

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РОДИТЕЛЯМИ И БЛИЗКИМИ
РОДСТВЕННИКАМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ-
ИНВАЛИДОВ.**

Семья — это сообщество, основанное на браке супругов (отца, матери) и их холостых детей (собственных и усыновленных), связанных духовной общностью быта и взаимной моральной ответственностью. **Семья создается на основе брака, кровного родства, усыновления, а также на других основаниях, не запрещенных законом и таких, которые не противоречат моральным основам общества.**

Зависимость стиля воспитания в семье от возраста ребенка (общепсихологические аспекты)

- **Зависимость (от рождения до 11 лет).** В этом возрасте обычно не возникает серьёзных проблем. Если взрослые любят малыша, он с удовольствием проводит время с мамой и папой, любит им рассказывать о своих делах.
- **Противостояние (12–20 лет).** Почувствовав себя взрослым, наследник во всём пытается противоречить отцу и матери, добиваясь собственной свободы.
- **Независимость (21–40 лет).** Появляется в процессе взросления, достигая апогея в среднем возрасте.
- **Взаимозависимость.** Взрослый человек вновь сближается с родителями, осознавая ценность этой связи.

Обнаружение у ребенка дефекта развития почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. **Выделяют четыре фазы развития стрессового состояния:**

1. «Шок». Характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха.
2. «Отрицание и гнев». Члены семьи ищут «виновного». Иногда агрессия обращается на новорожденного, мать испытывает к нему негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети.
3. «Чувство вины». Неуместное чувство вины – это тоже часто встречающаяся реакция родителей на сообщение врача об особенностях их ребенка. По мнению Ханса Гарднера, зачастую оно перерастает во всепоглощающее страдание и переживания родителей по поводу их проступков и мнимых ошибок, которые, как они полагают, и привели к заболеванию ребенка
4. Стадии торга (сделки). Родители в данной стадии пытаются заключить «сделку», договориться, как с Богом (Вселенной и другими высшими силами) «Господи, помоги моему ребёнку, а я пожертвую деньги на строительство храма, больницы, буду помогать бедным и т.д.», так и со специалистом «Помогите/ вылечите/ сделайте моего ребёнка нормальным, я вас озолочу/ отблагодарю/ расскажу всем какой вы классный специалист». Ребёнку говорится примерно следующее «Будешь делать так, как тебе говорит врач/психолог и ты будешь здоров. А когда выздоровеешь, мы поедem / купим/ заведём собаку». Если «Высшие силы» не помогли, а у данного специалиста не оказалось «волшебной таблетки», после разочарования всё начинается сначала.

4. «Частичное осознание дефекта ребенка». Возникает чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Родители начинают понимать, что они ответственны за ребенка, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода. Начинается поиск советов у специалистов.
5. Эмоциональная адаптация. Именно на этом этапе родители «умом и сердцем» принимают болезнь своего ребенка. И хотя на этом этапе тоже случаются кризисные моменты, тем не менее, родители уже выработали позитивные установки как по отношению к самим себе, так и к своему ребенку, что позволяет им сформировать у себя такие навыки, которые помогут им в дальнейшем обеспечить будущее своего ребенка.
6. «Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи». Родители смиряются с произошедшим, принимают ситуацию и начинают жить с учетом того, что в семье есть ребенок с ОВЗ.

Психологические особенности родителей (законных представителей) зависят от выраженности дефекта у ребенка:

Дети родителей первой группы имеют внешне незаметные нарушения здоровья (например, соматические заболевания, болезни суставов), хорошо адаптируются к обучению в образовательном учреждении, имеют хорошую успеваемость по предметам и включены в общение со здоровыми сверстниками.

Дети родителей второй группы имеют внешне выраженные нарушения — это, например, опорно-двигательные нарушения (ДЦП, деформация рук), умственная недостаточность. Такие дети адаптацию к учебе проходят достаточно тяжело, их успеваемость по предметам часто низкая, а общение со сверстниками ограничено.

Семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, особенно тяжело переживают некоторые кризисные периоды развития семейных отношений

Первый период связан с осознанием того, что ребёнок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся. Первыми реакциями семьи на диагноз врачей могут быть шок, невротические реакции, разочарование, депрессия, поиски виновных в случившемся, после чего семья переживает стадию активизации своих ресурсов для разрешения возникшей критической ситуации, затем постепенно развивается привыкание.

Второй период определяется спецификой развития ребёнка в первые годы жизни. Хронический или эпизодический характер отклонений в развитии ребёнка, их тип и степень выраженности, реакция семьи на них могут иметь определяющее значение в формировании семейных взаимоотношений и поведения. В этот период семейный кризис углубляется значительными финансовыми и временными затратами на услуги, необходимые ребёнку, осознанием того, что интересы нашего общества часто не согласуются с интересами семей, имеющих детей с проблемами в развитии.

Третий период связан с поступлением ребёнка в школу, уточнение форм обучения (в обычной или специальной школе, школе-интернате), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери.

Четвёртый период начинается с переходом ребёнка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания: возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, профориентацией, планированием будущей занятости ребёнка. Это время может оказаться наполненным болезненными напоминаниями о том, что подростку не удастся успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла, - он продолжает оставаться зависимым от своих родителей.

Пятый период семейных сложностей – начало взрослой жизни, в которой ярко переживается дезадаптация члена семьи – инвалида, дефицит возможностей для его социализации; принятие решения о подходящем месте обучения или проживания повзрослевшего ребёнка. Не обнадеживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу в этот период.

Шестой период развития семейных отношений – взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Обеспечение инвалида жильём, работой, организация его досуга, доступность медицинской помощи, социальное обслуживание интересует и беспокоит родителей. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут заботиться о своём ребёнке. Происходит перестройка взаимоотношений между супругами в случаях отдельного проживания с повзрослевшим членом семьи.

Ситуация восприятия ребенка-инвалида в семье характеризуется рядом особенностей:

- у родителей и детей фрустрируется ряд потребностей, таких как потребность в общении, потребность в продолжение рода и т. д.;
- длительным и иногда хроническим состоянием тревоги, отчаяния, отсутствием перспектив на будущее, одиночеством, непониманием со стороны окружающих людей;
- проблемы сохранения семьи; опасение, что муж оставит семью;
- частые материальные трудности;
- проблемы в продолжение карьеры и самоактуализации родителей;
- частые психотравмирующие ситуации, связанные с состоянием здоровья ребенка, социальными проблемами и т. д.;
- полная поглощенность проблемами, связанными с ребенком;

Если в семье есть другие дети они оказываются лишенными внимания. Кроме того, часто родители ребенка с ОВЗ из страха, что несчастье может повториться, накладывают внутренний запрет на репродуктивную функцию.

Многие родители надеются на чудесное исцеление ребенка и ищут все новых врачей или какую-то особенную, самую лучшую, больницу.

В таких семьях не формируются правильные представления о положении ребенка, возможностях его лечения и развития.

Родители не могут прийти к адекватному осознанию сложившейся ситуации.

Выделяют несколько схем поведения родителей на появление ребенка, имеющего тот или иной дефект:

- Принятие ребенка и его дефекта - родители принимают дефект, адекватно его оценивают и проявляют по отношению к ребенку настоящую преданность, У родителей не проявляются видимые чувства вины или неприязни к ребенку.
- Реакция отрицания - отрицается, что ребенок страдает дефектом, родители не принимают и не признают для своего ребенка никаких ограничений и настаивают на высокой успешности его деятельности.
- Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки, охранительства - родители испытывают чувство жалости и сочувствия, что проявляется в заботе, гиперопеке, защите и чрезмерной любви. Стараются все сделать за ребенка, в результате он может остаться на всю жизнь на инфантильном уровне.
- Скрытое отречение, отвержение ребенка - дефект считается позором. Родители скрывают свое отрицательное отношение и отвращение за чрезмерно заботливым и предупредительным воспитанием.
- Открытое отречение, отвержение ребенка - родители полностью осознают свои враждебные чувства, ребенок принимается с отвращением. Родители обвиняют общество, врачей, учителей в неадекватном отношении к

Характеристика семей, имеющих детей с ограниченными возможностями, и их основных проблем

Первая группа – родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – гиперопека, когда ребенок является центром всей жизнедеятельности семьи, в связи с чем коммуникативные связи с окружением деформированы. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребенка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряженности.

В качестве главной причины нарушений семейного микроклимата в этих семьях можно назвать систематические супружеские конфликты.

Вторая группа семей характеризуется стилем холодного общения: – гипопротекцией, снижением эмоциональных контактов родителей с ребенком, проекцией на ребенка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребенка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаются компенсировать собственный психический дискомфорт за счет эмоционального отвержения ребенка.

Отношение к стрессовой ситуации накладывает сильный отпечаток на способ выхода из нее, который избирает семья.

Именно в этих семьях наиболее часто встречаются случаи скрытого алкоголизма родителей.

Третью группу семей характеризует стиль сотрудничества – конструктивная и гибкая форма взаимоотношений родителей и ребенка в совместной деятельности. Как образ жизни, такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребенка и сильные стороны его природы, при последовательном осмыслении необходимого объема помощи, развитии самостоятельности ребенка в процессе становления особых способов его взаимодействия с окружающим миром.

Четвертая группа семей имеет репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию (чаще отцовскую). Такой вид отношений проявляется в пессимистическом взгляде на будущее ребенка, в постоянном ограничении его прав, в жестких родительских предписаниях, неисполнение которых наказывается.

В этих семьях от ребенка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. За отказ от выполнения этих требований нередко прибегают к физическим наказаниям.

Позиции в отношении ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида:

- посвятить всю жизнь без остатка служению ребенку,
- постоянное перекладывание вины и ответственность на других — и для этого они преследуют и постоянно уличают в ошибках и невнимательности врачей, социальных работников, учителей.

Жизненные ориентации матерей и отцов в момент появления ребенка с проблемами в развитии

Ситуация матери: матери находятся с детьми постоянно. Ребенок с ОВЗ требует от матери гораздо больше затрат времени и энергии, чем обычный ребенок, он связывает мать по рукам и ногам.

Матери часто жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает их силы и вызывает запредельное утомление.

Часто для таких матерей свойственны снижение психического тонуса и заниженная самооценка.

Они утрачивают радость жизни, отказываются от дальнейшей профессиональной карьеры.

Жизненные обстоятельства переживаются как чувство невозможности реализации собственных жизненных планов, как потеря интереса к себе как к женщине и личности.

Ситуация отца: отец не принимает ребенка с нарушениями по состоянию здоровья и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, отказывая ему в любви и поддержке.

Подобное отношение к ребенку со стороны отца травмирует мать ребенка, понижает ее самооценку, способствует формированию невротичных черт личности и психосоматических заболеваний.

Статус супруга в сознании матери снижается.

Непримиримость отцом ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа.

Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца.

Типы родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и детей-инвалидов

1. Родители авторитарного типа - «Пусть общество приспособливается к нам и нашим детям, а не мы к ним»

- Эти родители характеризуются активной жизненной позицией, они во всем стремятся руководствоваться своими собственными убеждениями.
- Убеждения и советы родственников или специалистов для них не являются решающим аргументом.
- Такие родители имеют устойчивое желание найти выход из создавшегося положения, справиться с проблемами и облегчить положение ребенка.
- Они направляют свои усилия на поиски лучшего врача, хорошей больницы, наилучшего метода лечения.
- Они также обращаются к хорошим педагогам, знаменитым экстрасенсам и народным целителям.
- Их усилия направлены на преодоление возникающих преград.
- Именно родители авторитарного типа организуют родительские общества и устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом.
- Эти родители стремятся решить проблему в целом. Их цель:

- Однако авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не понимая его реальных возможностей.
- Некоторая часть таких родителей склонна не замечать особенности развития своих детей.
- Они считают, что специалисты предъявляют к их ребенку завышенные требования.
- Специалистам бывает сложно общаться с этими родителями, так как они склонны противопоставлять себя социальной среде и не соглашаться с общественным мнением.
- Канал эмоционального реагирования проблемы у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде скандалов, агрессии и крика.
- Авторитарные родители склонны излишне опекать своих детей, не давая им возможности научиться отвечать за свои действия и за свою жизнь. Они часто не учитывают реальные интересы и потребности своих детей (в том числе и в вопросах профессионального обучения), так как привыкли прислушиваться только к своему собственному мнению.

2. Родители невротического типа - «Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!»

- Этому типу родителей присуща пассивная личностная позиция, они склонны фиксироваться на отсутствии выхода из создавшегося положения.
- У них, как правило, не формируется тенденция к преодолению возникших проблем, и они не верят в возможность улучшения состояния здоровья своего ребенка. Самых себя подобные родители оправдывают тем, что у них нет указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать.
- Такие родители склонны пассивно идти по жизни. У них нет понимания того, что ряд проблем их ребенка является вторичным и связан не с самим заболеванием, а с их родительской и педагогической несостоятельностью.
- Они бывают склонны к чрезмерной опеке и стремятся оградить своего ребенка от всех возможных проблем, даже от тех, с которыми он может справиться собственными силами. Такие родители непоследовательны во взаимоотношениях с ребенком, у них отсутствует необходимая требовательность, они склонны идти на уступки ребенку. Вследствие этого у них часто возникают трудности в вопросах послушания ребенка.
- В личности таких родителей зачастую преобладают истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Они склонны избегать трудных жизненных ситуаций и решений, отказываются от реального решения возникающих проблем.

- По отношению к ребенку они демонстрируют повышенную тревожность, постоянно опасаются чего-то, что может повредить их ребенку. Подобная тревожность может передаваться ребенку, становясь причиной формирования у него невротических черт характера.
- Собственное личностное бессилие не позволяет таким родителям смотреть позитивно на свое будущее и на будущее ребенка. Жизнь воспринимается ими как несчастливая, загубленная рождением ребенка с ОВЗ. Матери подобного типа ощущают себя не сумевшими реализоваться в семье и в профессии. Будущее ребенка представляется им бесперспективным и трагическим.
- Канал эмоционального отреагирования проблемы, подавляющей их психику, у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде истерик и слез.

3. Родители психосоматического типа - «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка»

- Им свойственны более частые смены эмоциональных состояний: то радость, то депрессия.
- У некоторых из них хорошо заметна тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но они не устраивают скандалов и в большинстве случаев ведут себя корректно.
- Канал эмоционального отреагирования проблемы у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний. Проблемы с ребенком, часто скрываемые от посторонних, переживаются ими изнутри. Такой тип реагирования на проблемы становится причиной расстройства здоровья и психики, возникающего как психосоматические нарушения.
- Для этих родителей характерно стремление посвятить свою жизнь и свое здоровье своему ребенку. Все усилия направляются на оказание ему помощи. Матери подобного типа могут все свое время посвящать ребенку, максимально напрягая и изнуря себя. Этим родителям свойственно жалеть ребенка, и они также склонны гиперопекать своих детей.
- Психосоматичные родители, так же как и родители авторитарного типа, стремятся найти для своего ребенка лучших специалистов. В ряде случаев они сами становятся таковыми, активно участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, получают профессиональное образование, меняя профессию в соответствии с нуждами их ребенка. Некоторые из них становятся выдающимися специалистами в данной области.

Механизм взаимодействия с родителями детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Для обеспечения конструктивного взаимодействия с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо использовать различные формы работы — как групповые, так и индивидуальные.

Целью подобной работы должно стать:

- формирование у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья адекватного образа собственного ребенка и реальных представлений о возможностях развития его профессиональной карьеры
- необходимо проводить формирование у родителей детей с ограничениями по состоянию здоровья адекватных представлений о возможностях их собственного вклада в профессиональное обучение их детей.

Для реализации данных целей следует при взаимодействии с родителями детей с ОВЗ решать следующие задачи:

1) формировать у родителей адекватные представления как о возможностях, так и об ограничениях их детей в процессе их профессионального обучения и последующего построения профессиональной карьеры;

2) создавать у родителей понимание того, что они должны формировать у своих детей ответственность за себя самого, умение самостоятельно принимать жизненно важные решения;

3) формировать у родителей понимание того, что их собственные жизненные неудачи или успехи не зависят напрямую от заболевания их ребенка.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с ОВЗ, недостаточность эмоционально-теплых отношений часто провоцируют развитие у детей неэффективных форм взаимодействия с социумом и формируют дезадаптивные черты личности. Преобладающими негативными личностными чертами становятся агрессивность, конфликтность, тревожность, отгороженность от окружающего мира, коммуникативные нарушения.

В связи с этим необходимо реализовывать следующие направления работы с родителями детей с ОВЗ:

- 1) обучение родителей специальным приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;
- 2) обучение родителей воспитательным приемам, необходимым для коррекции дезадаптивных черт личности ребенка;
- 3) коррекция понимания родителями проблем их ребенка — преувеличения или, наоборот, отрицания наличия проблем;
- 4) коррекция неконструктивных форм поведения родителя (агрессии, истерических проявлений, неадекватных поведенческих реакций);
- 5) коррекция позиции родителей — переход в позицию поиска реализации возможностей ребенка.

Тактика поведения с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ и детей-инвалидов

1. Точность
2. Последовательность
3. Логичность
4. Системность
5. Тактичность
6. Вежливость
7. Контактность
8. Открытость к диалогу
9. Отсутствие провокаций со стороны специалиста
10. Доброжелательность

Формы организации взаимодействия с родителями

- 1) Лектории
- 2) Встречи с родителями, имеющими детей со сходными нарушениями, наставничество
- 3) Встречи со взрослыми инвалидами
- 4) Мастер-классы
- 5) Открытые занятия
- 6) ПМПк
- 7) Круглые столы с обсуждением конкретной проблемы
- 8) Индивидуальные и групповые консультации
- 9) «Тренинги» (родитель ставится на позицию ребенка)
- 10) Разыгрывание ситуаций, связанных с поведением ребенка
- 11) Использование памяток для родителей

Методы работы, которые могут использовать родители в своей практике

1. Метод моделирования различных бытовых ситуаций
2. Сюжетно-ролевые игры, игры, моделирующие поведение
3. Смена обстановки
4. Организация доступных ребенку творческих занятий
5. Сотрудничество образовательной организации и семьи
6. Родительские сообщества
7. Общение через интернет-ресурсы
8. Выходы с семьей с первоначальным проигрыванием возможных ситуаций