и формирование личности детей с учетом их возможностей и в соответствии с ценностями семьи и общества. Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания. Успешность социально-педагогического сопровождения таких детей зависит от учета индивидуальных особенностей ребенка (состояния здоровья, степени его ограниченности, психологического состояния и т. п.), семьи (ее типа, уровня благосостояния, особенностей супружеских отношений и т. п.), типа семейного воспитания.

Социально-педагогическое сопровождение семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья - комплексное и целенаправленное взаимодействие социального педагога (работника) и семьи, целью этого взаимодействия является создание оптимальных условий для успешного обучения<sup>13</sup>.

Главной целью социально-педагогического сопровождения семейного воспитания является помощь семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, в

---

<sup>12</sup>Холостова, Е.И. Социальная работа с инвалидами. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. –С. 79.

<sup>13</sup> Технологии социальной работы : Учебник / Под общ.ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2001. – С. 101.

активизации собственного потенциала, в оптимизации способности самостоятельного разрешения проблем. Построение индивидуальной траектории самопомощи является основой всего процесса в целом, так как наличие траектории как таковой помогает систематизировать, оптимизировать и маршрутизировать дальнейшие шаги в процессе социально-педагогического сопровождения и в семейном воспитании.

Содержание социально-педагогического сопровождения в формировании навыков самопомощи определяется принципами, с учетом которых они организуются. Основными принципами социально-педагогического сопровождения в формировании навыков самопомощи, являются следующие:

- рекомендательный характер советов сопровождающего;
- приоритет интересов сопровождаемого (на интересе ребенка, семьи);
- непрерывность сопровождения;
- комплексность подхода сопровождения;
- стремление к автономизации семьи<sup>14</sup>.

Формирование навыков самопомощи у семей обуславливается и функциями социально-педагогического сопровождения. Выделяют следующие функции:

1) социально-педагогическая функция - педагог формирует компетенции у семьи для осуществления самостоятельного решения ТЖС, а также осуществляет оказание квалифицированной социально-педагогической помощи семье в саморазвитии, самопознании, самооценке, самоутверждении, самоорганизации, самореабилитации;

2) социально- реабилитационная функция- преодоление имеющихся и возможных проблем по пути решения ТЖС; организация

---

<sup>14</sup> Специальная семейная педагогика. Под ред. В.И. Селиверстова, О.А. Денисовой, Л.М. Кобриной. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – С. 200.

системы профилактических мер; влияние на формирование нравственно-правовой устойчивости; организация системы мер социального оздоровления семьи, своевременное оказание социально-реабилитационной и другой помощи семьям;

3) посредническая функция- осуществление связи между семьей и различными учреждениями (образовательными, медицинскими, социальными и др.), а также с ближайшим окружением семьи;

4) психотерапевтическая функция- формирование положительного эмоционального фона семьи для стимулирования деятельности; забота о душевном равновесии ребенка и родителей; установление доверительных отношений в семье; оказание помощи в разрешении межличностных конфликтов;

5) прогностическая функция - формирование способности анализировать, прогнозировать и моделировать свою деятельность (программирование и прогнозирование на основе анализа социально-педагогической ситуации, процесса воспитания и развития семьи; определение перспектив процесса саморазвития и самовоспитания семьи; планирование своей социально-педагогической работы на основе анализа результатов за предыдущий период времени)<sup>15</sup>.

Социально-педагогическое сопровождение в формировании навыков самопомощи реализуется с учетом функций и принципов, а также алгоритма построения индивидуальной траектории оказания самопомощи, позволяющих создать условия для максимальной эффективности реализации социально-педагогического сопровождения семейного воспитания ребенка сОВЗ.

Одним из условий развития социально-педагогического сопровождения является активное взаимодействие различных служб и организаций, способных

---

<sup>15</sup> Социальная работа с инвалидами: Настольная книга специалиста. Под. Ред. Е.М. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1996. – С. 77.

предоставлять необходимые социальные услуги. Эффективным механизмом такого взаимодействия может стать система социального партнерства как действенного инструмента вовлечения в обсуждение и решение проблем развития социально-педагогического сопровождения, способного к достижению конструктивных соглашений и выработке единой политики по оказанию данного рода услуг.

Необходимо отметить, что социальное партнерство представляет собой совокупность взаимодействий между различными институтами и организациями по вопросам социально- педагогического сопровождения семейного воспитания семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ. Для понимания механизма социального партнерства важно иметь в виду, что его участниками могут быть самые разные субъекты, согласование интересов которых, как правило, представляет значительную сложность. В связи с этим функции организатора переговорного или согласительного процесса нередко берут на себя властные структуры. Поэтому рассмотрим основные учреждения, их функциональные обязанности и формы взаимодействия между собой в процессе организации и предоставления социально-педагогического сопровождения семейного воспитания ребенка с ОВЗ.

Существует несколько форм социального партнерства между учреждениями, осуществляющими социально-педагогическое сопровождение, такие как: семинары, конференции, совещания, консилиумы, тренинги, консультации и др. Из этого следует, что при пограничных составляющих социально- педагогического сопровождения учреждения различного профиля могут предоставлять услуги совместно и комплексно, также необходимо

отметить, что наличие социального партнерства позитивно скажется и на последовательности оказания социально-педагогического сопровождения<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Российская энциклопедия социальной работы. Т.1. Под ред. А.И. Панова, Е.И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1997. – С. 211.

Методическое обеспечение социально- педагогического сопровождения является элементом организационно-управленческого компонента системы и направлено на повышение его эффективности. Поэтому целесообразно выделить функции методического обеспечения: диагностическую, моделирующую, организационно-педагогическую, контрольно-коррекционную, научно-экспериментальную.

Модель методического обеспечения социально-педагогического сопровождения:

1) на первом этапе осуществляется подготовка социальных педагогов к работе по социально-педагогическому сопровождению семей с детьми с ОВЗ; осуществляется определением деловых и личностных качеств социальных педагогов, отражающих уровень компетенции (знаний, умений и навыков, опыта), достаточных для осуществления социально-педагогического сопровождения семей с ОВЗ, а также способность самостоятельно приобретать новые знания и умения по специальности;

2) на втором этапе организуется индивидуальное и групповое консультирование педагогов; использование более глубоких знаний в области психологии общения, личности, психодиагностики, основ психологических тренингов, а также знаний проблем социально-педагогического сопровождения семейного воспитания ребенка с ОВЗ, особенностей развития ребенка в разные возрастные рамки, умение стимулировать процессы самопомощи с помощью тренингов личностного роста<sup>17</sup>;

3) на третьем этапе проводится исследование потребностей семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, на основании чего разрабатывается программное обеспечение ( ИПР, образовательная программа учреждения,

---

<sup>17</sup>Посысов Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. – Ярославль: ГОАУ ИРО, 2011. – С. 37.

образовательные программы по направлениям) социально-педагогического сопровождения. Начинается подготовка педагогов к работе по социально-педагогическому сопровождению семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ. Определяется умением социального педагога осуществлять традиционную педагогическую деятельность ( отбор и композицию учебного материала, планирование и построение социально-педагогического процесса; проектирование учебно-материальной базы социально-педагогического процесса; выполнение системы действий, направленных на включение сопровождаемых в различные виды деятельности; становление педагогически целесообразных отношений социального педагога с ребенком и его родителями, другими учреждениями, оказывающими социально-педагогическое сопровождение);

4) на четвертом этапе проводится диагностика потребностей, способностей семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, пришедших в учреждение. На основании результатов диагностики педагогами при помощи методистов корректируются реабилитационные программы по направлениям, разрабатываются индивидуальные траектории помощи; определяется умением проектировать и конструировать социально-педагогические инновации, то есть профессионально отбирать содержание инновации, проектировать реализацию этого содержания через применение современных социально- педагогических технологий; прогнозировать ожидаемый результат, который может быть получен в ходе реализации инновации, описывать критерии оценивания эффективности спроектированной инновации;

5) на пятом этапе организуется процесс анализа результатов реализации реабилитационных программ: идет обеспечение социальных педагогов методиками диагностики результатов социально- педагогического сопровождения, самоанализа педагогической деятельности, анализируются результаты реализации реабилитационных программ по направлениям,

образовательной программы учреждения, программы развития; результаты работы представляются на методических, педагогических советах, научно-практических конференциях<sup>18</sup>.

Методическое обеспечение социально- педагогического сопровождения прежде всего решает проблему повышения профессиональной компетентности педагогов в вопросах формирования самопомощи у семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, и тем самым влияет на эффективность социально- педагогического сопровождения, поскольку оказывать ее может только профессионально подготовленный для этого социальный педагог.

Таким образом, социально-педагогическое сопровождение семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья - комплексное и целенаправленное взаимодействие социального педагога (работника) и семьи, целью этого взаимодействия является создание оптимальных условий для успешного обучения. Социально-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья является обязательным и необходимым условием воспитания «особенных» детей и их социализации. Для организации социально-педагогического сопровождения семей с детьми с ОВЗ необходимо использовать методологический аппарат данного сопровождения, способствующий наиболее компетентно и эффективно осуществлять поддерживающие и реабилитационные мероприятия.

### **1.3 Задачи и содержание социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья**

Многие реабилитационные центры работу с родителями определили как одно из приоритетных направлений. Эта работа включает обследование психологического состояния матерей и оказание им консультативной и, при

---

<sup>18</sup>Посысов Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. – Ярославль: ГОАУ ИРО, 2011. – С. 38.



необходимости, психотерапевтической помощи, обучение приемам воспитания и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в домашних условиях, оказание помощи в деятельности общественных объединений родителей детей-инвалидов и многое другое.

Центры реабилитации главной своей задачей считают проведение адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе социализации, обеспечение комфортного состояния их родителей, формирование у населения адекватного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья и интеграции этих детей в современное общество<sup>19</sup>.

Основными направлениями деятельности являются:

- реабилитационная работа с семьей;
- внедрение новых реабилитационных технологий;
- методическая работа;
- организация повышения квалификации специалистов учреждения.

Работа с семьей призвана решать следующие задачи:

- повышение уровня психического здоровья родителей;
- оптимизация внутрисемейных отношений;
- расширение информированности родителей о потенциальных возможностях ребенка, о его перспективах в различных аспектах реабилитации;
- обучение родителей приемам организации игровой и учебной деятельности детей. Находясь в центре вместе с ребенком, родители не только принимают участие в реабилитационном процессе, но и интенсивно обучаются приемам реабилитации с целью их дальнейшего применения в домашних условиях<sup>20</sup>.

Использование новых реабилитационных технологий при активном

---

<sup>19</sup>Плоткин, М. Социально-педагогическая парадигма семейного воспитания: теоретико-методологические подходы // Социальная педагогика в России. – 2011. – №1. – С. 26.

<sup>20</sup>Плоткин, М. Социально-педагогическая парадигма семейного воспитания: теоретико-методологические подходы // Социальная педагогика в России. – 2011. – №1. – С. 29.

участии в реабилитационном процессе родителей позволяет добиваться поставленных задач, корригировать нарушения двигательных, речевых функций ребенка, оздоравливать его соматическую сферу, что в конечном итоге способствует максимально возможной его адаптации.

Программа реабилитации - это система мероприятий, развивающих возможности ребенка и всей семьи, которая разрабатывается командой специалистов ( состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога) вместе с родителями. Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного ребенка и семьи, учитывая как состояние здоровья и особенности развития ребенка, так и возможности и потребности семьи. Программа реабилитации может разрабатываться на полгода или на более короткий срок - в зависимости от возраста и условий развития ребенка<sup>21</sup>.

По прошествии установленного срока специалист- куратор обсуждает достигнутые результаты с родителями ребенка, анализирует все позитивные и негативные незапланированные события, произошедшие в процессе выполнения программы. После этого специалист или команда специалистов вместе с родителями разрабатывают программу реабилитации на следующий период.

Программа реабилитации - это четкий план, схема совместных действий родителей и специалистов, способствующих развитию способностей ребенка, его оздоровлению, социальной адаптации ( например, профессиональной ориентации), причем в этом плане обязательно предусматриваются мероприятия относительно других членов семьи: приобретение родителями специальных знаний, психологическая поддержка семьи; помощь семье в организации отдыха, восстановления сил и т.д. Каждый период программы

---

<sup>21</sup>Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей. – М.: Педагогика – Пресс, 1996. – С. 33.

имеет цель, которая разбивается на ряд подцелей, поскольку предстоит работать сразу в нескольких направлениях, подключая к процессу реабилитации разных специалистов.

Такая программа включает следующие мероприятия:

- медицинские (оздоровление, профилактика);  
- специальные (образовательные, психологические, психотерапевтические, социальные), направленные на развитие общей или точной моторики, языка и речи ребенка, его умственных способностей, навыков самообслуживания и общения<sup>22</sup>. При этом остальным членам семьи необходимо разбираться в тонкостях детского развития, учиться общению друг с другом и с малышом, чтобы не усугубить первичные дефекты развития неблагоприятными воздействиями извне. Поэтому в программу реабилитации входят: организация благоприятного окружения ребенка (включая обстановку, специальное оборудование, способы взаимодействия, стиль общения в семье), приобретение новых знаний и навыков родителями ребенка и его ближайшим окружением.

После начала выполнения программы осуществляется мониторинг, т.е. регулярное отслеживание хода событий в виде регулярного обмена информацией между специалистом-куратором и родителями ребенка. При необходимости куратор содействует родителям, помогает преодолевать трудности, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями учреждений, разъясняя, отстаивая права ребенка и семьи. Куратор может посещать семью, чтобы лучше разобраться в трудностях, возникающих при выполнении программы. Таким образом, программа реабилитации - циклический процесс.

Установлено, что детям удается достичь гораздо лучших результатов, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся

---

<sup>22</sup>Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 2008. – С. 201.

партнерами и вместе решают поставленные задачи<sup>23</sup>.

Однако специалисты отмечают, что родители порой не высказывают никакого желания сотрудничать, не просят помощи или совета.

На первый взгляд ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен быть центром внимания своей семьи. В действительности же этого может не происходить в силу конкретных обстоятельств каждой семьи и определенных факторов: бедность, ухудшение здоровья других членов семьи, супружеские конфликты и т.д. В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители рассматривают реабилитационные услуги в первую очередь как возможность получить передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок начинает посещать школу или реабилитационные учреждения, потому что в этот момент могут, наконец, отдохнуть или заняться своими делами.

При всем этом важно помнить, что большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка.

Таким образом, в последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян, еще недавно представлявших инвалидность лишь в медицинском аспекте, динамичный рост числа центров реабилитации детей с ограниченными возможностями<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 92.

<sup>24</sup> Жигорева, М.В. Роль семьи в системе коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии / М.В. Жигорева. – М.: 2006. – С.149.

Но всё это мало отражается на решении внутренних психологических проблем родителей ребёнка-инвалида, особенно матери. Тесный эмоциональный контакт с матерью, начиная с первых дней жизни, её ласка и забота являются залогом полноценного психического развития любого ребёнка. Ребёнок - инвалид должен чувствовать, что близкие люди его любят и понимают, не считая хуже других детей, всегда готовы прийти на помощь<sup>25</sup>.

Кроме того, хотелось бы отметить, что основная цель ранней социально-реабилитационной работы связана с обеспечением социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребёнка, имеющего нарушения, и достижением максимального успеха в раскрытии потенциала ребёнка для обучения. Другая важная цель - предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития. Третья цель состоит в том, чтобы адаптировать семьи, имеющие детей с задержками развития так, чтобы эти семьи могли удовлетворить потребности ребенка максимально эффективно. Социальная работа с семьей требует от профессионала отношения к родителям как к партнёрам, изучения способа функционирования конкретной семьи и выработки индивидуальной программы, соответствующей семейным потребностям и стилям<sup>26</sup>.

Таким образом, проблема детской инвалидности является актуальной во всем мире. Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями - главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации.

---

<sup>25</sup>Занков, Л.В. Избранные педагогические труды / Л.В. Занков. М.: Педагогика, 1990. –С. 197.

<sup>26</sup>Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. – М.: Эксмо, 2008. – С. 351.

## 2 ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### 2.1 Социально-педагогическая диагностика проблем семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако нужно помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть нулевым: отсутствие подобного взаимодействия намного снижает эффективность социально-реабилитационных услуг.

В исследовании приняли участие 20 семей, имеющих детей с ограниченными возможностями и 22 ребенка с ограниченными возможностями здоровья до 18 лет.

Исследование проводилось с использованием методов:

- 1) анкетирование;
- 2) методика опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений»<sup>27</sup>.

Наблюдение и сбор информации о семье, посредством анкетирования (Приложение А).

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

---

<sup>27</sup>Бодалев, А.А., Столин, В.В. Общая психодиагностика. - М. : Издательство «Речь». – 2006. – С. 366.

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

Согласно анкетным данным (приложение а) в исследуемых семьях большинство матерей не работают (домохозяйки/декретный отпуск) – 12 (60 %); папы – работающие.

Большая часть родителей имеет среднее специальное образование.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

На данном этапе уточнялись проблемы семьи, ее структура, внешние проявления внутрисемейных взаимоотношений, происходило установление доверительного контакта, который был необходим для дальнейшей работы с семьей.

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

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

Диагностический эксперимент.



На этом этапе проводилось непосредственно диагностическое исследование семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

В диагностический эксперимент вошла методика опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ)<sup>28</sup>.

В отечественной литературе существует классификация стилей семейного воспитания предложенная Э. Эйдемиллером и В.В. Юстицкис. Эта классификация учитывает тип родительского отношения, способствующего возникновению у детей той или иной аномалии развития<sup>29</sup>.

1. Гипопротекция: недостаток опеки и контроля за поведением, доходящий иногда до полной безнадзорности; чаще проявляется как недостаток внимания к физическому и духовному благополучию ребенка, его делам, интересам. Скрытая гипопротекция наблюдается при формальном контроле в сочетании с реальным недостатком тепла и заботы. Этот тип воспитания особенно неблагоприятен для детей с акцентуациями по неустойчивому и конформному типам, он провоцирует асоциальное поведение у детей - побеги из дома, праздный образ жизни. В основе этого типа психопатологического развития может лежать фрустрация потребности в любви и принадлежности, эмоциональное отвержение ребенка, исключение его из семьи.

2. Доминирующая гиперпротекция: обостренное внимание и забота о ребенка с мелочным контролем, обилием ограничений и запретов, что порождает несамостоятельность, безынициативность, нерешительность, неумение постоять за себя.

3. Потворствующая гиперпротекция: воспитание по типу «кумир

---

<sup>28</sup>Бодалев, А.А., Столин, В.В. Общая психодиагностика. - М. : Издательство «Речь». – 2006. – С. 366.

<sup>29</sup>Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 2008. – С.244.

семьи», потакание всем желаниям ребенка, чрезмерное покровительство и обожание, порождающее у ребенка не умеренно высокий уровень притязаний, безудержное стремление к лидерству и превосходству в сочетании с недостаточным упорством. Такой стиль воспитания усиливает истероидную акцентуацию, способствует появлению истероидных черт при лабильной и гипертимной, реже при шизоидной и эпилептоидной акцентуации. В последнем случае такой вид воспитания превращает детей в семейных тиранов.

4. Эмоциональное отвержение: игнорирование потребностей ребенка, нередко жестокое обращение. Скрытое эмоциональное отвержение проявляется в глобальном недовольстве ребенком, в постоянном ощущении родителей, что он не «такой», например, «недостаточно мужественный для своего возраста, всем все прощает, по нему ходить можно». Иногда оно маскируется преувеличенной заботой и вниманием, но выдает себя раздражением, недостатком искренности в общении, бессознательным стремлением избежать тесных контактов, а при случае - освободиться как-нибудь от обузы. Эмоциональное отвержение одинаково пагубно для всех детей, однако оно по-разному сказывается на их развитии: так, при гипертимной и эпилептоидной акцентуации ярче выступают реакции протеста и эмансипации; истероиды утрируют детские реакции оппозиции, шизоиды замыкаются в себе, уходят в мир аутичных грез, неустойчивые находят отдушину в дальнейшем в подростковом возрасте в компаниях асоциальной и криминогенной направленности.

5. Повышенные моральные требования: неадекватные возрасту и реальным возможностям ребенка требования бескомпромиссной честности, чувства долга, порядочности, возложенные на ребенка ответственности за жизнь и благополучие близких, настойчивые ожидания его успехов в жизни - все это сочетается с игнорированием реальных потребностей ребенка, его собственных интересов, с недостаточным вниманием к его психофизическим

особенностям. В условиях такого воспитания ребенку насильно приписывается статус «главы семьи» со всеми вытекающими обязанностями, касающимися заботы и опеки над близким. Дети с психастенической и сенситивной акцентуациями, как правило, не выдерживают бремени непосильной ответственности, что приводит к образованию затяжных обсессивно-фобических невротических реакции или декомпенсации по астеническому типу. У детей с истероидной акцентуацией объект опеки вскоре начинает вызывать ненависть и агрессию (например, у старшего ребенка - к младшему).

6. Непрогнозируемые эмоциональные реакции: это родители, склонные к неожиданным изменениям настроения и отношения к детям. Изменения отношений обусловлено внутренним состоянием родителей, особенностями их личности. Невозможность прогнозировать такие изменения отрицательно влияет на детей, которые не знают, чего следует ожидать от родителей утром, вечером и т.д. за один и тот же поступок их могут наказать, и обласкать. Дети чувствуют себя неуверенно, они не ощущают родительской любви. Постепенно неуверенность в себе становится чертой характера и в дальнейшем проецируется на отношения с другими людьми, которые воспринимаются на основе привычной родительской модели. В результате у детей формируются конфликтные межличностные отношения, неверие в стабильность дружбы, брака и т.д.

7. Жестокость обычно сочетается с эмоциональным отвержением. Жестокость может проявляться, как открыто - расправа над ребенком, так и полным пренебрежением к интересам ребенка, так что он вынужден рассчитывать только на себя, не надеясь на поддержку взрослых. Воспитание в условиях жестокости способствует усилению черт эпилептоидной акцентуации и развитию этих черт на основе конформной акцентуации.

8. Противоречивое воспитание: в одной семье каждый из родителей, а тем более бабушки и дедушки могут придерживаться неодинаковых

воспитательных стилей. Например, эмоциональное отвержение со стороны родителей сочетается с потворствующей гиперпротекцией со стороны бабушки.

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

Диагностический эксперимент позволил выявить типы семейного воспитания экспериментальной группы.

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

Родителям было предложено он-лайн ответить на вопросы теста. В результате на начало эксперимента у 7 семей выявлен гармонический тип воспитания ребенка, что составляет 35%.

13 семей показали следующие результаты:

11 семей – потворствующая гиперпротекция (Приложение Б).

Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей.

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

гипертимных черт личности у подростка.

2 семьи с эмоциональным отвержением (Приложение В).

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

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

Проанализировав полученные данные на начало эксперимента, были выявлены следующие проблемы:

- недостаточная педагогическая и правовая грамотность родителей;
- у большинства семей нарушен стиль семейного воспитания;
- малодоступность окружающей среды для детей с ограниченными возможностями здоровья;
- стрессовые ситуации родителей в проблеме с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

## **2.2 Программа социально-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья**

Для помощи семьям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья нами была разработана программа социально-педагогической поддержки семей воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Цель:помощь в активациисоциализационного потенциала семьи и в оптимизации способности детей самостоятельно разрешать проблемы.

Задачи:

1. Содействовать в получении медицинской, юридической и социальной помощи семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, в соответствии с ее потребностями.Обеспечивать защиту прав и законных интересов семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

2. Организовать психолого- педагогического просвещения среди родителей по проблемам общения, развития и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья посредством встреч, консультирования,проведения семинаров-практикумов, круглых столов, мастер-классов, тренингов, праздников, выставок, направленных на их социальную реабилитацию и развитие коммуникативных навыков.Оказывать моральную и психологическую поддержку семьям, воспитывающим особого ребенка, создавать условия для максимального общения с людьми.

3. Нормализация типа семейного воспитания.

Направления программы социального-педагогического сопровождения семей,воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья:

1. Информационно-просветительское направление.

Информационно -просветительская работа проводится для получения необходимых теоретических знаний об основных закономерностях развития ребенка, знакомства с индивидуально-психическими особенностями, с фактами и причинами, обусловившими нарушение онтогенеза, обсуждения различных вопросов воспитания и обучения детей.

Посещая эти занятия, родители приобретают не только знания, но и поддержку друг друга, понимание того, что они не одиноки, что есть другие семьи с похожими проблемами, это придает родителям спокойствие, снимает напряжение. Для ликвидации психолого-педагогической неграмотности

родителей могут организовываться так называемые «клубы» для родителей, родительские семинары, «круглые столы». К информационно-просветительской работе относятся и проведение тематических родительских собраний. Родители могут получать памятки, в которой содержится краткий обзор сказанного с правилами, рекомендациями, цитатами и т.п.

Элементом информационно-просветительской работы так же являются стенды для родителей, где собрана вся полезная информация организационного и рекомендательного характера.

Основной целью «клуба» для родителей выступает психологическое просвещение родителей, создание их психологического комфорта, актуализация проблемных тем в развитии детей с нарушениями речи и мотивирование родителей на решение возникающих вопросов. Тематика встреч и структура проведения может зависеть от запросов. Наиболее актуальные темы касаются здоровья детей, обучения и воспитания, трудностей в эмоционально-волевой и личностной сферах. Взрослым предоставляется возможность поделиться личным опытом, быть принятыми и понятыми другими людьми. Данный факт часто благоприятно действует на родителей, так как обычно из социума они получают негативные эмоции относительно психического и физического состояния своего ребёнка.

## 2. Консультативное направление.

Организация индивидуальных консультаций должна помочь родителям найти ответы на имеющиеся вопросы, получить систему рекомендаций по построению благоприятных отношений в семье. Возможно консультирование родителей на совместных консилиумах всеми специалистами сразу. Положительным результатом считаются ситуации, когда родители, прислушавшись к рекомендациям и почувствовав возможность получения реальной поддержки, самостоятельно возвращаются на повторную консультацию, где прослеживается динамика психофизического развития

ребёнка, а также эффективность предложенных рекомендаций.

### 3. Коррекционно-развивающее направление.

Создание в семье оптимальных условий для развития ребенка. В работе используются: беседа с каждым членом семьи, с обоими родителями, со всей семьей; групповые занятия с родителями; посещение родителями индивидуальных занятий; эффективные методы домашней коррекции.

Во время индивидуальных занятий выявляются и поддерживаются положительные личностные качества родителей, что необходимо им для успешного сотрудничества со своим ребёнком. Индивидуальная работа с родителями совместно с их детьми может включать следующие формы:

- демонстрация родителям приёмов работы с ребёнком;
- конспектирование родителями занятий;
- выполнение домашних заданий со своим ребёнком;
- самостоятельное чтение родителями литературы, специально подобранной для решения конкретного вопроса.

В работе можно использовать и групповой (подгрупповой) метод. Родители, воспитывающие детей данной категории, часто испытывают затруднения со своим ребёнком в обществе. Конфликтные ситуации возникают как между детьми, так и между самими взрослыми, и родители таких детей порою не знают способов выхода или предупреждения данной конфликтной ситуации. Целью групповых занятий является обучение родителей умению налаживать сотрудничество с другим ребёнком, детей друг с другом и взрослых между собой. Формы организации занятий с детьми и их близкими взрослыми различны - релаксационные, разыгрывание ролевых ситуаций, проигрывание игр. Активное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом.

Содержание основных направлений программы приведено в таблице 1.

Таблица 1 - Основные направления программы



№ п/п	Название мероприятий	Цель мероприятий	Ответственные
Информационно-просветительское направление			
1	Родительское собрание «Давайте познакомимся»	Знакомство с родителями и специалистами	Социальный педагог Психолог -педагог
2	Буклет «Социализация и адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья»	Информирование о работе реабилитационного центра	Социальный педагог
3	Памятка: «Ребёнок родился...»	Психологическая поддержка семьи	Психолог
4	Семинар для родителей на тему: «мой ребенок не такой как все»	Раскрыть психолого-педагогические проблемы родителей детей с ограниченными возможностями здоровья	Психолог-педагог
5	Лекция « Знай свои права»	Повышение правовой грамотности	Юрист
6	Беседа с родителями: «Помогите ребёнку укрепить здоровье»	Повышение компетенции родителей в вопросах реабилитации средствами физического воспитания детей	Инструктор-методист по адаптивной физической культуре
7	Памятка: «Люби меня пожалуйста ...»	Установка на положительное принятие ребёнка таким, какой он есть	Психолог-педагог
8	Беседа с родителями	Информирование о ходе коррекционно-речевой работы с ребёнком	Логопед–дефектолог

Таблица 1

Диагностико-консультативное направление			
1	Индивидуальные консультации с родителями	Информирование родителей о этапах психологического развития ребенка с ОВЗ	Психолог
2	Коллективные консультации		Социальный работник, медицинский работник
3	Патронаж семей		Социальный Работник Юрист
Коррекционно-развивающее направление			
1	Беседа с родителями	Разработка индивидуальной программы сопровождения	Психолог-педагог, социальный педагог
2	Беседа с ребенком с ОВЗ	Разработка индивидуальной коррекционно-развивающей программы согласно возрастным, психологическим и физиологическим особенностям ребенка	Психолог-педагог
3	Индивидуальная работа с родителями	Поддержка личностных качеств родителей	Психолог
4	Индивидуальная работа родителей совместно с их детьми	Повышение психологического уровня между родителями и детьми	Родители
5	Групповые занятия родителей и детей	обучение родителей умению налаживать сотрудничество с другим ребёнком, детей друг с другом и взрослых между	Психолог-педагог

		собой.	
--	--	--------	--

На каждого ребенка с ограниченными возможностями здоровья составляется индивидуальный план работы, период реализации которого определяется в зависимости от степени социальной недостаточности и строится с учетом следующих принципов:

1) Опора на результаты психологической диагностики, которая включает использование различных опросников, тестирования, анкетирования, проведение бесед с членами семьи, наблюдение за совместной деятельностью родителя и ребенка, поиск сильных сторон личности родителей и ребенка, сложившейся системы воспитательных отношений в семье;

2) Опора на уровень развития ребенка и зону его ближайшего развития (учет генетического хода основных линий развития), учет возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, коррекция и развитие с учетом интересов ребенка;

Параллельно оказывается психолого-педагогическая помощь родителям, т.к. то или иное несоответствие в осуществлении взрослым роли родителя нетипичного ребенка приводит к возникновению затруднений во взаимодействии и воспитании ребенка.

Результатом оказания социальных услуг и психолого-педагогической поддержки родителей ребенка-инвалида являются:

1. Снижение напряженности или тревоги родителя в отношении осуществляемой роли;

2. Развитие ощущения самоконтроля и уверенности в своих ролевых обязанностях в связи с особенностями ребенка;

3. Осознание родителями направленности ролевого поведения, реализация цели в воспитательном процессе, с учетом особенностей ребенка;

4. Повышение самооценки родителей.

Для оценки эффективности работы с семьей специалистами используется

достаточно распространенный параметрический метод, суть которого сводится к сопоставлению двух групп параметров:

1) начальное состояние семьи (на момент проведения первичной диагностики, до начала работы с данной семьей);

2) контрольное состояние семьи (на момент проведения контрольной диагностики, после проведения запланированной работы с семьей).

При оценке эффективности по показателям проблемы учитывается отсутствие динамики, наличие положительной или отрицательной динамики. При оценке эффективности устранения причин социальных проблем учитывается: какие из причин возникновения проблем в конкретной семье удалось нейтрализовать за время работы с семьей (положительная эффективность); какие из причин, выявленных при первичной диагностике, продолжают действовать на момент контрольной диагностики (нулевая эффективность); какие из неразрешенных причин привели к появлению новых или усугублению уже имеющихся проблем (отрицательная эффективность).

Работа с ребенком и семьей в службе сопровождения прекращается в следующих случаях:

а) отказ родителей ребенка (по объективным или субъективным причинам) от услуг службы помощи семье;

б) достижение результата, планируемого при составлении индивидуальной программы помощи семье. В случае отказа родителей от услуг службы семейной помощи, специалистами службы могут быть даны рекомендации родителям по дальнейшей работе с ребенком. В любом случае, за семьей оставляется право повторного обращения в службу помощи семье.

Методические рекомендации по реализации программы:

Программа рассчитана на семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей с ограниченными возможностями. Продолжительность занятия со взрослыми членами семьи 40-60 минут, с детьми - 10-30 минут, в зависимости от

индивидуальных особенностей.

### **2.3 Анализ и оценка результатов реализации программы**

После реализации программы была проведена повторная диагностика.

Выявив трудности, были определены дальнейшие действия, основанные на следующих методах.

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

Помощь, оказанная семьям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья:

Консультирование: в ходе эксперимента были проконсультированы семьи по различным направлениям. Проводилось медицинское, юридическое, психологическое, педагогическое консультирование на базе ГАУ АО «КЦСОН «Доброта».

Была организована встреча родителей с юрисконсультантом, где они получили квалифицированную консультацию. Юрист рассказал родителям, имеющим детей с ОВЗ, о правах и льготах. На встрече родители могли задать вопрос юрисконсульту или договориться о конфиденциальной встрече.

Все семьи были проконсультированы медицинским психологом, логопедом-дефектологом, педиатром. С 13-ю детьми была проведена психокоррекционная работа, а с родителями – психологические тренинги, для уменьшения психоэмоционального напряжения; 9 детей занимались с логопедом-дефектологом.

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

Представленные диаграммы наглядно показывают положительные результаты в работе с семьями, воспитывающих детей с ограниченными

возможностями здоровья (Приложение Г).

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

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

Исследование проводилось в ГАУ АО «КЦСОН «Доброта».

В Центре<sup>11</sup> отделений, предоставляющие социальные услуги на дому, в стационарной и в полустационарной формах.

В Центре работают службы: Комната «Мать и дитя», «Социальное такси», «Няня на час», «Мобильная бригада», «Социальная приемная», действует пункт проката технических средств реабилитации, и прокат детских товаров, комната социально-бытового обслуживания детей-инвалидов для обучения их навыкам самостоятельного обращения, светлая и темная сенсорные комнаты, зал для занятия адаптивной физкультурой, комната Школы ответственного материнства, оборудованная в рамках реализации программы «Профилактика семейного неблагополучия и социального сиротства детей в Амурской области на 2015-2017 годы «Дорога домой».

Отделение социальной реабилитации несовершеннолетних с ограниченными физическими и умственными возможностями.

Отделение социальной реабилитации создано для работы с несовершеннолетними детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями с целью осуществления адаптации и интеграции несовершеннолетних в общество с помощью различных социальных мер.

В отделении работают: психолог, логопед, социальный педагог, специалист по социальной работе, инструктор-методист по адаптивной

физической культуре.

Специалисты отделения оказывают следующие услуги:

Социально-психологические:

- психологическая диагностика уровня развития ребенка и обследование личности;

- проведение индивидуальной и групповой психокоррекционной работы (релаксация, музыкотерапия, аудиоаппаратура, ароматерапия, пальчиковая гимнастика);

- проведение психологических тренингов (развитие стрессоустойчивости, снятие агрессии, гиперактивности, тревожности и т.д.);

- проведение мероприятий по психологической разгрузке (пескотерапия, арттерапия, творческая игротерапия, работа в интерактивной среде).

Социально-педагогические:

- оказание помощи родителям или законным представителям в обучении детей-инвалидов навыкам самообслуживания, общения и контроля, направленным на развитие личности.

- коррекционная работа логопеда (диагностика, составление речевых карт);

- постановка и автоматизация звуков; консультативная помощь родителям в вопросах обучения ребенка.

Направления деятельности:

- организация обучения детей-инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации с учетом возрастных и специфических особенностей и возможностей детей. Занятия проводятся в специализированной комнате «Я -сам»;

- психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Специалисты используют оборудование для детей с нарушениями движений, игрушки для развития тактильного и зрительного восприятия, речи и языка, средства для развития

невербальной коммуникации, музыкальные игрушки, книги и др.;

- проведение мероприятий по адаптивной физической культуре, направленных на формирование двигательной активности;

- содействие в направлении детей-инвалидов (при необходимости) в лечебные учреждения, в оформлении документов на освидетельствование учреждениями медико-социальной экспертизы;

- содействие в организации оздоровления детей-инвалидов в ГАУСО АО «Реабилитационный центр «Бардагон» ( подготовка заявок, сбор, комплектование пакета документов на санаторно-курортное лечение, выдача путевок);

- содействие в предоставлении услуг «Социальное такси» детям-инвалидам (доставка на досуговые мероприятия, к месту лечения и обратно и т.д.);

- оказание консультативной, юридической и психологической помощи;

- организация досуговой деятельности.

Организационно-методическое отделение осуществляет координацию и методическое обеспечение деятельности структурных подразделений учреждения.

В отделении работают: методист и специалисты по социальной работе.

В рамках межведомственного взаимодействия отделение активно сотрудничает с общественной организацией «Союз женщин г. Благовещенска» по организации и проведению мероприятий, посвященных памятным датам. Совместно с общественной организацией выпущена книга «Мир семьи. Школа для родителей «Мы вместе».



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе выполнения бакалаврской работы нами были решены следующие задачи исследования:

1. Раскрыты теоретические основы социально- педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

2. Выявлены проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

3. Разработана и апробирована программа социально- педагогического сопровождения семей ,воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Все теоретические аспекты темы работы были полностью раскрыты в теоретической части и практической части курсовой работы.

В практической части курсовой работы было проведено диагностическое исследование семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

По результатам исследования, проанализировав полученные данные, сделал вывод, что многие семьи остро нуждаются в консультировании по различным вопросам, касающихся воспитания ребенка с ОВЗ. Выявив трудности, были определены дальнейшие действия, основанные на следующих методах: патронаж, консультирование, посредническая помощь.

В ходе работы был сделан вывод, что семьи воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, нуждаются в целенаправленной социально-педагогической помощи, включающей широкий спектр долгосрочных мер комплексного характера – медицинского, правового, психолого-педагогического, экономического. Только комплексным путем оказания поддержки таким семьям можно добиться положительных результатов в работе с семьями.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Адлер, А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер. – Ростов н/Д. : Издательство «Феникс», 1998. – 416 с.
- 2 Адлер, А. Наука о характерах. Понять природу человека / А. Адлер.– М. : Издательство «Академический проект», 2015. – 256 с.
- 3 Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии: Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей / А. Адлер. – [Цифровая аудиокнига]. М. : Студия «Ардис», 2015.
- 4 Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М. : Издательство «Академический проект», 2015. – 240 с.
- 5 Азаров, Ю.П. Искусство воспитывать / Ю.П. Азаров. – М. : Просвещение, 1985. – 448 с.
- 6 Азаров, Ю.П. Методика воспитательной работы / Ю.П. Азаров. – М. : Просвещение, 1990. – 336 с.
- 7 Акатов, Л.И. Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений / Л.И. Акатов. – М.: 2004. – 290 с.
- 8 Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
- 9 Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 1997. - №1. – С. 3 -10.
- 10 Ананьев, Б. Г. Избранные труды по психологии. В двух томах / Б.Г. Ананьев. – Спб.: Издательство Санкт-Петербургского университета», 2007. - т. I - 230 с; т. II - 287 с.
- 11 Бодалев, А.А., Столин, В.В. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев. – М. : Издательство «Речь». – 2006. – 448 с.

- 12 Божович, Л. И. Проблемы формирования личности: Под редакцией Д. И. Фельдштейна / Вступительная статья Д. И. Фельдштейна. 2-е изд. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 352 с.
- 13 Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 398 с.
- 14 Волков, Г.Н. Педагогика любви : Избр. этнопед. соч. : [В 2 т.] / Сост. М. Н. Егоров. – М.: Магистр-Пресс, 2002. – Т. 1. - 456 с., Т. 2. – 460 с.
- 15 Выготский, Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: АСТ, Астрель, Хранитель, 2008. – 671 с.
- 16 Выготский, Л.С. Полное собрание сочинений в 16 томах / Л.С. Выготский. М.: Издательство «Левъ». – 2015.
- 17 Выготский, Л.С. Психология развития. Избранные психологические труды. Проблемы культурного развития ребенка / Л.С. Выготский. – М.: Юрайт. – 2017. – 302 с.
- 18 Давыдов, В.В. Лекции по общей психологии / В.В. Давыдов. М. : Академия, 2008. – 176 с.
- 19 Давыдов, В.В. Лекции по педагогической психологии / В.В. Давыдов. – М. : Академия, 2006. – 224 с.
- 20 Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей / Н.Ф. Дементьева, Э.В. Устинова. М.: Институт социальной работы Тюменской области, 1995. – 108 с.
- 21 Жигорева, М.В. Роль семьи в системе коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии / М.В. Жигорева. – М. : 2006. – С.146-153.
- 22 Загорская, Е.А. Тренинг общения для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями / Е.А. Загорская // Воспитание и обучение

- детей с нарушениями развития. – 2004. – № 4. – С. 55-58; № 5. – С. 67-70.
- 23 Зайцев, Д.В. Роль семьи в социализации и подготовке к взрослой жизни детей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Д.В. Зайцев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2006. – №3. – С. 49-65.
- 24 Занков, Л.В. Избранные педагогические труды / Л.В. Занков. М. : Педагогика, 1990. – 424 с.
- 25 Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д., Нисневич, Л.А. Как помочь «особому» ребенку / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л.А. Нисневич. Книга для педагогов и родителей. 3-е издание. – Спб.: «ДЕТСТВО – ПРЕСС», 2001. – 128 с.
- 26 Колпакова, Л.М. Особенности эмоционально-личностных отношений матери и ребенка-инвалида (на примере младшего школьного возраста) / Л.М. Колпакова, Г.Н. Мухаиметзянова // Материалы II Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Минск, 3-6 ноября: РИТМ, Социальный проект, 2010. – С. 105-106.
- 27 Леонтьев, А.Н. Лекции по общей психологии / А.Н. Леонтьев. М. : Издательство «Академия». – 2010. – 511 с.
- 28 Леонтьев, А.Н. Психологические основы развития ребенка / А.Н. Леонтьев. М. : Издательство «Смысл». – 2009. – 426 с.
- 29 Лильин, Е.Т. Модели изменения отношения семей детей-инвалидов к реабилитации как результат создания мотивации / Е.Т. Лильин // Дет.и подростковая реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 4-6.
- 30 Любезнова, Е.В. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е.В. Любезнова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006. – № 1. – С. 55-58.
- 31 Маклаков, А., Леонтьев А., Шеррингтон Ч.-С., Кравков С., Гершуни Г. И

- др. Хрестоматия «Познавательные психические процессы / А. Маклаков. СПб. : Питер. – 2011. – 480 с.
- 32 Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 992 с.
- 33 Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей / А.Р. Маллер. – М. : Педагогика – Пресс, 1996. – 80 с.
- 34 Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие для вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина; под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2004. – 407 с.
- 35 Мухина В.С. Детская психология / В. С. Мухина. – М. : Апрель-пресс, 2009. – 454 с.
- 36 Плоткин, М. Социально-педагогическая парадигма семейного воспитания: теоретико-методологические подходы / М. Плоткин // Социальная педагогика в России. – 2011. – №1. – С. 26-29.
- 37 Посысов Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья / Н.Н. Посысов. – Ярославль: ГОАУ ИРО, 2011. – 76 с.
- 38 Российская энциклопедия социальной работы. Т.1. Под ред. А.И. Панова, Е.И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1997. – 364 с.
- 39 Слостенин, В.А., Исаев, И.Ф., Шиянов, Е.Н. Педагогика / В.А. Слостенин. М. : Академия, 2013. – 576 с.
- 40 Солодянкина, О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями в семье / О.В. Солодянкина. – М.: АРКТИ. - 2007. – 80с.
- 41 Социальная работа с инвалидами: Настольная книга специалиста. Под. Ред. Е.М. Холостовой. М. : Институт социальной работы, 1996. – 210 с.
- 42 Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб.пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология» /

- Борисова Н.А. и др.; под ред. В.И. Селиверстова, О.А. Денисовой, Л.М. Кобриной. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 358 с.
- 43 Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья: В 2 т / А.С. Спиваковская М. : Эксмо-Пресс, 2000. – Т.1 – 457 с., Т.2 – 464 с.
- 44 Технологии социальной работы : Учебник / Под общ.ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2001. – 400с.
- 45 Технология социальной работы: Учеб. пособие / Под ред. И.Г. Зайнышева. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. - 240с.
- 46 Тюрина, Н.Ш. Формирование компетентности родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии / Н. Ш. Тюрина // Детский сад от А до Я. – 2007 – №2. – С. 122-129.
- 47 Холостова, Е.И. Социальная работа с инвалидами [Текст]: Учебное пособие / Е.И. Холостова. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. – 240с.
- 48 Хохлова, А.Ю. Изучение особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях глухих и слышащих родителей, воспитывающих глухих детей / А.Ю. Хохлова // Дефектология. – 2007. – №3. – С.40-48
- 49 Черницкая, А.А. Технология социальной работы: Учебник / А.А. Черницкая и др. - Ростов н/Д.: «Феникс», 2006. – 400с.
- 50 Чигинцева, Е. Г. Типология семей в вопросе воспитания ребенка с отклонениями в развитии / Е. Г. Чигинцева // Практическая психология и логопедия. – 2005. – № 5-6. – С. 74-80.
- 51 Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб: Питер, 2008. – 356 с.
- 52 Эйдемиллер, Э.Г., Яковлев, В.А. Метафора жизненного пути в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами / Э.Г.Эйдемиллер. Учебное пособие. СПб : Питер, 2016. – 72 с.
- 53 Эльконин, Д.Б. Детская психология / Д.Б. Эльконин. – М. : Академия,

2011. – 384 с.

54 Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д.Б. Эльконин. – М. : МОДЭК, 1997. – 416 с.

55 Эриксон, Э. Детство и общество / Э. Эриксон. – М. : Издательство «Летний сад». 2000. – 184 с.

Анкета

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

1. Ваш возраст ж/м
2. Семейное положение
  - А) состою в браке
  - Б) сожительство
  - В) развод
  - Г) вдова/вдовец
3. Количество детей в семье
4. Ваша занятость
  - А) служащие
  - Б) управленцы
  - В) индивидуальный предприниматель
  - Г) безработный
  - Д) пенсионер
  - Е) домохозяйка
  - Ж) временно не работаю
5. Жилищные условия
  - А) благоустроенная квартира
  - Б) неблагоустроенное жилье (комната в общежитии, съемная квартира, частный сектор)
6. Насколько, по Вашему мнению, доступна для ребенка окружающая среда?
  - А) доступна
  - Б) малодоступна
  - В) недоступна
7. Как часто Вы с ребенком посещаете культурные мероприятия?
  - А) 1-2 раза в месяц



- Б) 1-2 раза в полгода
  - В) 1-2 раза в год
  - Г) не посещаем
8. Ваша оценка медицинского обслуживания
- А) удовлетворительная
  - Б) неудовлетворительная
9. Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов?
- А) да
  - Б) нет
10. Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка?
- А) да
  - Б) нет
  - В) затрудняюсь ответить
11. Ваша оценка деятельности неправительственных (общественных) организаций
- А) удовлетворительная
  - Б) неудовлетворительная
  - В) затрудняюсь ответить
12. Насколько часто Вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем с ребенком?
- А) никогда
  - Б) иногда
  - В) довольно часто
  - Г) постоянно
13. Что Вам кажется самым трудным в организации жизни ребенка?
14. Возможна ли, по Вашему мнению, самостоятельная жизнь ребенка в будущем?
- А) да
  - Б) да, но при определенных условиях
  - В) затрудняюсь ответить
  - Г) нет

Спасибо за ответы.

Методика Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Анализ семейных  
взаимоотношений»

Инструкция

Уважаемый родитель! Предлагаемый вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если вы в общем согласны с ними, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер утверждения. Если вы в общем не согласны — зачеркните этот же номер в бланке. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти.

В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений.

Отвечайте так, как вы сами думаете. Этим вы поможете психологу в работе с вами.

На утверждения, номера которых выделены в опроснике жирным шрифтом, отцы могут не отвечать.

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался сам (сама).
5. Наш ребенок имеет больше обязанностей по уходу за собой и поддержанию порядка, чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, чего он не любит.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.
8. Мой сын (дочь) легко нарушает запреты.
9. Если хочешь, чтобы твой(я) сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми в общем-то утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые нередко выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой(моя) муж (жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.
23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она не стоила.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) играть.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.
32. Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.
33. Меня огорчает, что мой сын (дочь) слишком быстро становится взрослым (взрослой).
34. Если ребенок упрямится из-за плохого самочувствия, лучше сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок растет слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть недостатки, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
42. Мне много раз приходилось пропускать родительские собрания.
43. Стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

44. Если побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне часто приходилось давать моему сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.
46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.
47. Главное, чему родители могут научить своих детей, — это слушаться.
48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.
49. Чем строже родители относятся к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он(а) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже умеет понимать чувства другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже может понять чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.
62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

63. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Сам(а) лучше знаю, чего ему (ей) больше надо.
65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, очень суровы.
72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.
73. Мне нравятся маленькие дети, поэтому не хотел(а) бы, чтобы он(а) слишком быстро вырос(а).
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.
76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.
77. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное средство — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.

82. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.

83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего он (она) хочет.

84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.

85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.

86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.

87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят старшие.

88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет.

89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — ремень.

90. Многие недостатки в поведении моего ребенка пройдут сами собой с возрастом.

91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, мы опять оставляем его (ее) в покое.

92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я была бы моложе, то наверняка бы в него влюбилась.

93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.

94. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.

95. Только благодаря нашим огромным усилиям наш(а) сын (дочь) остался (осталась) жить.

96. Нередко я завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он(а) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что я говорю сыну (дочери) одно, а муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя,
102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) для меня — закон.
104. Мой сын очень любит спать со мной.
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.
107. Ради сына (дочери) я пошел (пошла) бы на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему (ей) все прощаю.
110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
114. Когда все благополучно, я меньше всего интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «нет».



## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем у большинства других детей.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.
120. Большую часть своего времени сын (дочь) проводит вне дома — в яслях, детском саду, у родственников.
121. У моего сына (дочери) вполне хватает времени на игры и развлечения.
122. Кроме моего сына, мне больше никто на свете не нужен.
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Все, чему научился мой ребенок к настоящему времени, произошло только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).
127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал(а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, конфеты, пепси и т. д.).
128. Мой сын говорил мне: «Вырасту, женюсь на тебе, мама».
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья лишь осложняет мою жизнь.

Характеристика негармоничного типа семейного воспитания: «  
потворствующая гиперпротекция»

Выражена гиперпротекция.

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

Выражено потворствование.

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

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

Выражена недостаточность требований-запретов к ребенку. В этом случае ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время

возвращения вечером, вопрос о курении и об употреблении спиртных напитков. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят, или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа личности у подростка и особенно неустойчивого типа.

Выражена минимальность санкций.

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

Среди психологических проблем родителей, решаемых за счет ребенка:

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

возникает страх перед самостоятельностью подростка. Появляется стремление удержать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

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

Выражена воспитательная неуверенность родителя. Воспитательную неуверенность родителя можно было бы назвать «слабым местом» личности родителя. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и ребенком (подростком) в пользу последнего. Родитель «идет на поводу» у ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел найти к своему родителю подход, нащупал его «слабое место» и добивается для себя в этой ситуации «минимум требований – максимум прав». Типичная комбинация в такой семье – бойкий, уверенный в себе подросток (ребенок), смело выдвигающий требования, и нерешительный, винящий себя во всех неудачах с ним, родитель. В одних случаях «слабое место» обусловлено психастеническими чертами личности родителя. В других – определенную роль

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

в формировании этой особенности могли сыграть отношения родителя с его собственными родителями. В определенных условиях дети, воспитанные требовательными, эгоцентричными родителями, став взрослыми, видят в своих детях ту же требовательность и эгоцентричность, испытывают по отношению к ним то же чувство «неоплатного должника», что испытывали ранее по отношению к собственным родителям. Характерная черта высказываний таких родителей – признание ими массы ошибок, совершенных в воспитании. Они боятся упрямства, сопротивления своих детей и находят довольно много поводов уступить им.

Выражена фобия утраты ребенка.

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

Выражено вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания. Обусловливаемые нарушения воспитания – противоречивый тип воспитания –

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

Выражен сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола. Нередко отношение родителя к ребенку обуславливается не действительными особенностями ребенка, а такими чертами, которые родитель приписывает его полу, т.е. «вообщемужчинам» или «вообще женщинам». Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие ребенка мужского пола. В таком случае приходится сталкиваться со стереотипными суждениями о мужчинах вообще: «Мужчины в основном грубы, неопрятны. Они легко поддаются животным побуждениям, агрессивны и чрезмерно сексуальны, склонны к алкоголизму. Любой же человек, будь то мужчина или женщина, должен стремиться к противоположным качествам – быть нежным, деликатным, опрятным, сдержанным в чувствах». Именно такие качества родитель с предпочтением женских качеств видит в женщинах. Примером проявления установки предпочтения женских

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

качеств может служить отец, видящий массу недостатков в сыне и считающий, что таковы же и все его сверстники. В то же время этот отец «без ума» от младшей сестры мальчика, так как находит у нее одни достоинства. Под влиянием предпочтения женских качеств в отношении ребенка мужского пола в данном случае формируется тип воспитания «эмоциональное отвержение». Возможен противоположный перекос с выраженной антифеминистской установкой, пренебрежением к матери ребенка, его сестрам. В этих условиях по отношению к мальчику может сформироваться воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция».

Характеристика негармоничного типа семейного воспитания:

«эмоциональное отвержение»

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

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

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

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



## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

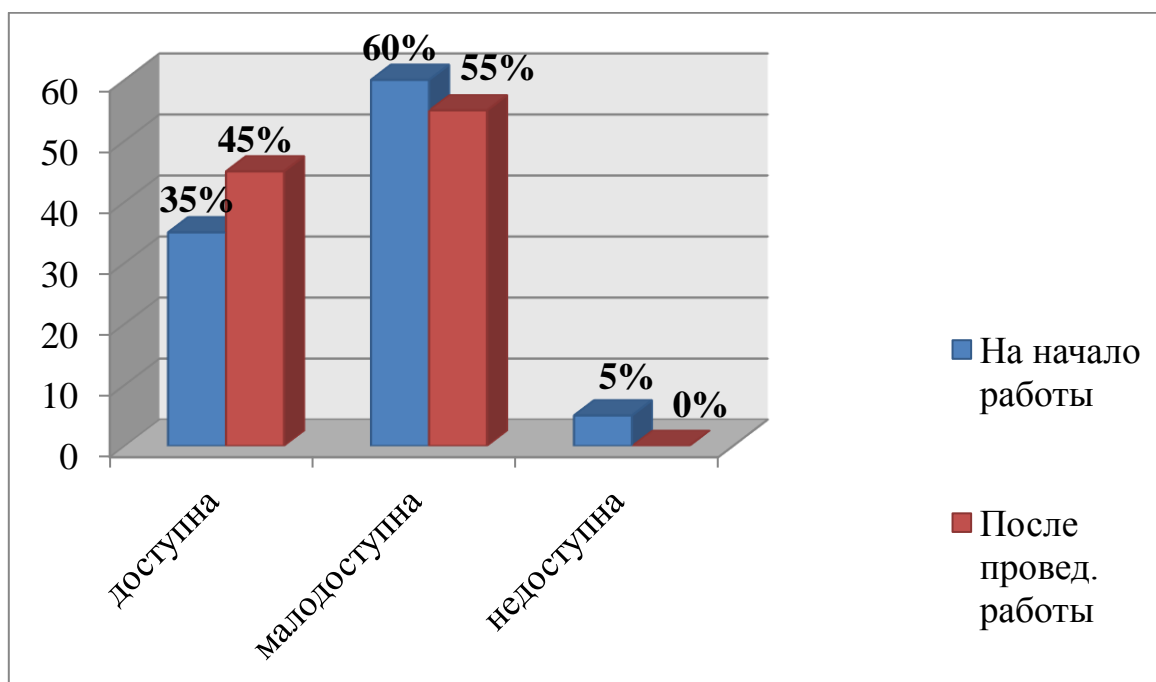
Выражена чрезмерность санкций (тип воспитания «жесткое обращение»). Для родителей характерны приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной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

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

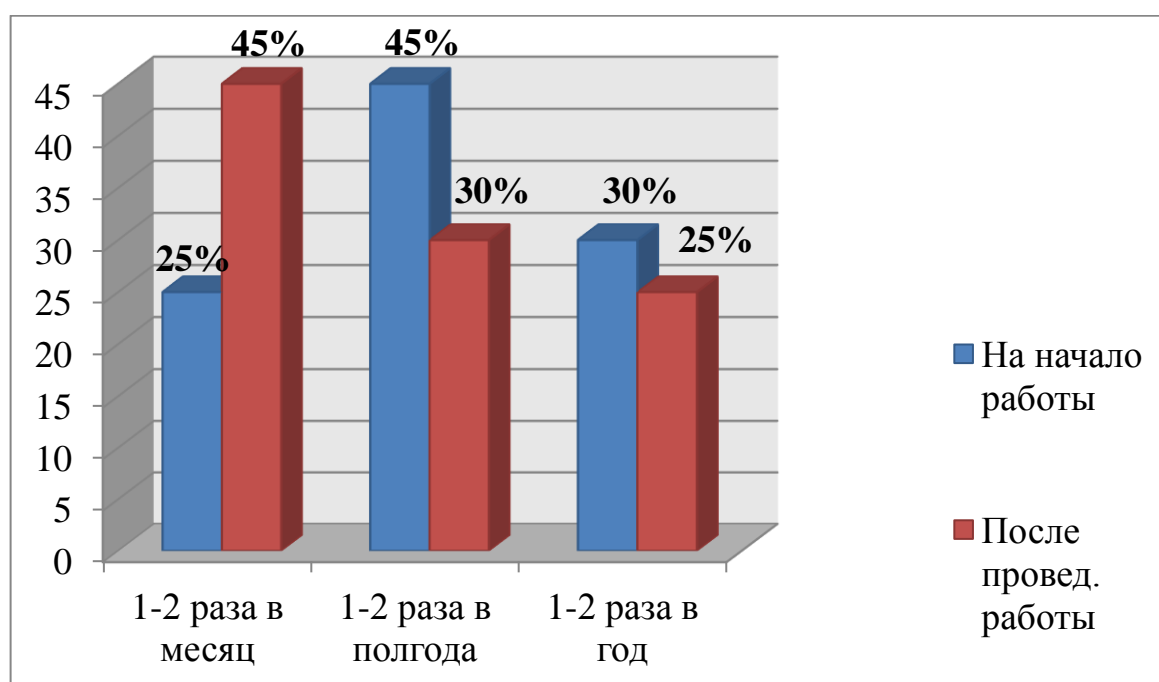
Среди психологических проблем родителей, решаемых за счет ребенка: ярко выраженных не обнаружено.

Результаты диагностики

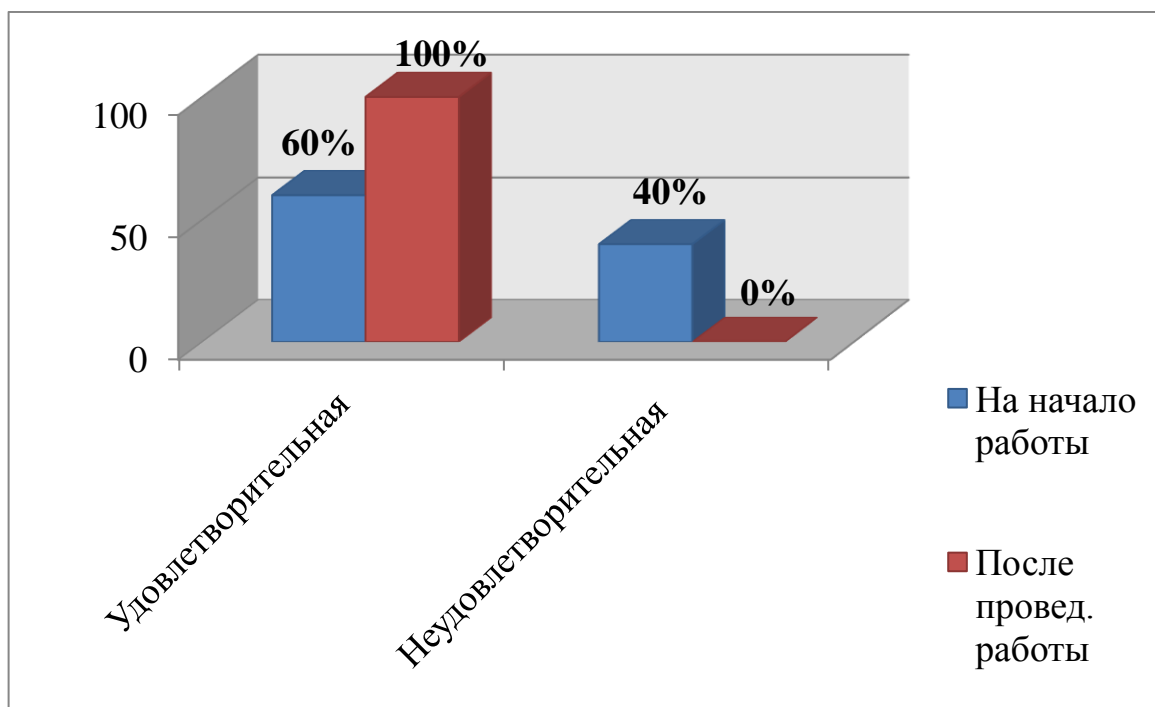
Доступность окружающей среды



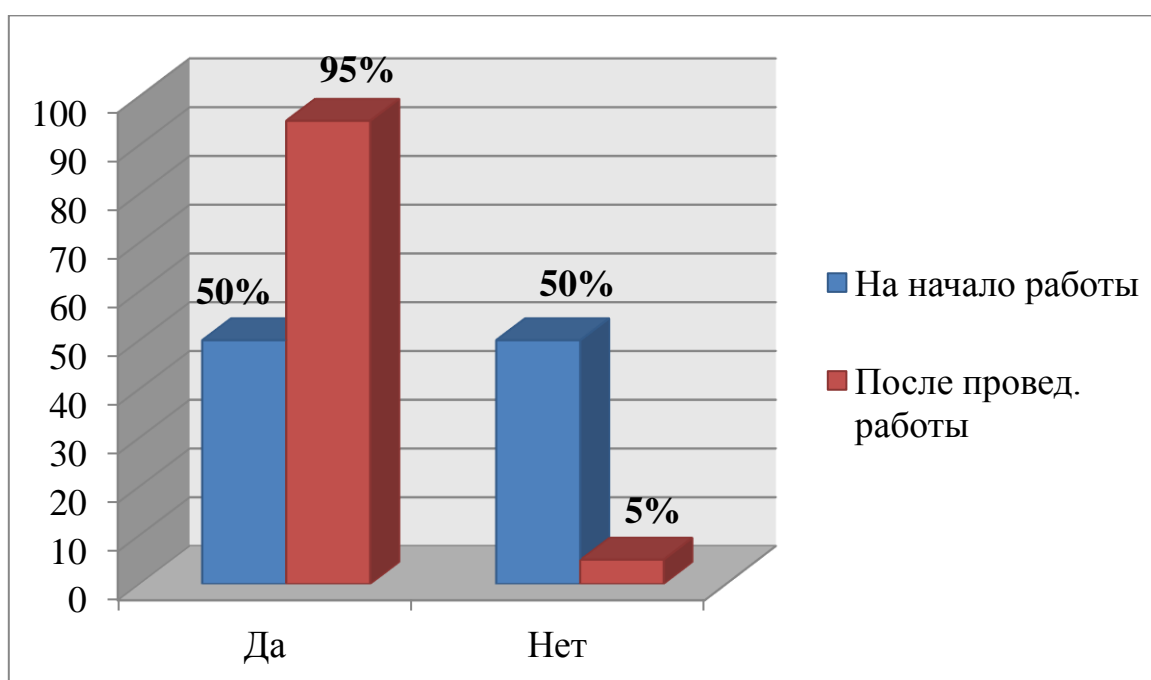
Посещение культурных мероприятий



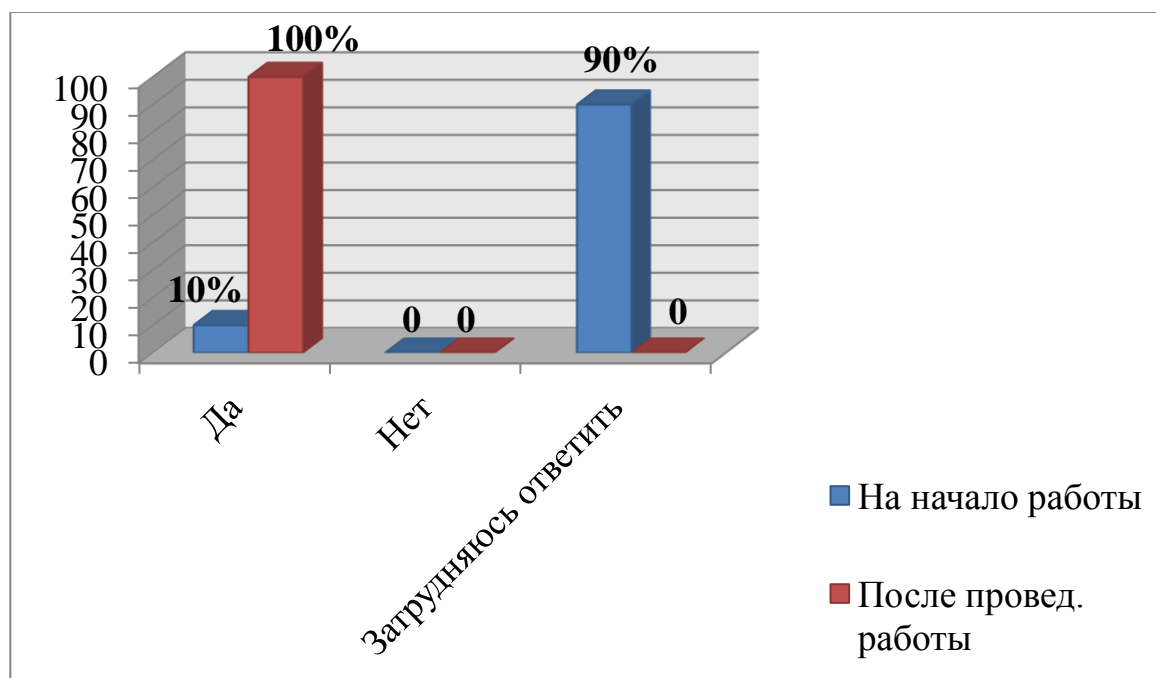
Удовлетворенность медицинским обслуживанием



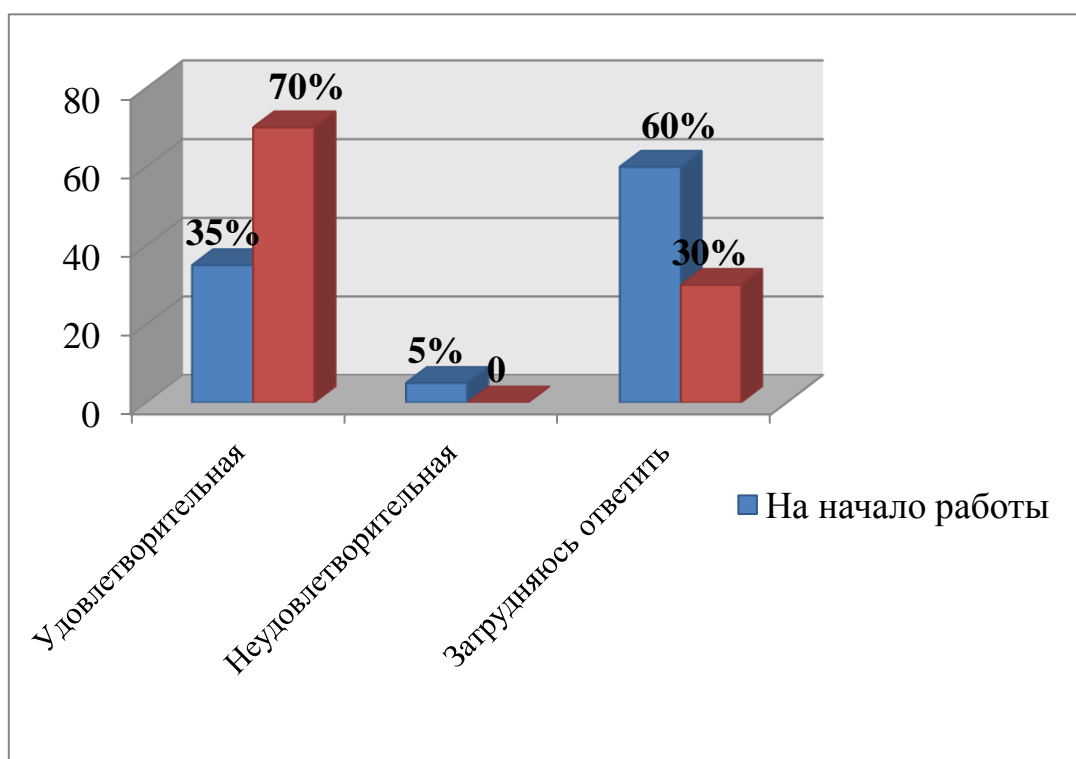
Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов?



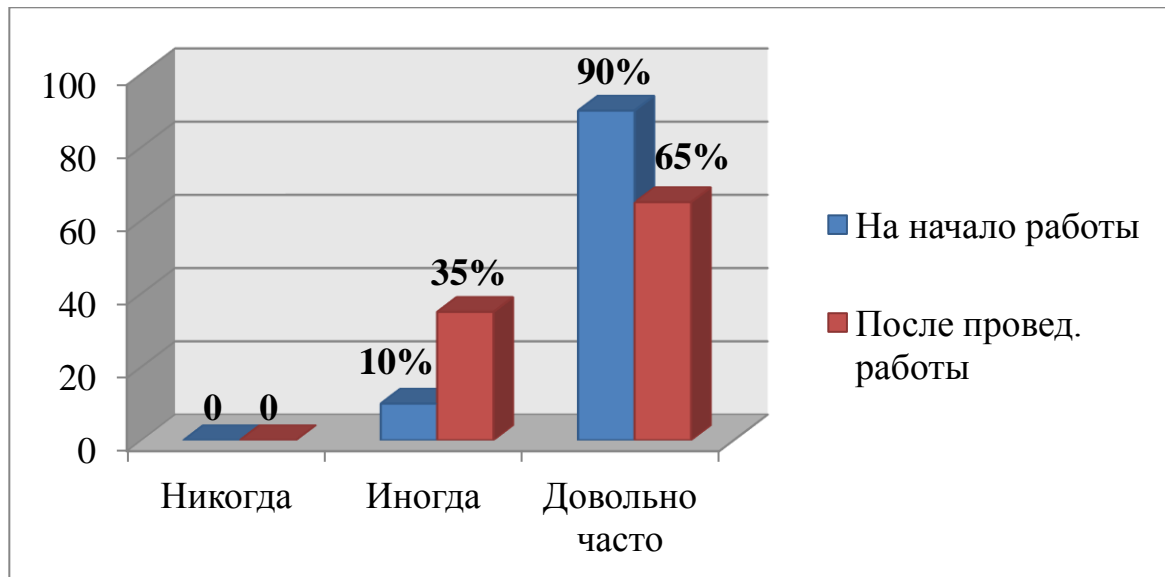
Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка?



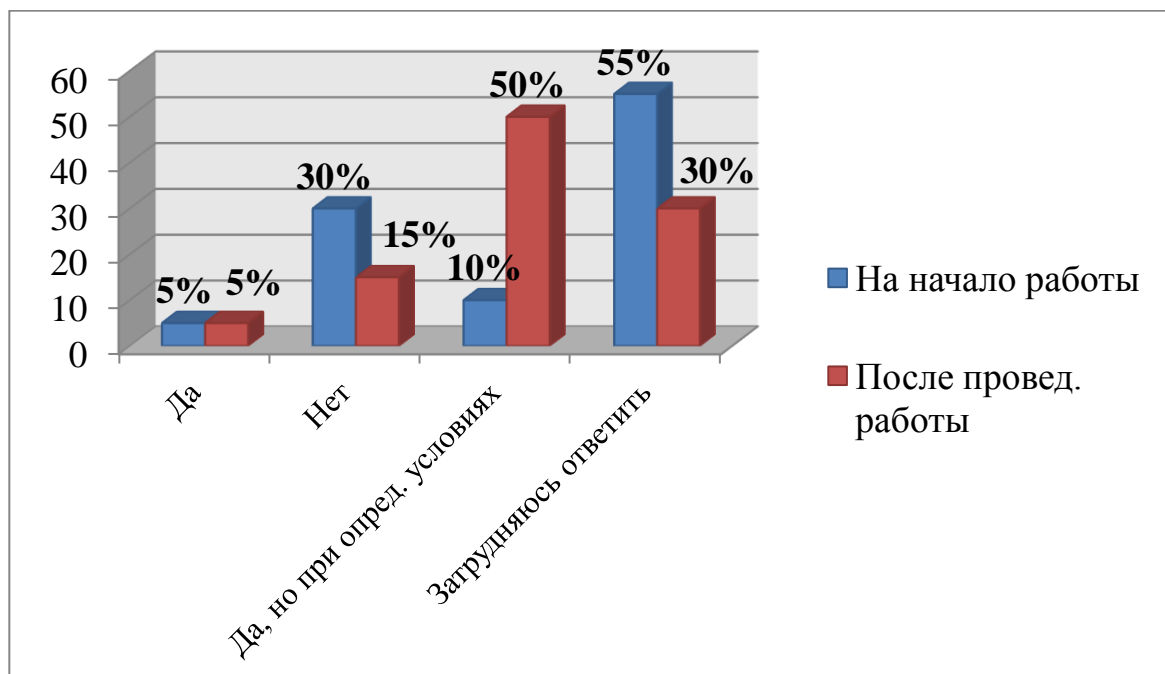
Ваша оценка деятельности неправительственных (общественных) организаций.



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



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



Анализ показателей анкетирования

Таблица Е.1 - Анализ показателей анкетирования

Номер п/п	Вопрос	Варианты ответов	На входе (%)	На выходе (%)
2	Насколько доступна для ребенка окружающая среда?	Доступна	35	45
		Малодоступна	60	55
		Не доступна	5	0
3	Как часто Вы с ребенком посещаете культурные мероприятия?	1-2 раза в месяц	25	45
		1-2 раза в полгода	45	30
		1-2 раза в год	30	25
4	Ваша оценка медицинского обслуживания	Удовлетворительная	60	100
		Неудовлетворительная	40	0
5	Нуждаетесь ли Вы в консультации специалистов?	Да	50	95
		Нет	50	5
6	Достаточно ли Вы информированы о правах ребенка?	Да	10	100
		Нет	0	0
		Затрудняюсь ответить	90	0
7	Ваша оценка деятельности неправительственных (общественных) организаций	Удовлетворительная	35	70
		Неудовлетворительная	5	0
		Затрудняюсь	60	30

		ответить		
8	Насколько часто Вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем с ребенком?	Никогда	0	0
		Иногда	10	35
		Довольно часто	90	65
		Постоянно	0	0
9	Как Вы относитесь к возможности ребенка в будущем жить самостоятельно, работать и обеспечивать свое существование?	Да	5	5
		Да, но при определенных условиях	10	50
		Затрудняюсь ответить	55	30
		Нет	30	15