

СПЕЦИФИКА СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

С.Б. Мойсейчук.

Современное демографическое состояние общества резко обостряет интерес и внимание к проблемам детства, вопросам здоровья, образования, воспитания, духовного развития подрастающего поколения. В этой связи чрезвычайно актуальными и продуктивными представляется нам мнение А.И. Арнольдова о том, что «там, где общество пытается учесть человеческую природу, развивать возможности человека, осознать его как некую целостность и обеспечить комфортность существования, неукоснительно обеспечиваются стабильность и устойчивость» [1, с. 50].

Научное исследование проблем ребенка и молодого человека перестало быть уделом лишь представителей психолого-педагогических наук и приобрело комплексный характер. На наших глазах разворачивается процесс сотрудничества специалистов таких областей знаний как философии, медицины, социологии, культурологии, социальной и специальной педагогики. Не стоят в стороне от этих процессов и исследователи социально-культурной деятельности.

Однако следует признать, что детское сообщество неоднородно. В 2011 году в нашей стране проживало 120 тысяч детей с особенностями психофизического развития. Эта социально-демографическая группа нуждается в постоянной поддержке и внимании со стороны государственных органов и организаций, специалистов психолого-педагогической и социально-культурной сфер деятельности. В этом - высший смысл гуманизма общества, одна из приоритетных задач его развития и функционирования.

Особую роль в многоуровневом процессе социально-психологической реабилитации таких детей играет семья. Отметим, что социально-психологическая реабилитация понимается нами как одновременный, двуетадный и взаимосвязанный процесс включения ребенка с особенностями психофизического развития в социальную среду, в систему межличностных взаимоотношений, с одной стороны, и внутреннего обогащения, самоутверждения, самоактуализации и самореализации, с другой. Она является особой формой социализации ребенка-инвалида - ресоциализацией, в основе которой лежит не только приспособление к окружающей действительности, но и его целостная интеграция в социально-культурное пространство.

Жизнь особого ребенка - это неуклонный процесс взросления, который требует особой педагогики, специальных форм и методов влияния с целью повышения терапевтического и реабилитационного потенциала семьи. И при всем этом важно учитывать личностное взаимодействие «на равных», в котором члены семьи воспринимают ребенка с интеллектуальными и / или физическими недостатками как такую же ценность, как и они сами.

Семьям, которые воспитывают детей с особенностями психофизического развития, присущи как общие черты семьи как ячейки общества, так и специфические черты. Общее связано с существованием и функционированием семьи, как первичного коллектива, который создается на родственной основе. Родственные связи являются наиболее прочными и значимыми для любого члена семьи. Они во многом определяют стиль воспитания и ценностные ориентации. Специфика же заключается в характере заболевания ребенка, степени выраженности этого заболевания и возможностей его общения и восприятия информации, норм нравственного поведения.

Семейные отношения для любого ребенка, как правило, выступают в роли определяющих в формировании духовного мира личности. Это объясняется многими обстоятельствами.

Во-первых, ребенок через постоянные контакты с близкими ему людьми знакомится с элементарными сведениями о предметах окружающей среды, приобретает коммуникативный опыт, усваивает нравственные правила собственного поведения. Именно сопричастность к жизни членов семьи формирует у ребенка способность переживать ту или иную ситуацию, ощущать ответственность за собственные поступки, вырабатывать характер.

Во-вторых, в семье родители занимают доминирующее положение в непосредственных эмоциональных и нравственных контактах с ребенком, особенно эта функция принадлежит матери. Эмоционально насыщенное содержание контактов родителей с больным ребенком в значительной степени способствуют более успешному преодолению недуга. И это естественно, так как эмоции активизируют витальные силы организма. И, напротив, обеднение эмоциональных связей, их нарушение или деформация способствуют психическому угнетению ребенка. Отсутствие постоянных эмоциональных контактов родителей и больных детей крайне отрицательно влияет на его отношение к социальной среде, создает нервно-психическое напряжение и, следовательно, придает поведению ярко выраженный агрессивный характер.

В современной психологической, педагогической и социально-педагогической литературе имеется ряд подходов к типологии семейного воспитания. Так, педагоги-исследователи Л.П. Киреева и И.И. Мамайчук осуществляют типизацию семей по критерию «отношение родителей к детям» и представляют ее следующим образом:

1. Ребенок занимает в семье привилегированное положение. В ней детей «закармливают любовью» и ребенок является «эпицентром» семьи.
2. Родители требуют от ребенка хорошего поведения, не задумываясь над тем, какой пример подают сами.
3. В семье царит эмоциональная холодность и отчуждение [2, с. 8-10].

Если первые два критерия можно принять, то по поводу третьего необходимы уточнения. Это обусловлено тем, что в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, эмоциональная холодность, как правило, отсутствует. Однако обращает на себя внимание следующая оговорка этих же авторов: «Скрытое эмоциональное отвержение возникает и при повышенной опеке над ребенком, тщательном надзоре за его поведением» [2, с. 11]. С данным высказыванием трудно не согласиться. Оно подкрепляет нашу уверенность в том, что отношения в семьях, имеющих больных детей, являются достаточно тонкими и сложными. Более того, избирательные стили семейного воспитания детей с ограниченными психофизическими возможностями оказывают более сильное влияние на их эмоционально-волевую сферу.

Характеристику таких, избирательных стилей дает в своей работе Чавес Вега, которая занималась изучением социально-психологических особенностей семейного воспитания детей с различными проявлениями церебрального паралича. На основе проведенного исследования, автор выделяет следующие стили семейного воспитания данной категории больных детей:

а) потворствующая гиперпротекция, которая выражается в максимальном удовлетворении потребностей ребенка. Как отмечает исследователь, с возрастом ребенка такая гиперпротекция усиливается (в отличие от воспитания здоровых детей, где она по мере взросления снижается). Излишнее опекуновство культивирует у ребенка эгоцентризм и приводит к снижению его активности и все большему подчинению родителей;

б) доминирующая гиперпротекция характеризуется чрезмерной опекой и мелочным контролем за деятельностью ребенка. Такая разновидность гиперпротекции также имеет тенденцию к возрастанию по мере взросления ребенка. В результате этого ребенок утрачивает возможность принимать самостоятельные решения;

в) повышенная моральная ответственность, ведущая к тому, что родители испытывают большие сомнения в отношении будущего своих детей, успешности их социальной адаптации и реабилитации. У самих же детей, по мнению исследователя, такая ответственность с возрастом снижается, а по своим качественным характеристикам значительно ниже, чем у здоровых [3, с. 10-11].

Социально-психологическая реабилитация детей-инвалидов диктует необходимость овладения педагогическими умениями и навыками родителями и другими взрослыми членами семьи. Они вынуждены постигать азы педагогики и детской психологии, использовать адаптированные учебно-образовательные средства и психо-коррекционные методики. Иначе говоря, семья с больным ребенком превращается в подобие мини-школы со своим уставом, требованиями и педагогическими технологиями.

Следует также признать, что лишь начиная с 80-х годов XX века, стали появляться систематизированные подходы к психологическому и

педагогическому образованию родителей, чьи дети составляют категорию депривированных. Исследования Т. Гордона, М. Боуэна, а затем А. Аладьина, И.А. Фурманова и других психологов позволили рассматривать это направление отдельно от обычной семейной психотерапии.

Нельзя не акцентировать внимание и на том, что сочетание недостаточности у родителей психолого-педагогических знаний с особенностями их неуравновешенного характера может привести к дезадаптации больного ребенка в семье, которая выражается в следующем:

1. Неадекватная оценка родителями психического развития, поведенческих реакций больного ребенка, общей психологической атмосферы в семье.
2. Выраженная невротизация матерей детей-инвалидов.
3. Неблагоприятные социально-экономические факторы, которые, в свою очередь, имеют двойное воздействие:
 - а) непосредственно экономический, бытовой аспект;
 - б) значительное фрустрирующее воздействие, пониженный фон настроения, вспышки по типу «раздражительной слабости».
4. В случае наличия нескольких детей в семье отношение к ним существенно отличается: ребенок-инвалид воспринимается подчеркнуто как «особый ребенок» с различными типами содержательной нагрузки, вкладываемой в это понятие

Безусловно, присутствие больного ребенка в значительной степени отягощает психоэмоциональную атмосферу в семье, ставит целью ряд острых воспитательных проблем, приводит к нежелательным последствиям. Среди наиболее сложных можно выделить такие как деформация психической сферы больного ребенка, неадекватное восприятие им своего окружения. Все это неизбежно приводит к дисгармонии во взаимодействии ребенка с родителями и другими членами семьи. Однако необходимо заметить, что подобная дисгармония может быть вызвана не только семейным воспитанием, но и особенностями психического состояния больного ребенка.

Среди деформированных личностных черт детей с ограниченными возможностями, которые приводят к противоречиям в их психоневрологическом развитии, исследователи-психологи выделяют следующие:

- скрытый страх;
- ощущение неполноценности и социальной незащищенности;
- неразвитость коммуникативной сферы (неконтактность и необщительность);
- большое желание войти в окружающую среду и одновременно незнание основных социальных ролей.

Таким образом, семья - это незаменимый мир социально-культурного бытия ребенка с особенностями психофизического развития, где он проходит путь личностного становления и развития, обретения собственной ценности

и значимости, обретает навыки социальной адаптации. Более того, она, как сложная система взаимоотношений, реагирует на трудности (положительно или отрицательно), обусловленные присутствием больного ребенка как единое целое. Это приводит к тому, что решение семейных проблем нередко требует определенного самоограничения как со стороны родителей и всех членов семьи, так и самого больного ребенка.

Природа и характер родительско-детских взаимоотношений (И.А. Фурманов) имеет первостепенное значение для психического здоровья и социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями. Поэтому родители такого ребенка нуждаются не только в овладении психологическими и педагогическими знаниями, но и в повышении своего культурного уровня. Другими словами, налаживание межличностных взаимоотношений в семье, непрерывное психолого-педагогическое образование родителей и коррекция их поведения является залогом успеха всего комплекса реабилитационных мероприятий в отношении ребенка с особенностями психофизического развития.

Литература

1. Арнольдов, А.И. Живой мир социальной педагогики. - Москва, 1999.
2. Киреева, Л.А., Мамайчук И.И. Психолого-педагогическая помощь. - Ленинград, 1986.
3. Чавес, В. Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: автореф. дис. канд. псих. наук.: 19.00.01. - СПб., 1992.