

Учреждение образования  
«Гомельский государственный университет  
имени Франциска Скорины»

**А. Н. ПЕВНЕВА**

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
АДАПТАЦИЯ  
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ  
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Практическое руководство

для студентов 4 курса специальности  
1–86 01 01–02 «Социальная работа  
(социально-психологическая деятельность)»  
дневной формы обучения

2-е издание, переработанное

Гомель  
ГГУ им. Ф. Скорины  
2020

УДК 316.614-053.2-056.24  
ББК 88.621.9+88.531  
П233

**Рецензенты:**

кандидат педагогических наук Т. Н. Шилько,  
кандидат психологических наук А. Н. Крутолевич

Рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения  
образования «Гомельский государственный университет  
имени Франциска Скорины»

**Певнева, А. Н.**

П233 Социально-психологическая адаптация детей  
с особенностями психофизического развития : практическое  
руководство / А. Н. Певнева ; Гомельский гос. ун-т им.  
Ф. Скорины. – 2-е изд., перераб. – Гомель : ГГУ им.  
Ф. Скорины, 2020. – 45 с.  
ISBN 978-985-577-616-2

В практическом руководстве раскрываются основные аспекты содержания работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР, цели, задачи и содержание. Излагаются основные современные представления о социально-психологической адаптации детей с ОПФР, дана их психолого-педагогическая характеристика, описан процесс социально-психологической адаптации, социализации ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования.

Предназначено для студентов специальности 1 - 86 01 01-02 «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)».

**УДК 316.614-053.2-056.24**  
**ББК 88.621.9+88. 531**

**ISBN 978-985-577-616-2**

© Певнева А. Н., 2017  
© Певнева А. Н., 2020, с изменениями  
© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
университет имени Франциска  
Скорины», 2020

## Оглавление

Предисловие .....	4
Тема 1. Введение в дисциплину «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» .....	5
Тема 2. Социально-психологическая адаптация детей с ОПФР как социально-психологический феномен .....	10
Тема 3. Родительство в семьях детей с особенностями психофизического развития .....	16
Тема 4. Социальная интеграция детей с ОПФР .....	30
Тема 5. Социально-психологическая адаптация детей с различными видами дизонтогенеза .....	36
Литература .....	44

## Предисловие

В практическом руководстве «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» (ОПФР) раскрываются основные аспекты работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР, цели, задачи и содержание. Излагаются современные представления о социально-психологической адаптации детей с ОПФР, дана их психолого-педагогическая характеристика, описан процесс социально-психологической адаптации, социализации ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования.

Эффективность адаптации и интеграции ребенка с ОПФР в активную социальную жизнь во многом зависит от квалифицированной помощи его родителям. Сохранение, поддержание здоровья, улучшение психического состояния, повышение качества жизни матери являются определяющими в создании необходимых условий для социально-психологической адаптации, успешной социализации и участия в инклюзивном образовании ребенка с ОПФР в национальной системе образования. В связи с этим подробно излагаются основные современные представления о семье ребенка с ОПФР, описываются нарушение цикла жизнедеятельности, коммуникативные процессы, ролевое взаимодействие, психологические характеристики членов семьи, их поведение в ситуации кризиса, родительское отношение к ребенку с нарушением в развитии, методы и формы оказания психологической помощи.

Структурированное изложение материала способствует систематизации, усвоению и углублению знаний, связанных с процессом социально-психологической адаптации детей с ОПФР. Изучение дисциплины «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» является основой формирования социально-личностных компетенций выпускника, повышения качества подготовки к профессиональной деятельности в психологической сфере.

Издание предназначено для студентов специальности 1-86 01 01-02 «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)».

# **Тема 1. Введение в дисциплину «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»**

1.1 История разработки вопросов обучения и воспитания детей с ОПФР, первые опыты оказания помощи.

1.2 Понятия «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.

1.3 Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.

В разные исторические эпохи восприятие человеком лиц с физическими и психическими недугами имело особенности. История отношений к детям с психофизическими нарушениями в Древних Греции и Риме свидетельствует о негуманном способе обращения с ними (Плутарх). В обществе такое обращение понималось как форма защиты нации от воздействия людей с психофизическими особенностями в развитии. Родительские чувства при этом никем не учитывались. Римское право относило умалишенных и глухонемых к категории недееспособных лиц (включая в нее как бедных, так и богатых) и лишало их гражданских прав.

В период Средневековья серьезное влияние на многие проблемы социальной жизни оказывала религия. Особенно это касалось католицизма. Согласно церковным канонам того времени, физическое или психическое увечье считалось наказанием за прегрешения самого человека или его предков. Оно также представлялось современникам в виде воплощения дьявольских сил (В. Гюго «Собор Парижской Богоматери»). Православие отличалось более мягким отношением к лицам с физическими и психическими недостатками. Некоторые из юродивых и калек были отнесены к лику святых. Юродивых на Руси чтили как посланников Бога: свидетельства этому мы находим в литературных источниках (А. С. Пушкин. «Борис Годунов»). В их честь возводились храмы (например, собор Василия Блаженного на Красной площади в г. Москве). В эпоху Возрождения развиваются гуманистические тенденции в отношении к лицам с психофизическими недостатками. Знаменитый славянский

педагог Ян Амос Коменский (1592–1670) считал, что учить можно всех детей с особенностями психофизических нарушений в развитии.

Понимание необходимости в оказании помощи лицам с физическими и психическими недостатками и активизация такой помощи приобретает особую значимость к началу XVIII в. Впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц была доказана на рубеже XVIII–XIX вв. известным французским психиатром Жаном Итаром (1775–1838), который предпринял попытку обучить и воспитать мальчика Виктора, найденного им в лесу под г. Авероном. Позже, в середине XIX в., проблема начинает рассматриваться как научная.

Разработкой вопросов воспитания и обучения лиц с нарушениями психофизического развития занимались А. Бине и Т. Симон (1910, 1911), Г. Даниэль и Ж. Филипп (Daniel et Philippe, 1899); М. Монтессори (1913); С. Санктис (Santctis, 1906), Ж. Филипп и П. Бонкур (1911); Э. Сеген (1903).

Современный этап развития коррекционной педагогики и психологии характеризуется поиском новых эффективных путей социальной адаптации детей, страдающих физическими и психическими недостатками. В этой связи проблема семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии и с особыми образовательными потребностями, становится все более актуальной. Семья как социальный институт призвана социализировать ребенка. Процесс социализации ребенка с отклонениями в развитии рассматривается поэтапно. Первой ступенью социализации ребенка является его адаптация в семье. Второй ступенью – адаптация в специальном образовательном учреждении. И последней, самой главной ступенью – адаптация в обществе, включая и адаптацию самой семьи в целом.

Согласно Закону Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития» *лицо с ОПФР* – лицо, имеющее физическое и (или) психическое нарушения, препятствующее получению образования без создания для этого специальных условий. *Ребенок с ОПФР* – лицо с ОПФР в возрасте до 18 лет. *Физическое и (или) психическое нарушения* – отклонения от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством. Множественные физические и (или) психические нарушения – два и более физических и (или) психических нарушений, подтвержденных в порядке, установленном законодательством. *Тяжелые физические и (или) психические нарушения* – физические и (или) психиче-

ские нарушения, подтвержденные в порядке, установленном законодательством, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков и элементарной профессиональной подготовки.

Решение вопросов включения детей с ОПФР в социум, признания их прав на получение образовательных услуг наравне с типично развивающимися сверстниками, лежит в области специального образования. *Специальное образование* – процесс обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития, включающий специальные условия для получения соответствующего образования, оказание коррекционной помощи, социальную адаптацию и интеграцию указанных лиц в общество. Важнейшими целями воспитания в системе специального образования являются социально-психологическая адаптация и интеграция в общество детей с ОПФР, подготовка их к самостоятельной трудовой деятельности.

*Представления психолога о психологической норме* являются одним из базовых элементов в структуре его профессионального знания и играют непосредственную роль в построении его практической и научно-исследовательской деятельности. Они определяют направление, содержание и критерии психодиагностики отклонений в развитии личности; цели психокоррекционной и психотерапевтической помощи; характер отношения к человеку, которому оказывается психологическая помощь и ее патологическим изменениям. Типы эталонных представлений о норме и патологии, существующие в нашей стране, в соответствии с вышеуказанными тремя позициями выделили и описали Е. С. Слепович, А. М. Поляков.

Эталонные представления психолога о психологической норме исследователи разделили на две группы: первая включает типы представлений, основанных на различных психологических концепциях нормы, вторая – типы житейских, псевдонаучных, нерелевантных представлений.

В качестве первого типа выделены представления о психическом здоровье как нормативе, принятом в данной социокультурной среде. Нормально развивающимся в этом случае считается индивид, психические функции и свойства личности которого

соответствуют среднестатистическому стандарту в данном обществе. Существует две особенности указанного типа представлений. Первая заключается в том, что в исследовательской и психодиагностической практике соответствие психологической норме данного конкретного человека определяется как сумма соответствующих норме количественных показателей развития отдельных психических функций и свойств личности. При этом утрачивается системный характер психики и психического развития личности. Вторая особенность состоит в том, что психическое развитие и психологическое здоровье личности начинают рассматриваться в отрыве от самого человека, в отрыве от его индивидуальных особенностей. Последнее, в свою очередь, приводит к стереотипизации представлений о психологической норме. Утрачивается понимание нормы как поливариативного явления, обладающего возможностью множественных проявлений в зависимости от индивидуальных особенностей личности и специфики социальной ситуации, в которой она находится. Такая позиция специалиста приводит к тому, что нетипичный вариант нормы видится как патология, а патология зачастую выдается за норму. Еще одним следствием опоры специалиста на указанный тип представлений становится способ построения психологической практики, которая оказывается ориентированной не столько на саму личность, сколько на развитие (в понимании количественного усиления) отдельных его психических функций и интеллекта как набора интеллектуальных операций или свойств личности (например, усиление социальной активности).

Второй тип представлений о норме и патологии предполагает понимание нормы как отсутствие патологии. Психолог, руководствующийся в своей профессиональной деятельности такими представлениями, акцентирует свое внимание на клинической картине дефекта. Как следствие этого, человек воспринимается через призму медицинского диагноза, а психологическая диагностика сводится к выявлению клинических симптомов нарушения. Таким образом, специалист утрачивает собственно психологическое видение личности. Психологическая помощь оказывается направленной на устранение дефекта, на борьбу с ним. Использование в психологической практике механизмов компенсации с опорой на нормально функционирующие психологические образования в этом случае становится затруднительным, а отношение к человеку подменяется отношением к его дефекту.



Третий тип в рамках первой группы представлений о психологической норме и патологии обозначен как сведение патологии к специфичности личности. Руководствуясь данным типом представлений о психологической норме, психолог все свои усилия направляет на принятие человека в его специфичности, однако для осуществления анализа структуры, содержания и механизмов формирования такой специфичности его профессиональное мышление оказывается непригодным. Практическая работа, как диагностическая, так и психокоррекционная, утрачивает возможности учета целостной логики и общих закономерностей нормального и патологического развития личности и в соответствии с ними — исправления дефекта. Отношение, формирующееся к человеку, которому оказывается психологическая помощь, при всей нацеленности специалиста на принятие личности в ее специфичности, идеализирует ее, поскольку сами аномалии, принадлежащие индивиду и являющиеся его частью, игнорируются. Возникает парадоксальная ситуация: при выраженном стремлении принимать личность со всеми ее индивидуальными проявлениями реально она не принимается, а сводится к идее личности.

Четвертый тип представлений в этой группе характеризуется как представления о норме как социокультурном идеале (эталоне). Психологической нормой полагается не среднестатистический норматив, присущий данному обществу, а тот идеал, который может быть достигнут индивидом в определенных условиях его развития. В этом случае развитие личности понимается как целостность, обладающая своими внутренними закономерностями и механизмами, своей направленностью. Развитие на каждом этапе жизненного пути имеет свою структуру, наполнено особым содержанием, а также сопряжено с особыми внешними (физическими и социальными) условиями, способствующими (или препятствующими) ему. Данный подход при диагностике, психокоррекции и психотерапевтической помощи позволяет учитывать как нормальную, так и патологическую линии в развитии личности. При этом, как и в описанном выше случае, возникает парадоксальная ситуация: идеализация представлений о психологической норме позволяет выстраивать адекватное, реалистичное отношение к личности, учитывающее ее специфику, включающую в себя как особенности, соответствующие норме, так и особенности, соответствующие патологии.

Вторая группа представлений, основанных на житейских нерелефлексированных, обозначена как: «психологическая норма есть то, что я вижу у себя». То, что не совпадает с представлениями специалиста о себе, отождествляется с патологией, со всеми вытекающими отсюда последствиями для психологической практики: ее спонтанностью, нецеленаправленностью, алогичностью, фрагментарностью видения психики, имеющей системное строение, нерелефлексированностью оснований для использования тех или иных методических процедур и др.

Таким образом, в психологической науке нет общепринятого понятия о норме и патологии.

### **Вопросы для самоконтроля**

1 Опишите историю разработки вопросов обучения и воспитания детей с ОПФР, первые опыты оказания помощи.

2 Раскройте понятия «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.

3 Охарактеризуйте современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.

## **Тема 2. Социально-психологическая адаптация детей с ОПФР как социально-психологический феномен**

2.1 Понятия «социально-психологическая адаптация», «социальная адаптация» «психологическая адаптация» и ее элементы.

2.2 Цель и основные задачи социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

2.3 Организация и содержание работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

2.4 Особенности и основные направления социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

Социально-психологическая адаптация детей с ОПФР совершается в процессе активной деятельности и зависит от организации жизни в целом, системы воспитания и обучения, а также от ряда причин, среди которых нарушение познавательной деятельности, эмоционально-личностной сферы, проблемы интеллектуального, сенсомоторного и речевого плана. Ее целью является создание условий, обеспечивающих или способствующих овладению ребенком высшими формами деятельности, то есть его становлению как субъекта человеческих отношений. Именно высшие формы поведения наиболее доступны по сравнению с низшими функциями, поскольку больше удалены от органического дефекта ребенка.

При рассмотрении процесса адаптации человека ряд исследователей выделяет физиологическую, психическую и социальную адаптацию. *Социальная адаптация* – это процесс и результат формирования у детей с ОПФР представлений о многообразии окружающего мира, адекватного отношения к социальным явлениям жизни и приобретения ими навыков поведения, соответствующих общепринятым нормам. *Психологическая адаптация* – это принятие социально-полезных стандартов поведения и ценностных ориентации, сближение установок и направленности личности с ожиданиями социальной среды. Психологическая адаптация как основной механизм социализации личности представляет сложную систему и включает следующие элементы: 1) когнитивные процессы – ощущения, восприятия, представления, память, мышление, воображение и пр.; 2) эмоционально-чувственные процессы и состояния; 3) волевые процессы.

*Социально-психологическая адаптация* рассматривается как результирующая процессов биологической и психологической адаптации в окружающей среде и представляет собой один из механизмов социализации личности. Адаптация является механизмом социализации и определяется взаимодействием личности и социальной среды. Процесс социально-психологической адаптации включает две стороны – объективную и субъективную. Объективная заключается в том, что человек со дня своего рождения приобретает различные социальные свойства, отражающие его место в системе общественных отношений. С детства и до самой смерти идет непрерывный процесс развития механизмов адаптации. В нем принимают активное участие окружающая социальная среда (родители, друзья и т. д.), а также различные социальные институты (система образования, воспитания,

средства массовой информации и пр.). Субъективная сторона социально-психологической адаптации человека связана с его половозрастными особенностями, личными качествами, взглядами, убеждениями, мировоззрением, направленностью.

Постановка цели при проведении любого уровня вмешательства, мероприятия по социально-психологической адаптации (приспособление), понимается как приведение индивидуального и группового поведения в соответствие с системой общественных норм и ценностей. Она ранее являлась целью специальных образовательных учреждений. В условиях инклюзии необходимо уделять особое внимание и разрабатывать специальные мероприятия (программу), способствующие адаптации ребенка в социуме. Игнорирование или недооценка может приводить к дезадаптации.

*Цель* социально-психологической адаптации – сформировать у детей с ОПФР представления об окружающем мире, умение адекватно относиться к социальным явлениям жизни, навыки поведения, соответствующие общепринятым нормам, и развить познавательную активность, психические свойства, процессы, способность к приспособлению к изменяющимся условиям.

*Задачи* социально-психологической адаптации детей с ОПФР:

1) сформировать у ребенка способность осознавать собственную индивидуальность, самостоятельность как в процессе самообслуживания, так и во взаимоотношениях с другими;

2) активизировать познавательную активность, психические свойства, состояния и эмоционально-волевые процессы с целью познания окружающего мира;

3) развить умения и навыки установления адекватных межличностных отношений, разумного регулирования поведения в соответствии с системой общественных норм, ценностей и установок;

4) выработать умение осознавать и предвидеть результаты своей деятельности, своих действий и поступков в различных социальных условиях;

5) подготовить ребенка к выполнению социальных ролей и соблюдению связанных с ними норм поведения для приобретения общественного опыта.

*Организация* работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР включает в себя:

1) всестороннее знание индивидуальных особенностей ребенка с ОПФР;

2) активное участие ребенка с ОПФР в деятельности (игровой, учебной, трудовой);

3) максимальное использование наглядного материала для эффективного усвоения ребенком с ОПФР общепринятых правил, норм, образцов поведения, обеспечивающих процесс социального взаимодействия;

4) закрепление полученных знаний, умений и навыков в быту;

5) совместную работу специалистов и членов семьи ребенка.

*Содержание* работы по социально-психологической адаптации определяется актуальным уровнем и зоной ближайшего развития ребенка с ОПФР. Системность работы заключается в последовательном формировании у ребенка представлений о себе, своих возможностях с постепенным увеличением доли самостоятельности в повседневной жизни.

*Особенности* социально-психологической адаптации ребенка с ОПФР характеризуются:

1) психофизическими нарушениями (зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата), психическими и другими заболеваниями;

2) психофизиологическими особенностями (тип ВНД, темперамент, биоритмологические свойства и др.);

3) недостатком физического здоровья;

4) недостатком психологических возможностей для общения (условия воспитания в закрытом учреждении или в семье, обучение на дому, настороженное отношение сверстников, неумение педагога найти подход к ученику, непонимание его проблем, незнание его возможностей, гиперопека со стороны взрослых – все это способствует формированию психологически, социально инфантильной, коммуникативно-беспомощной личности);

5) недостатком материальных средств для удовлетворения специфических потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья (средства передвижения, слуховые аппараты, специальные приспособления и др.), а также наличием архитектурных и психологических барьеров общества, которые в значительной мере ограничивают возможности ребенка-инвалида к социальному приспособлению;

6) ограниченностью возможностей детей с ОПФР участвовать в деятельности, соответствующей их возрасту (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), которая лишает их базы социальной адаптации;

7) разнообразными психологическими нарушениями и расстройствами, ограничением мобильности и независимости,

нарушением способности заниматься обычной для своего возраста деятельностью, непосредственно затрудняющими социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья и интеграцию их в общество;

8) нахождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья в незнакомой среде, которая угнетает обычную активность детей, что связано с недостаточной информированностью о новой среде. Факторы, затрудняющие адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья, приводят к развитию у них социальной недостаточности.

*Социальная недостаточность* – это ограничение способности к самообслуживанию, физической независимости, мобильности, адекватно вести себя в обществе, заниматься деятельностью, соответствующей возрасту, самостоятельности, к профессиональной деятельности, интеграции в общество. Составляя особую социальную группу, дети с ОПФР испытывают значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей интеллектуального, сенсорного, двигательного развития, а также соматических заболеваний.

Работа по социально-психологической адаптации детей с ОПФР представлена тремя основными направлениями: формированием представлений о себе, развитием автономных навыков, проигрыванием социальных ролей.

Основопологающим в процессе социализации ребенка является формирование представлений о себе. На данном этапе большое внимание уделяется поддержанию положительного эмоционального настроения, развитию эмпатии, эмоциональной отзывчивости, формированию позитивного самовосприятия, чувства безопасности и доверия к окружающему миру. Поэтому обязательным элементом занятий по социальной адаптации выступают игры и упражнения, направленные на поддержание комфортного эмоционального самочувствия учащихся.

Значимым компонентом содержания работы в данном направлении является формирование у ребенка знаний о себе, своих возможностях, удовлетворение его потребности в признании собственных достижений. Осознание своего тела, его функций, а также формирование собственного «я» является основой для выделения своей личности из окружения, приобретения ощущения собственной идентичности. Поэтому в содержание занятий вводятся

упражнения на развитие и совершенствование двигательного опыта детей, активизацию и коррекцию моторики: подвижные игры, игры с зеркалом, на подражание, в пантомиму, которые нацелены на развитие чувств, обыгрывание эмоциональных состояний, изображение эмоций другого человека, выражение и взаимоузнавание эмоциональных состояний. Важнейшим фактором в развитии личности ребенка и формировании у него навыков общественного поведения является половозрастная идентификация. Механизмом усвоения типичного для пола поведения является подражание.

Работа по развитию автономных навыков у детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями на занятиях по социально-психологической адаптации включает формирование предметно-практических умений планировать, структурировать свою деятельность, ведущую к достижению цели, на основе сложившихся умений и навыков (навыков самообслуживания по удовлетворению собственных базовых потребностей, общения вербальными и невербальными средствами, самоконтроля и самооценки своих действий).

Процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами. Действия в материализованной форме отрабатываются пошагово, переходят на уровень обобщения при помощи жестов и символов, осознаются и оформляются в предметно-практический план. Умение составлять и пользоваться предметно-практическим планом (опорой) не только на занятии, но и в домашних условиях является базой для формирования навыков планирования и самоконтроля.

Приобретение общественного опыта через проигрывание социальных ролей является условием приспособления детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями к окружению. Моделирование жизненных ситуаций позволяет стимулировать подражательную деятельность детей, формировать социально одобряемые мотивы и установки с помощью внешних стимулов в виде похвалы, материальных поощрений.

Эффективным средством обучения ролевой игре могут стать показы-инсценировки, которые разыгрываются с помощью настольного (кукольного) театра. При такой форме организации урока учащиеся не только следят за действиями сказочного персонажа, но и с помощью общепринятых сигналов «да», «нет», «хорошо», «плохо» и других активно включаются в осмысление наглядно демонстрируемых образцов приемлемого и неприемлемого поведения.

Резервы для формирования способности подчиняться требованиям взрослого заложены в игровых ситуациях, которые ставят

учащегося в позицию взрослого, когда ему необходимо поделиться своими умениями и навыками, проконтролировать или исправить действия кого-либо, например, учителя, который преднамеренно делает ошибку. Игры в парах способствуют усвоению простых правил взаимодействия с партнером, создают ситуации для диалога, противодействуют стереотипности поведения, вызывают положительные эмоции, укрепляют дружественные связи, предоставляют возможность как для сотрудничества, так и для соревнования.

### **Вопросы для самоконтроля**

1 Раскройте понятия «ребенок с особенностями психофизического развития», «социально-психологическая адаптация», «социальная адаптация» «психологическая адаптация».

2 Назовите цель и основные задачи социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

3 Раскройте содержание работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

4 Дайте характеристику основным направлениям социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

## **Тема 3. Родительство в семьях детей с особенностями психофизического развития**

3.1 Родительство как социально-психологический феномен.

3.2 Жизненный цикл семьи ребенка с ОПФР.

3.3 Качество жизни родителей детей с ДЦП.

3.4 Психическое состояние матерей и его динамика на различных стадиях стресса, связанного с рождением ребенка с ОПФР.

Как показывают статистика и специальные исследования, число детей, рождающихся с теми или иными отклонениями от нормы здоровья, остается достаточно высоким, поэтому проблема родительства в семьях, где есть дети с тяжелыми хроническими



заболеваниями, сохраняет свою актуальность. Некоторые матери ребенка с психофизическими нарушениями уклоняются от воспитания, являются недееспособными и осужденными, употребляют наркотики и алкоголь. В результате увеличивается количество детей с ОПФР, находящихся на частной (4,6 %) и государственной опеке (11 %) в интернатных учреждениях РБ (анализ данных банка «О детях с ОПФР, нуждающихся в специальном образовании» областного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации г. Гомеля, актуализированного по состоянию на 15.09.2015 г.).

*Родительство*, как отмечает Р. В. Овчарова, – это социально-психологический феномен, представляющий собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализуемую во всех проявлениях поведенческой составляющей родительства. В период становления родительство является неустойчивой структурой, что проявляется в некоторой рассогласованности различных компонентов взаимодействия между родителями, в периодическом возникновении конфликтных ситуаций. Развитая форма родительства характеризуется устойчивостью и стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплементарности динамических проявлений родительства. Исследователь предполагает, что в развитой форме родительство включает в себя: ценностные ориентации супругов; родительские установки и ожидания; родительское отношение; родительские чувства; родительские позиции; родительскую ответственность; стиль семейного воспитания.

В свою очередь, родительские установки и ожидания включают три уровня презентации: «мы – родители» (репродуктивные установки супругов в контексте их взаимоотношений); «мы – родители нашего ребенка» (установки в детско-родительских отношениях); «это – наш ребенок» (установки ожидания в отношении ребенка / детей).

Первый уровень представленности родительских установок характеризуется прежде всего особенностями репродуктивных установок. В основе возникновения репродуктивной установки лежит, по мнению многих авторов, потребность в детях как особое психологическое состояние индивида.

Репродуктивная установка родителей представляет собой нормативные ожидания относительно количества детей в семье. На формирование потребности в детях и, соответственно, на формирование репродуктивной установки оказывает влияние целый ряд

факторов: образ жизни семьи, распространенные в обществе, и особенно среди ближайшего окружения, типичные нормативные представления о количестве детей; установки каждого из супругов на количество и пол детей, на детей как помощников и опору в старости, на продолжение своего рода, семьи, фамилии, на само-реализацию в детях.

Еще одним положением проявления установок и ожиданий первого уровня являются установки и ожидания супругов по отношению друг к другу как к родителю, то есть здесь речь идет о гласном и негласном распределении и содержании функций.

Второй уровень презентации родительских установок и ожиданий – «мы – родители нашего ребенка» – реализуется в стиле воспитания. Сюда входят установки супругов, обусловленные их воспитательными предпочтениями, взглядами на родительскую роль, предпочтениями той или иной системы наказаний и поощрений, гибкостью в общении и т. п.

Третий уровень представленности родительских установок и ожиданий – «это – наш ребенок» – касается сформированного образа самого ребенка, тесно связанного с удовлетворенностью родительской ролью. Именно на этом уровне происходит постоянное сопоставление идеального образа ребенка с объективной реальностью. Результат сопоставления выражается в родительском отношении, воздействует на него.

Нарушения психологической адаптации членов семьи больного ребенка рассматриваются в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложненных так называемым «синдромом дамоклова меча» (Джеральд П. Коохер, О. О'Мэлли): источник стресса может быть устранен лишь временно (например, в период ремиссии), но вероятность рецидива сохраняется, что постоянно держит всех домочадцев в состоянии напряжения. При этом нередко сами родители оценивают свое психологическое состояние как ухудшающееся, в то время как опасения за состояние здоровья ребенка отходят на второй план.

Структура и функции каждой семьи видоизменяются с течением времени. Жизненный цикл семьи включает фазы, или стадии развития, в каждой из которых жизненный стиль семьи относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи индивидуального развития сообразно со своим периодом жизни. По мнению Е. Р. Смирновой, особенно тяжело переживаются родителями детей с ОПФР шесть периодов.

Первый период связан с осознанием того, что ребенок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся.

Второй период определяется спецификой развития ребенка в первые годы жизни, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребенок достигает определенных ступеней, той нормы, которая известна для большинства здоровых детей определенного возраста.

Значимый период испытаний для семьи – поступление ребенка в школу, уточнение формы обучения (в обычной или специальной школе), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери. Ощутимой критической точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребенок не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальной программе. Наконец, родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры ребенка.

Следующий период начинается со вступления ребенка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания, возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планированием будущей занятости ребенка.

Новый период семейных сложностей – это начало взрослой жизни, дальнейшее привыкание к семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи – ребенка с ОПФР.

Наконец, период развития семейных отношений – взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями – перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок теперь живет вне семьи) и взаимодействие со специалистами по месту его проживания. Семья беспокоится о том, где проживает повзрослевший член семьи с ограниченными возможностями, о качестве ухода за ним. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут контролировать заботу о своем ребенке. Особенно важную роль в этот период жизни семьи, как и в другие, играют все домочадцы, система услуг и социальные работники, которые могут помочь в организации трудовой деятельности, отдыха и в жилищном устройстве инвалида.

Для того чтобы смягчить воздействие критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребенка и развития семейных отношений в эти периоды.

Заболевание ребенка, по мнению Е. Н. Ермаковой, влечет за собой неизбежные последствия для всех членов семьи. Эти последствия охватывают все уровни жизни семьи, начиная с перераспределения обязанностей между членами семьи, отказа от ежедневного просмотра любимой телепередачи и т. д. В результате меняется образ жизни семьи, и тревога нередко становится нормой. Во многих случаях происходит отчуждение родителей, вплоть до распада семьи, и тогда один из родителей (чаще мать) несет на себе психологический и физический груз сложившейся ситуации. Это приводит, в свою очередь, к серьезным жизненным проблемам у родителей: алкоголизации, наркотизации, невротическим реакциям, депрессивным синдромам.

Качественные изменения происходят на всех уровнях, включая физическое и психическое благополучие не только ребенка, но и состояние сиблингов, родителей, в первую очередь матери. Г. С. Никифоров (2002) «качество жизни» характеризует как степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей» и рассматривает *«как довольно широкое понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья».*

Понятие «качество жизни», с точки зрения А. А. Новик, Т. И. Ионовой (1999), взаимосвязано с дефиницией здоровья, данной ВОЗ (WHO, 1986), под которым понимается полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания и физических дефектов. Отсутствие болезненных психических и физических проявлений обеспечивает соответствующую условиям окружающего мира регуляцию жизни и деятельности личности. В связи с этим возникает необходимость рассмотреть понятие «здоровье», которое до настоящего времени остается неоднозначным.

С позиций категории качества жизни Н. М. Амосов (1987) отмечает, что здоровье, есть выбор такого образа жизни, при котором человек получает удовольствие от здоровья, а его устойчивое наличие обеспечивает долголетие с высоким уровнем душевного комфорта. Здоровье, по мнению И. Б. Бовиной (2008), является также ключевой составляющей качества жизни личности.

В психологической науке употребляется термин «психическое здоровье». В психологическом словаре Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко (2004) психическое здоровье определяется как «состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватным условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности». Характерной особенностью психического здоровья является не только его связь с психическим состоянием, но и гармоничное проявление в трех областях: в отношении личности к себе, к другим людям, к жизни. Наряду с термином «психическое здоровье» И. В. Дубровиной (2006) введен термин «психологическое здоровье». Данные понятия исследователем рассматриваются не как тождественные, а как автономные, и понимаются по-разному. Психическое здоровье имеет отношение к отдельным психическим процессам, а психологическое здоровье – к личности в целом и связано с качеством жизни.

В результате исследования качества жизни матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, было установлено, что матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, испытывают значительные трудности в выполнении повседневных физических нагрузок из-за состояния здоровья. Болевые ощущения являются результатом регулярной физической помощи ребенку при его перемещении по дому, частых перевозок различными видами общественного транспорта из дома в поликлинику и назад, зачастую без использования надлежащих вспомогательных средств из-за их отсутствия. Регулярные физические нагрузки вызывают переутомление, что приводит к снижению активности матерей. Психологические и психические проблемы со здоровьем препятствуют полноценному общению и взаимоотношению с родственниками, друзьями.

Анализ полученных результатов показал, что качество жизни матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, взаимосвязано с чувством недостаточной наполненности жизни, отсутствием возможности реализовать те потребности, которые имеются в настоящий момент. Невозможность планировать свою жизнь далеко вперед, отражает низкий уровень контроля над жизненной ситуацией и отсутствием возможности управлять событиями своей жизни. Смысл жизни распадается на совокупность отдельных ее моментов – внешних событий, происходящих в процессе воспитания ребенка с церебральным параличом. Большее значение при

объяснении собственной жизни матерями придается случаю, судьбе, что приводит к низкой активности созидания своей жизни. Жизнь для матерей представляется малособытийной, так как все силы сосредоточены на удовлетворении потребностей ребенка с церебральным параличом. Чрезмерные физические нагрузки вызывают болевые ощущения, влияют на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Жизнеспособность, включающая недостаток сил и энергии, отсутствие положительных эмоций, ведет к актуализации психического состояния, к появлению астении, тревоги, депрессии, нервных срывов. Актуализация психического состояния проявляется в повышенной слезливости, раздражительности и вспыльчивости.

Таким образом, ситуация жизнедеятельности матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, характеризуется малым количеством стимулов для эмоционально положительных реакций, что отражается на качестве их жизни.

Сохранение, поддержание здоровья, улучшение психического состояния, повышение качества жизни матери является определяющим в создании необходимых условий для социально-психологической адаптации, успешной социализации, интеграции в обществе и участия в инклюзивном образовании ребенка с ОПФР. Матери, независимо от характера заболевания ребенка, имеют те или иные психологические особенности. Д. Н. Исаев (2003) отмечает, что у матерей, воспитывающих умственно отсталых детей, «катамнез показывает преобладание аффективных расстройств». Динамика психогенного заболевания, по мнению исследователя, представляет смену острой психопатологии затяжными невротическими реакциями, а затем формированием патологического развития. Большинство родительниц зачастую не способны осознать глубинные переживания, лежащие в основе их дискомфорта, депрессивного состояния, чувства безнадежности, беспомощности, вины, фрустрации, тревоги, астении и апатии.

Психическое состояние матери имеет определенную стадиальность, связанную с динамикой родительского кризиса, описываемого многими исследователями. Эта стадиальность раскрывает действие различных механизмов адаптации к ситуации «особого» материнства (Р. Ф. Майрамян, 1976; Т. Т. Богданова, Н. В. Мазурова, 1998; О. Б. Чарова, Е. А. Савина, 1999; О. Б. Чарова, 2003; М. Н. Гуслова, 2004).

*На первой стадии* эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакции матери включают: шок, растерянность, беспомощность, страх. Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. Матери, рассматривая себя как ответственных за произошедшее, испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности, стойкое чувство вины; усиливается самокритика; растет чувство неудовлетворенности собой. Чувство вины перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребенка. Чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую заботу.

*Вторая стадия* рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней фазой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий. Отрицание болезни родителями играет защитную функцию. Часто реакция на поставленный врачом диагноз – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут отрицать наличие отставания в развитии и верить, что лечение или какой-то тип терапии решит проблему. На этой стадии развивается так называемое «копинг-поведение»: это бесчисленные консультации, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации, мешает адекватной адаптации родителей к факту рождения ребенка с ОПФР (О. Б. Чарова, 2003).

Дополнительной реакцией может быть попытка переложить ответственность за состояние ребенка на других, растет напряженность в отношениях с окружающими. При этом часто отмечаются эмоциональная неустойчивость и рост уровня тревожности. Утрата произвольного контроля над эмоциями проявляется в невозможности

справиться со своим состоянием, навязчивости характера переживаний. Любое, даже малозначительное, событие может привести к утрате контроля. При этом масштаб переживаний несоразмерен событию. Следствием этого становится снижение уровня социальной и психологической компетентности матери, неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях, социальная изоляция (Л. М. Шипицына, 2002; Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, 2003).

*Третья стадия* родительского стресса – горевание. Чувство гнева или горечи может спровоцировать стремление к изоляции, найти выход в формы «эффективного горевания». Перед необходимостью заботы о ребенке с ОПФР, специального непрерывного ухода за ним у родителей могут возникать амбивалентные чувства в отношении форм выражения печали. Синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического нарушения, неугасающей боли (О. Б. Чарова, 2003). Эта стадия характеризуется состоянием глубокой депрессии матери (Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова, 1998; И. В. Саломатина, 2000).

*Четвертая стадия* адаптации характеризуется приспособлением, принятием больного ребенка. Переориентация энергии позволяет родителям переключить внимание с них самих на реальные проблемы, связанные с воспитанием больного ребенка. Родители в этот период ищут программы и службы, которые могли бы быть полезны для их детей. Они также часто помогают другим семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии. На стадии эмоциональной реорганизации родители начинают ценить и любить своего ребенка. Мать понимает, что рождение ребенка с нарушением интеллекта – это факт, с которым нужно смириться (О. Б. Чарова, 2003). Родители развивают реалистичный взгляд на психофизические нарушения их ребенка, его роль в семье и приходят к тому, что принимают этот груз и длительные последствия. Здесь мать может переключиться с собственных переживаний на интересы ребенка и выработать оптимальный стиль взаимоотношений с окружением (О. Б. Чарова, Е. А. Савина, 2003). К этому моменту происходит формирование позитивной установки по отношению к себе у мамы и преодоление социальных стереотипов в отношении ребенка (Л. М. Шипицына, 2002; Е. М. Мастюкова,



А. Г. Московкина, 2003). Некоторым из родителей нужны годы, чтобы прийти к этому, другие не достигают этого никогда. Данный процесс может быть очень болезненным. Значительно улучшают прохождение кризисного периода поддержка близких и благоприятные взаимоотношения между членами семьи.

Матери, независимо от характера заболевания ребенка, имеют те или иные психологические особенности. Мать подвержена изменениям в эмоционально-личностной сфере, таким как пониженный фон настроения, постоянное беспокойство, раздражительность, переключение ее внимания на больного ребенка. Анализ полученных результатов научно-исследовательской работы свидетельствует о преобразовании психического состояния матери ребенка с ДЦП. Психическое состояние нами рассматривается как сложное полиструктурное явление, являющееся фоном, на котором протекает психическая деятельность, и результатом отражения личностью ситуации жизнедеятельности в виде устойчивого целостного синдрома. Для матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, характерно постоянное ощущение тревоги, страха за себя, ребенка, близких. Им с трудом удается заниматься повседневными делами, так как они охвачены ожиданием неприятного события (реального или мнимого). Чувство страха появляется при принятии какого-либо решения, или что-либо сделать, опасаясь неприятных последствий. Депрессивное состояние родительниц является результатом зависимости от потребностей ребенка, отсутствием положительных изменений и выражается в снижении настроения, повышенной слезливости, появлении чувства вины и идеи самоуничтожения, вялости, угнетенности, подавленности, тревоги и пессимизма, неуверенности в себе и своих силах, пессимистической оценке перспективы, хронической усталости, потребности в одиночестве и отдыхе.

Со временем у родительниц больных детей появляется чувство статичности. Для матерей окружающий мир делится на две части, одну из которых представляет мать и больной ребенок, другую – окружающие люди. У них возникает уверенность, что никто и никогда не сможет понять, в полной мере ощутить проблемы и трагедию, потому что у окружающих иная, насыщенная жизнь. Возникает боязнь общества, замкнутость. Повышенная утомляемость, «разбитость», снижение физической и нервно-психической работоспособности зачастую связаны с физической нагрузкой. Матери, в силу психофизических особенностей

ребенка, вынуждены постоянно перемещать его по дому, удовлетворяя различного рода потребности.

Для матерей детей с двигательными нарушениями характерны: повышенная обидчивость, ранимость, агрессия на близких, нетерпеливость, нетерпимость и лабильность настроения. Данная форма поведения, возможно, связана с чувством вины. Мать, которая видит причину болезни ребенка в себе, старается держать под контролем даже то, что контролировать в принципе невозможно. Подобное состояние, сопровождаемое душевными муками и переживаниями, значительно усложняет и без того напряженную ситуацию.

Матери, воспитывающие детей с ДЦП, испытывают страх заболеть тяжелой болезнью, возникновения новых проблем, возвращения старых, что лечение не будет удачным, а также за жизнь ребенка, его дальнейшую судьбу. Зачастую их беспокоят навязчивые воспоминания, мысли, действия, сомнения в правильности поступков и принятии решения. Наряду с этим у родительниц детей с ДЦП, отмечаются проблемы со здоровьем: головные боли, головокружение, частая бессонница.

В целом, состояние беспокойства, нетерпеливости, тревоги, медлительности, вялости, безразличия, усталости, раздражительности, быстрая смена настроения, повышенная обидчивость, проявление страха и навязчивых состояний, а также проблемы со здоровьем образуют симптомокомплекс, детерминирующий социально-стрессовые нарушения. Наличие данных симптомов свидетельствует о нарушении адаптации матерей к сложившейся ситуации, то есть ситуации, связанной с рождением и воспитанием ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями. Большинство матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, по данным исследования, испытывают сложности в адаптации на биологическом, психологическом и социальном уровнях в течение многих лет. Признаками дезадаптации являются: постоянные жалобы на ситуацию, саботаж реабилитационных мероприятий, гиперопека больного ребенка, наличие замкнутой системы «мать – ребенок», большое количество соматических жалоб, социальная депривация, сознательное ограничение социальных контактов. По мере взросления ребенка с церебральным параличом у матери появляется выраженная враждебность и избегание его.

Симптомокомплекс характеристик психического состояния матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями,

который отражает результат взаимодействия с ситуацией жизнедеятельности, лежит в основе синдрома недостаточной адаптации. На основе теоретических и эмпирических данных у данной группы испытуемых был выделен и описан ряд симптомов, входящих в синдром недостаточной адаптации: преобразования в чувствах, в системе отношений к себе, другим людям и миру, познавательной сфере, в психическом и психологическом здоровье. Термин «синдром» заимствован из медицины. В медицине он употребляется для обозначения комплекса симптомов, которые сопутствуют друг другу, и обозначает заболевания и отклонения от нормы, а не проявления здоровья. В исследовании синдром рассматривается в качестве общего понятия и употребляется для обозначения совокупности симптомов. Под понятием «синдром» понимается форма психической адаптации субъекта к ситуации жизнедеятельности. В медицине термин употребляется в качестве причинности, и считается, что комплекс симптомов имеет предполагаемую единственную причину.

Как исходные предпосылки возникновения синдрома недостаточной адаптации рассматривается ситуация жизнедеятельности, связанная с рождением и воспитанием ребенка с двигательными нарушениями; комплекс двигательных, психических, речевых, сенсорных и эмоционально-личностных расстройств, который характеризует данное заболевание ребенка. Теоретически ситуация жизнедеятельности является детерминантой актуализации психического состояния.

Преобразование психического состояния матерей детей с ДЦП лежит в основе синдрома недостаточной адаптации к сложившейся ситуации. Структура синдрома недостаточной адаптации включает исходные предпосылки и «ядерные» компоненты.

Матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, нуждаются в психологической помощи, в создании условий, способствующих осознанию психического состояния, трансформации смысложизненных ориентаций, развитию осмысленности жизни, восстановлению и сохранению психологического, психического, физического здоровья.

1 Осознание матерями психического состояния и его интерпретация способствуют регуляции жизнедеятельности и адаптации к ситуации (регулирование и адаптация являются основными функциями психического состояния), преобразованию отношения к себе, миру, другим людям, включая отношение к ребенку с церебральным параличом. Осознание матерями своего отношения к ре-

бенку с церебральным параличом воздействует на процесс выстраивания смысловых границ, лежащий в основе материнства. Это в свою очередь найдет отражение в смысловом переживании матери, которое сопровождает развитие ее взаимоотношений с ребенком и опосредовано процессами смыслоосознания и смыслостроительства. Осознание смысловых структур и связей, являясь составляющими процесса смыслоосознания и одной из линий развития смысловой сферы личности, способствует трансформации смысложизненных ориентаций матери ребенка с церебральным параличом.

2 Трансформация смысложизненных ориентаций, выполняющих роль связующего и опосредующего звена в системе «ситуация – состояние», способствует преобразованию личностного смысла ситуации жизнедеятельности, тем самым изменяя психическое состояние матери ребенка с церебральным параличом. Смысложизненные ориентации лежат в основе личностного смысла, который выступает не только в качестве системообразующего фактора детерминации психического состояния, но и является составляющей одного из компонентов смысловой организации сознания в структуре ситуации субъекта. Осознание смысла ситуации жизнедеятельности, преобразование психического состояния обусловит выработку нового отношения матери ребенка с церебральным параличом к окружающему миру и собственной жизни. Это позволит не только учитывать негативные факторы, присущие ситуации жизнедеятельности, обстоятельствам жизни, но и «настроить» мать ребенка с церебральным параличом на позитивные возможности, то есть возможность по-новому оценить и воспринять свою жизнь целиком (прошлую, настоящую и будущую). От восприятия настоящего, прошедшего и будущего зависит своеобразие жизненной перспективы личности. В результате целостного отношения к собственной жизни (на основе накопленного опыта и знаний), собственной личности, ребенку с церебральным параличом, окружающему миру, восприятия конкретных обстоятельств жизнедеятельности, успехов и неудач произойдут качественные преобразования психического состояния матери. Это в большей мере будет способствовать развитию осмысленности жизни, восстановлению и сохранению психологического, психического, физического здоровья матери ребенка с церебральным параличом.

3 Развитие осмысленности жизни матери ребенка с церебральным параличом – это возможность перейти ко «второму способу существования», представить собственную жизнь не в виде

какого-то туманного будущего, а более конкретно, «осязаемо», как некое целостное «пространство», то есть «занять мысленно позицию вне ее для рефлексии над ней» (С. Л. Рубинштейн, 2009). Способность осмыслить жизнь и распознать то, что в ней подлинно, значимо, умение не только изыскать средства для решения случайно всплывших задач, но и определить сами задачи и цель жизни так, чтобы по-настоящему знать, куда в жизни идти и зачем; установить степень соответствия, конгруэнтности целей в жизни и самой жизнедеятельности субъекта тому смыслу, который он определил для себя в жизни, степень удовлетворения психическим, психологическим и физическим здоровьем лежат в основе качества жизни.

Социально-психологическая адаптация детей с ОПФР напрямую зависит от грамотного родительского, прежде всего материнского поведения. Рождение ребенка с ОПФР является сильным травмирующим фактором для всей семьи, связанным с изменением семейного уклада и мировосприятия. В результате встает вопрос о необходимости решения многих специфических проблем, обусловленных физической и психологической нагрузкой на ближайшее окружение ребенка. Наибольшие трудности приходится на долю матери.

### **Вопросы для самоконтроля**

- 1 Дайте определение понятию «родительство».
- 2 Перечислите уровни презентации, которые включают родительские установки и ожидания.
- 3 Какие шесть периодов в развитии семейных отношений переживают родители детей с нарушениями развития?
- 4 Охарактеризуйте динамику родительского кризиса при рождении ребенка с ОПФР.
- 5 Дайте определение понятию «качество жизни».
- 6 Опишите психическое состояние родителей (матерей) и его динамику на различных стадиях стресса, связанного с рождением ребенка с ОПФР.
- 7 Перечислите симптомы, которые характеризуют синдром недостаточной адаптации матерей, воспитывающих детей с ДЦП.
- 8 Представьте структуру синдрома недостаточной адаптации у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, в виде схемы.

9 Опишите психологическую помощь матерям, воспитывающим детей с ОПФР церебральным параличом.

## **Тема 4. Социальная интеграция детей с ОПФР**

4.1 Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования. Социальная сеть контактов ребенка с ОПФР.

4.2 Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.

4.3 Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.

4.4 Принципы разработки программ социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

*Социализация в широком понимании* – это определение происхождения и формирования родовой природы человека. *Социализация в узком смысле* – это процесс привлечения человека к социальной жизни путем активного усвоения его норм, ценностей и идеалов. Исходя из понятия социализации как результата усвоения человеком условий социальной жизни и воспроизводства им социального опыта, ее можно рассматривать как типичный и единичный процессы. Процесс социализации осуществляется на протяжении всей жизни человека и проходит в трех сферах:

1) в деятельности – у человека развиваются задатки и способности, и происходит их реализация;

2) в общении, которое возникает во всех сферах жизнедеятельности, развиваются коммуникативные способности, способности взаимодействия с окружающими;

3) в самосознании, сознании и понимании самого себя, развитии правильной самооценки.

Для детей с ОПФР основной задачей является социальная адаптация. В силу своего комплексного характера проблема интеграции детей является общим предметным полем различных наук, располагаясь на пересечении теоретической социологии,

дефектологии, медицины, общей, специальной и социальной психологии, социальной антропологии, социологии образования, социальной педагогики, социологии семьи.

Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи связана с процессом становления личности. Возникающие в семье конфликты между родителями и детьми, младшими и старшими, «старым» поколением и «новым», усложняют процесс воспитания и социализации подрастающего поколения. В семье дети не только подражают близким, но и ориентируются на их социальные и нравственные установки. Уровень психологической зрелости родителей, их идеалы, опыт социального общения оказывают воздействие на развитие ребенка с ОПФР.

Ребенок с физическими и умственными ограничениями занимает особое место в обществе, среди других людей, если сравнить его с нормально развивающимися детьми. Со стороны окружающих к нему складывается специфическое отношение. Ребенок ограничен в проявлениях собственной активности (физической, умственной, активности в общении), он также реализует особые отношения с окружающими, потому что нуждается во внимании, заботе и уходе, особых условиях обучения и воспитания. По отношению к такому ребенку формируется позиция гиперопеки, когда взрослые выполняют за ребенка, вместо ребенка даже то, что объективно он способен выполнить самостоятельно. Эта позиция формируется в результате того, что ребенок действительно объективно не может выполнять различные действия, не владеет многими умениями по возрасту, со стороны окружающих уменьшаются требования к ребенку, снижаются социальные ожидания относительно его достижений. Ребенок быстро усваивает позицию опекаемого и сам стремится к ее реализации. Наблюдается взаимное влияние друг на друга ребенка и взрослого: ребенок демонстрирует сниженные возможности, а взрослый вынужден учитывать это в своем поведении по отношению к ребенку.

Дети с ОПФР являются менее активными и менее инициативными, поэтому инициатива больше принадлежит матери, а не ребенку. Матери становятся более активными еще и потому, что они стремятся сохранить некоторое подобие протекания взаимодействия, реализуя свое желание видеть ребенка таким же, как его нормально развивающиеся сверстники, и своими действиями моделируя его поведение. Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с

отклонениями в развитии, рассматривает ее как реабилитационную структуру, способную создать максимально благоприятные условия для развития и воспитания ребенка. При этом особое внимание уделяется положительному влиянию близких на ребенка, созданию адекватных условий для его обучения не только в специальном учреждении, но и дома. Внутрисемейная атмосфера, которая своим гармоничным воздействием развивает ребенка, формирует в нем нравственные личностные качества, доброе отношение к миру, рассматривается как коррекционная.

Социализация ребенка с ОПФР в условиях учреждения здравоохранения и образования включает систему профессиональной деятельности специалистов, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития каждого ребенка независимо от уровня его способностей и жизненного опыта, в конкретной социальной среде.

Каждый специалист выполняет свои определенные цели и задачи в области своей предметной деятельности. Комплексное сопровождение ребенка с ОПФР включает в себя: организационно-методическое обеспечение образовательного и коррекционного процесса; базовую и динамическую диагностику психолого-педагогического сопровождения; организацию взаимодействия с родителями.

*Инклюзии* (от inclusion – включение) – процесс увеличения степени участия всех граждан в социуме, и в первую очередь, имеющих трудности в физическом развитии. *Инклюзивное (включенное) образование* – термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями (но не только с особенностями психофизического развития) в общеобразовательных (массовых) школах. В основе инклюзивного образования лежат идеи равного отношения ко всем людям, исключается любая дискриминация детей, создаются особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности.

Социальная интеграция детей с ОПФР означает создание единого социального пространства, сближение общего и специального образования, обучение в условиях, максимально приближенных к обычной среде с наименьшими ограничениями.

*Цель* социальной интеграции ребенка с ОПФР: получение образовательного и социального опыта вместе со сверстниками.



Задачи социальной интеграции ребенка с ОПФР включают:

- 1) расширение научно-методического обеспечения развития инклюзивных процессов;
- 2) организацию подготовки и повышения квалификации специалистов в области психолого-педагогического сопровождения инклюзии;
- 3) создание ресурсной базы для поддержки инклюзивного процесса.

Инклюзивный подход в образовании предполагает: уважение, понимание и обеспечение разнообразия (деятельность системы образования, школы и учителя отвечают индивидуальным потребностям и ожиданиям учащихся), а также обеспечение реального равного доступа к общеобразовательным учреждениям всем без исключения учащимся. Целью инклюзивного образования является демократизация образовательной среды и создание возможности для качественного образования и социализации всех без исключения детей.

Организация воспитания и обучения детей с ОПФР предполагает внесение изменений в формы коррекционно-развивающей работы. Для большинства детей характерны моторные трудности, двигательная расторможенность, низкая работоспособность, что требует внести изменения в планирование образовательной деятельности. Одним из условий повышения эффективности работы по социально-психологической адаптации является создание адекватной возможностям ребенка охранительно-педагогической и предметно-развивающей среды, то есть системы условий, обеспечивающих полноценное развитие всех видов деятельности, коррекцию отклонений высших психических функций и становление личности ребенка.

*Формы* работы психолога при проведении социально-психологической адаптации детей с ОПФР:

- 1) с детьми: сказкотерапия (в индивидуальной и групповой форме), игровая терапия, телесная терапия, песочная терапия;
- 2) с родителями: участие родителей в педагогическом процессе, проведение совместных мероприятий и упражнений, обучающая, просветительская работа с родителями;
- 3) с педагогами: выбор единого подхода к успешной адаптации детей, составление плана, индивидуального подхода к каждому ребенку, обмен опытом с другими специалистами.

*Принципы* работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР:

1) принцип непрерывности включает психолого-педагогическое сопровождение на всех ступенях образования, обеспечивая непрерывность процесса сопровождения;

2) принцип системности заключается в сопровождении семьи, обустройстве образовательной среды, обучении и воспитании, взаимодействии детей, включая вопросы самопознания и личностной самореализации;

3) принцип обеспечения положительного эмоционального самочувствия всех участников образовательного процесса на всех этапах инклюзивного образования обуславливает положительную динамику в развитии и положительные учебные достижения, развитие взаимодействия детей;

4) принцип индивидуального подхода к каждому ребенку и его семье;

5) принцип междисциплинарного взаимодействия в команде характеризуется объединением специалистов идеей инклюзивного образования, пониманием друг друга и использованием единого подхода к сопровождению ребенка с ОПФР и его семьи, других участников образовательного процесса, напрямую влияет на эффективность работы, успешность сопровождения ребенка и эмоциональный климат в коллективе.

В этих условиях у детей с ОПФР формируется социальная компетентность, навыки общения с окружающими, преодолевается социальная изоляция, расширяются возможности произвольного взаимодействия со сверстниками. У тех и других формируется определенная степень социальной зрелости.

Разработка программ социально-психологической адаптации детей с ОПФР осуществляется на основе следующих принципов:

1) онтологический принцип, отражающий потребность ребенка с ОПФР в обучении;

2) принцип единства диагностики и коррекции, обеспечивающий целостность педагогического процесса;

3) принцип обходного пути, предполагающий опору на более сохраненные психические функции ребенка с ОПФР;

4) принцип единства аффекта и интеллекта, учитывающий, что образование должно быть эмоционально привлекательным и ориентированным на целостность, познание, чувства и волю ребенка с ОПФР;

5) принцип социально-адаптирующей направленности

социализации, предполагающей предупреждение проявлений социальной дезадаптации;

б) принцип совместной деятельности и общения, предусматривающий обязательное включение родителей в процесс обучения и воспитания ребенка с ОПФР.

Социально-психологическую деятельность необходимо реализовывать как технологию перевода социальной ситуации развития ребенка в педагогическую, образовательную, воспитательную, обучающую, развивающую. В основе процесса социального воспитания лежит ознакомление детей с социальной действительностью. При этом важно, чтобы были учтены возрастные новообразования ребенка-дошкольника, так как эти критерии по своей природе социальны и их приоритетное развитие обеспечивается в процессе социализации. Полнота достижения этого процесса возможна в единстве мотивационного, когнитивного и деятельностно-практического компонентов развития.

Таким образом, необходимыми становятся разработка методологии и технологий социальной интеграции детей в жизнь общества, поиск новых подходов, форм и методов коррекционно-образовательной работы, создание программно-методического обеспечения педагогического процесса по формированию компетенций учеников в разных сферах.

## **Вопросы для самоконтроля**

- 1 Опишите социализацию ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования.
- 2 Перечислите социальную сеть контактов ребенка с ОПФР.
- 3 Назовите цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.
- 4 Перечислите принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.
- 5 Опишите принципы разработки программ социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

## **Тема 5. Социально-психологическая адаптация детей с различными видами дизонтогенеза**

5.1 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации.

5.2 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.

5.3 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.

Специфика социально-психологической адаптации детей с задержанным развитием связана с особенностями, которые являются неотъемлемыми показателями данного типа дизонтогенеза. В частности, необходимо отметить особенности знаний и представлений таких детей относительно окружающей действительности и их места и роли в ней, о характере их деятельности и о взаимодействии со взрослыми и сверстниками, которые имеют место и особенности семейной социализации. Более того, уже на уровне личностных характеристик – завышенной самооценки и уровня притязаний – имеются предпосылки для формирования эмоционального дисбаланса и возникновения трудностей в организации поведения и деятельности, в овладении и реализации социального опыта. Дети с задержкой развития иначе, чем нормально развивающиеся сверстники, воспринимают социальный мир и функционируют в нем неадекватно, некритично, часто инфантильно.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии осуществляется в процессе деятельности, общения с другими людьми, постепенного включения в многообразные социальные отношения. Процесс социализации определяется правильной организацией всей жизни и наличием специального психолого-педагогического воздействия и включает создание условий, способствующих сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости; выработке правильного бытового поведения; закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек; формированию контроля за своими эмоциональными проявлениями.

Для детей дошкольного возраста применимы выразительное чтение или рассказ доступных для их понимания простейших текстов, включающих эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они способны выражать сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для них ситуации умственно отсталые дети способны к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Препятствием в овладении ребенком простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания являются существенные отклонения в развитии моторики у умственно отсталых детей. Длительная, целенаправленная работа по развитию моторики рук должна включать формирование следующих умений: пользоваться чашкой и ложкой, самостоятельно одеваться и раздеваться, правильно сложивать свои вещи, застегивать и расстегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки, поливать комнатные цветы и др. Обычно для них бывает необходим длительный период обучения, направленный на то, чтобы научить их выполнять те или иные действия. Все отрабатываемые действия должны ежедневно выполняться ими под руководством взрослого и с его активной помощью в форме совместной деятельности, показа, сопровождаемых речью. Решающее значение имеют регулярность таких повторений и положительный эмоциональный фон, создаваемый путем одобрения, подчеркивания важности и успешности деятельности ребенка.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей осуществляется через овладение ими сюжетно-ролевой игрой. Ею дошкольники самостоятельно не владеют. Формирование элементов сюжетно-ролевой игры осуществляется под руководством и с помощью взрослого. Взрослый организует игру в магазин, где дети выполняют роль продавца, кассира, покупателей, ситуацию хождения в гости, где дети становятся хозяевами или гостями, сервируют стол, рассаживают гостей, угощают их чаем и печеньем и т. п.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей осуществляется через овладение изобразительной и конструктивной деятельности (сюжетное конструирование). Это способствует развитию моторики и высших, опосредованных форм психической деятельности: произвольной памяти, элементарного планирования, пространственного мышления.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей включает формирование психологической готовности к школьному обучению, которая представляет собой систему мотивационно-волевых, познавательных и социальных предпосылок. При умственной отсталости в той или иной степени нарушены все виды мыслительной деятельности, начиная от наглядно-действенного. При слабовыраженных отклонениях, таких как ЗПР, преимущественно нарушается наглядно-образное и словесно-логическое мышление. Причем при более легких состояниях, таких как неосложненные формы психофизического инфантилизма, отмечается только задержка своевременного развития словесно-логического мышления. Особое значение необходимо уделять полноценному развитию ведущих деятельностей ребенка соответствующего возраста (непосредственно-эмоциональное общение в младенческом возрасте, предметная деятельность в раннем детстве, игровая деятельность в дошкольном возрасте, учебная – в младшем школьном, общественно полезная – в подростковом и юношеском возрасте).

Социально-психологическая адаптация детей с нарушенным слухом включает необходимость формирования:

- 1) представлений о качествах личности, эмоциональных свойствах, о нормах поведения;
- 2) умения понимать поступки окружающих людей, дать им для этого эталоны оценки;
- 3) адекватной самооценки, являющейся, с одной стороны, основой регуляции собственного поведения, с другой стороны, залогом успешного установления межличностных отношений.

Для этого в дошкольном возрасте необходимо использовать формы работы, в которых дети могут оценить результаты своей деятельности, сравнить их с образцом, с работами других детей. Нужно предоставлять детям самостоятельность в решении задач различной трудности как в процессе учебной деятельности, так и в разнообразных жизненных ситуациях.

В младшем школьном и подростковом возрасте нужно обогащать представления детей с нарушенным слухом о человеческих качествах, межличностных отношениях на основе анализа жизненных ситуаций, эмоциональных переживаний и отношений персонажей художественной литературы, фильмов, спектаклей.

Для всестороннего компенсаторного психического развития детей с нарушенным слухом на каждом возрастном этапе необходимо сочетать обучение и воспитание, а также специально

направленные психокоррекционные воздействия, которые обеспечат гармоничное развитие познавательной сферы личности, социально-психологическую адаптацию.

Незрячие и слабовидящие дети лишены возможности самостоятельно и полноценно включаться в социальную жизнь. Врожденная или рано приобретенная слепота затрудняет образование социальных связей и отношений, а появление дефекта у человека со сложившимися навыками общественного поведения ведет к их разрыву, смещению. И в том, и в другом случае ребенок по зрению выпадает из коллектива, что крайне неблагоприятно влияет на его положение в нем.

В связи с этим основной задачей социально-психологической адаптации детей по зрению в обществе является установление социальных связей. Возникает необходимость преодолеть депрессию, возникающую как реакция на слепоту, сформировать адекватные установки по отношению к окружающим, своему дефекту и деятельности, сформировать новые способы коммуникации.

Первым этапом социально-психологической адаптации следует считать преодоление депрессии, связанной с осознанием дефекта, на который инвалиды по зрению реагируют крайне болезненно. Глубина и длительность реакции зависят как от особенностей личности, так и от темпа развития заболевания, его тяжести и времени появления. Одновременно ведется работа по преодолению фрустрации, возникающей в результате появления в жизни слепого труднопреодолимых препятствий, постоянного высокого психического напряжения.

Для большинства незрячих и слабовидящих детей первым опытом вхождения в социальную группу является поступление в школу. Насколько успешно будет проходить становление личности незрячего ребенка в школьной группе, зависят его возможности интеграции в общество в будущем. В связи с этим возрастает актуальность организации целенаправленного психологического сопровождения незрячих и слабовидящих детей с момента их поступления в школу, в рамках которого психологами проводится работа по снижению трудностей в социально-психологической адаптации на всех этапах развития личности ребенка

Выделяются три аспекта адаптации детей с нарушениями зрения: 1) адаптация личности к предметному миру; 2) адаптация личности к социальной среде; 3) адаптация личности к собственному «Я». В первом случае речь идет о достижении мобильности, самостоятельности, уверенности, то есть выделяется операцио-

нально-деятельностная сторона, связанная с формированием умений и навыков, необходимых незрячему для самостоятельной жизни. Второй аспект связан с взаимодействием незрячего со своим социальным окружением, с активностью этого окружения по вовлечению его в коллективную и трудовую жизнь, то есть в первую очередь с взаимоотношением зрячих и незрячего, с общением и др.

Третий аспект адаптации связан с оценкой собственного положения в обществе, с отношением к своему дефекту, с переживанием своего «Я». В целом же реабилитация инвалида по зрению в личностном плане выступает как проблема становления внутренней саморегуляции личности. Они плохо обучены ориентировке в пространстве, стесняются использовать трость. Причиной неподготовленности к самостоятельной жизни этих людей, является замкнутая, оторванная от реальных жизненных проблем система обучения в школе-интернате для слепых детей.

Важной задачей социально-психологической адаптации детей с нарушениями зрения является осознание ребенком себя равноправным членом общества, преодоление его страхов, зависимости, робости. Большое внимание должно уделяться личностным изменениям, личностному формированию инвалидов по зрению.

Успешность адаптации во многом зависит от того, какие личностные качества будут сформированы у детей, имеющих глубокие нарушения зрения, к моменту их выхода в самостоятельную жизнь. В первую очередь сюда входят: 1) представления о себе самом, отношение к своему дефекту, отношение к другим людям; 2) отношение к жизненным целям, отношение к прошлому и будущему, отношение к жизненным ценностям; 3) отношение к непосредственному социальному окружению, отношения с противоположным полом.

Конечным этапом социально-психологической адаптации слепых и слабовидящих детей является достижение такого психологического состояния, когда человек воспринимает свой зрительный дефект как одно из своих качеств, то есть определенную индивидуальную характеристику, отличающую его от других, но не более того. Достижение такого состояния возможно только при определенной психологической работе с индивидом и, кроме того, при адекватном отношении к нему со стороны социального окружения, то есть при определенной психологической поддержке широкого круга людей.



Социально-психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями зависит от особенностей двигательных расстройств: вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации, вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа), в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез), вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез), в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез), вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей, в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Различные физические недостатки и степень их выраженности по-разному влияют на нарушения развития личности ребенка, вызванные данными недугами. На личность ребенка накладывает отпечаток и социальная депривация, которая может быть вызвана различными причинами: частой госпитализацией; тем, что ребенок воспитывается только в семье, не посещая детский сад, школу и учреждения дополнительного образования; тем, что ребенок воспитывается в учреждении интернатного типа и его контакт с семьей в значительной мере ограничен или полностью отсутствует.

Эти факторы обуславливают формирование на фоне первичных нарушений здоровья вторичных изменений психики, которые и определяют сущность социально-психологической адаптации данной категории. У детей с двигательными нарушениями при сохранном интеллекте часто наблюдаются следующие изменения личности: неуверенность в себе и, как следствие, замкнутость, робость, застенчивость, отсутствие самостоятельности, преобладание иждивенческих установок в сочетании с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью. Психологи отмечают у этих детей два преобладающих типа реакции на физический дефект: пассивно-оборонительную или агрессивно-защитную. Особого внимания требует формирование у таких детей Я-концепции. Я-концепция представляет совокупность всех представлений индивида о себе. Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя. Я-концепция определяет не только то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает и как смотрит на свои возможности развития в будущем.

Многие дети с ограниченными физическими возможностями осознают свой физический недостаток и понимают, что их социально-психологическая адаптация находится в прямой зависимости от их целеустремленности и настойчивости в преодолении недуга, овладении знаниями, творческой самореализации. У других детей-инвалидов отмечается несколько наиболее типичных изменений: отрицание своего физического недостатка, что мешает правильно рассчитывать свои реальные возможности, адаптироваться к ограничению; осознание своего физического недостатка, но при этом крайний негативизм, пассивная жизненная позиция.

На формирование Я-концепции большое влияние оказывают внешние факторы, в первую очередь семья. Как правило, родители испытывают шок при рождении больного ребенка и с трудом адаптируются к этому событию, что отрицательно сказывается на детско-родительских отношениях.

Наиболее характерны следующие модели отношений родителей к ребенку с проблемами здоровья:

- 1) неприятие ребенка, что ведет к недостатку любви и ласки;
- 2) чрезмерная опека, из-за чего социальные навыки и опыт самостоятельности формируются не в полной мере, развивается пассивность;
- 3) завышенные требования, без учета реальных возможностей и интересов ребенка, что снижает самооценку ребенка, повышает тревожность.

Учитывая, что эмоциональный фактор является базовым в социально-психологической адаптации личности к условиям внешней среды, при организации адаптационного процесса необходимо ориентироваться на особенности формирования эмоционально-волевой сферы ребенка с ДЦП, где у этих детей в большинстве случаев наблюдаются нарушения. Так, в частности, у детей с диагнозом ДЦП независимо от степени двигательных дефектов нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям, пугливости. У одних детей отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других – вялость, пассивность, двигательная заторможенность. В то же время этим детям свойственны эмоциональная неустойчивость, неуравновешенность, доминирование тревожно-депрессивного фона настроения.

У детей с двигательными нарушениями затруднена такая важная для развития личности функция, как общение. В норме в качестве средств общения выступают слова, мимика, жесты, действия. Обычно выделяют три функции общения: коммуникативную (обмен информацией), интерактивную (взаимовлияние общающихся людей), перцептивную (восприятие общающимися друг друга). Но у детей с диагнозом ДЦП и другими дефектами опорно-двигательной системы, особенно если имеется нарушение речевых функций, при общении возникают значительные трудности из-за того, что взгляды, движения, слова несогласованны и могут быть неверно поняты, зачастую сложно установить контакт. Из-за невозможности делать выразительные, понятные жесты руками часто страдает невербальное общение. В результате у них страдает лексико-грамматическая сторона речи: словарный запас ограничен, лимитировано понимание многозначности слов, смысловых оттенков выражений в зависимости от контекста. Дети с двигательными нарушениями обычно не проявляют инициативу в общении.

Исходя из этой теории, у ребенка с ограниченными физическими возможностями, опираясь на сильные стороны личности, в процессе социально-психологической адаптации можно сформировать духовные потребности и нравственные ориентиры, которые, компенсируя вторичные изменения психики, будут способствовать выработке активной жизненной позиции и социально-адаптивного поведения.

### **Вопросы для самоконтроля**

- 1 Опишите особенности социально-психологической адаптации детей при дизонтогенезах по типу ретардации.
- 2 Охарактеризуйте социально-психологическую адаптацию детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.
- 3 Назовите основные аспекты социально-психологической адаптации детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.

## Литература

1 Акатов, Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья : психологические основы : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 350500 – «Социальная работа» / Л. И. Акатов. – М. : Владос, 2003. – 368 с.

2 Басилова, Т. А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным или множественным нарушением / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 47–55.

3 Брамбринг, М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье / М. Брамбринг; пер. с нем.. – М. : Academia, 2003. – 142 с.

4 Богданова, Т. Г. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников / Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 40–44.

5 Волковская, Т. Н. Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения / Т. Н. Волковская // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 66–72.

6 Гуслова, М. И. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов / М. И. Гуслова, Т. К. Стуре // Дефектология. – 2003. – № 3. – С. 28–31.

7 Зайцев, Д. В. Социологический анализ современной семьи в России / Д. В. Зайцев // Дефектология. – 2001. – № 6. – С. 3–10.

8 Зикеев, А. Г. Развитие речи учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений : учеб. пособие для студ. педвузов / А. Г. Зикеев. – М. : Академия, 2000. – 200 с.

9 Катаева, А. А. Дидактические игры в обучении дошкольников с отклонениями в развитии : пособие для учителя / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 224 с.

10 Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.

11 Лалаева, Р. И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова. – СПб. : Союз, 1999. – 160 с.

12 Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. психологии / В. В. Лебединский. – М. : Академия, 2003. – 144 с.

13 Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учебное пособие для студ. по спец. «Специальная педагогика в спец. (коррекц.) образоват. учрежд.» / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Академия, 2001. – 184 с.

14 Маллер, А. Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью : учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. высш. пед. учеб. завед. и слушателей курсов переподготовки, обуч. по спец. 031700 – Олигофренопедагогика / А. Р. Маллер, Г. В. Цикото. – М. : Академия, 2003. – 208 с.

15 Морозова, Е. И. Новые подходы к организации помощи семьям, воспитывающим проблемных детей раннего возраста / Е. И. Морозова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 49–57.

16 Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком : руководство для родителей / С. Ньюмен. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с.

17 Пелымская, Т. В. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом : пособие для учителя–дефектолога / Т. В. Пелымская, Н. Д. Шматко. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

18 Петрова, В. Г. Психология умственно отсталых школьников : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 031700 – Олигофренопедагогика / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Академия, 2002. – 160 с.

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

20 Шевченко, С. Г. Коррекционно-развивающее обучение : Организационно-педагогические аспекты : метод. пособие для учителей кл. коррекционно–развивающ. обучения / С. Г. Шевченко. – М. : Владос, 1999, 2001. – 136 с.

21 Чарова, О. Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О. Б. Чарова, Е. А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34–39.

*Производственно-практическое издание*

**Певнева** Анжела Николаевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ  
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ  
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Практическое руководство

*2-е издание, переработанное*

Редактор *В. И. Шкредова*

Корректор *В. В. Калугина*

Подписано в печать 05.03.2020. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Ризография. Усл. печ. л. 2,8.

Уч.-изд. л. 3,1. Тираж 25 экз. Заказ 134.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1452 от 17.04.2017.

Специальное разрешение (лицензия) № 02330 / 450 от 18.12.2013.

Ул. Советская, 104, 246019, Гомель.

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф.СКОРИНЫ

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф.СКОРИНЫ



РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф.СКОРИНЫ

**А. Н. ПЕВНЕВА**

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
АДАПТАЦИЯ  
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ  
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Гомель  
2020