

Семья как фактор социализации ребенка с ОВЗ

Развитие коррекционной педагогики и психологии характеризуется поиском новых путей повышения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья. Социализация этих детей не может быть достигнута без приобщения к этому процессу членов его семьи и, в первую очередь, родителей.

Появление в семье ребенка с нарушениями в развитии всегда влечет за собой эмоциональные переживания родителей и близких родственников. Поэтому проблема социальной адаптации в обществе имеет большое значение не только для детей, имеющих разные проблемы со здоровьем, но и для членов семьи, в которой они воспитываются. Родители таких детей часто испытывают психологические трудности в общении с другими людьми из-за воздействия длительной травмирующей психику ситуации, явившейся результатом переживания по поводу нарушений развития у ребенка.

Значительно улучшает прохождение кризисных периодов как благоприятные взаимоотношения между членами семьи и поддержка близких, так и помощь педагогов.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания, т. е. это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания. Они могут иметь разные по характеру и степени выраженности нарушения в физическом и (или) психическом развитии (нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, задержки психического развития, интеллекта, расстройства аутистического спектра и множественными нарушениями развития) в диапазоне от временных и легко устранимых трудностей до постоянных отклонений, требующих адаптированной к их возможностям индивидуальной программы обучения или использования специальных образовательных программ.

Анализ специфики психологического реагирования родителей на имеющиеся у ребенка физические, речевые или психические дефекты показывает, что наблюдается несколько типов восприятия ими данного заболевания. Существующие типы восприятия различаются глубиной осознания родителями имеющихся у ребенка отклонений в развитии и степенью адекватности сложившихся в семье понятий о социальном и медицинском прогнозе. Особую роль играют эмоциональная направленность и насыщенность переживаний родителей, которые связаны с болезнью ребенка, осознанием ими своей роли в дальнейшей судьбе ребенка.

Эмоциональное состояние семьи может быть представлено в виде 4 сменяющих друг друга фаз, которые выражаются в нарастании, а потом спаде напряжения.

1 фаза – «Шок». Фазу «шока» родители испытывают, когда узнают о диагнозе. Это бывает в разном возрасте ребенка: как при рождении, когда диагноз ярко выражен физически, так и в более позднем возрасте, когда проявляется психический диагноз. Эта фаза характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного». Мать испытывает негативные чувства, видя, что ребенок не такой, как другие дети. Мать также может чувствовать себя виноватой за рождение такого ребенка.

Родители в этой фазе демонстрируют воспитательную модель «отказ от взаимодействия» с ребенком и педагогами образовательного учреждения, низким уровнем обратной связи с педагогами. Длительность этой фазы, как и последующих, зависит от личностных особенностей родителей и может быть как кратковременной, так и долговременной.

В этот момент педагогам необходимо создание доверительных, открытых отношений с родителями, проявление эмпатического сочувствия к пониманию тяжести переживаемых родителями эмоций. 1 фаза плавно переходит во 2.

2 фаза - «Развитие неадекватного отношения к дефекту» является своеобразной защитной реакцией родителей ребенка. Характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, неверие в существование болезни, надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут сомневаться в компетентности врача.

Можно выделить две группы родителей:

А) одни ищут возможность получить консультации в других больницах или других специалистов в этой области, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями. Верят, что бесчисленные консультации, лечение или какой-то тип терапии решит проблему. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации.

Б) другие проявляют отказ от обследования ребёнка и проведения каких-либо лечебных или корректирующих мероприятий.

Обе группы родителей часто выбирают две крайности. Одни решают всю жизнь без остатка посвятить служению ребенку, кому-то свойственно постоянно перекладывать вину и ответственность на других – и для этого они преследуют и постоянно уличают в ошибках и невнимательности врачей, социальных работников, учителей, растёт напряжённость в отношениях с окружающими.

На данном этапе необходима работа по коррекции понимания родителями проблем их ребенка - преувеличение или, наоборот, отрицания наличия проблем. Педагог должен акцентировать внимание родителей на сильных сторонах, сохранных функциях, составляющих личностный ресурс ребенка, фокусировать родителей на рациональном восприятии проблем, формировать у родителей адекватные задачи воспитанию и обучению ребенка.

3 фаза - «Частичное осознание дефекта ребенка» возникает, когда у родителей появляется чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Родители принимают ребенка, его дефект заставляет их приспособливаться к особенностям ребенка и приспособить его к жизни и к своим требованиям. Часто бывает преобладание гиперопеки – как формы ухода за неприспособленным ребенком. На данной фазе устанавливаются отношения между учителями и родителями, они характеризуются средней степенью обратной связи и не всегда реализуется гармонично, несмотря на значительные усилия учителей. Родители начинают понимать, что они ответственны за ребенка, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода. Начинается поиск советов у специалистов. Родители надеются, что в образовательном учреждении их ребенку будет оказана именно та помощь, в которой он нуждается, в результате чего его положение может быть исправлено.

В этой фазе желательно формирование у родителей «педагогической компетентности» через расширение круга их дефектологических знаний и представлений, вовлечение в активное обсуждение затрагиваемых вопросов.

4 фаза - «Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи» наступает, когда родители смиряются с произошедшим, принимают ситуацию и начинают жить с учетом того, что в семье есть ребенок с ОВЗ. У родителей формируется установка на без оценок принятие ребенка. Они демонстрируют самые высокие качественные показатели по установлению оптимальных взаимоотношений с ребенком (модель «сотрудничество»). Совместный отдых всей семьей, проведение досуга вместе с друзьями ребенка, в театре, на выставке или в кино на виду у всех – это форма достижения полной свободы от предубеждений в отношении возможностей инвалидов, которые еще бытуют в сознании нашего обывателя. Родители часто помогают другим семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии. Родители в этот период устанавливают адекватные отношения со специалистами, наиболее способными к оказанию помощи детям.

На данном этапе работы с родителями будет уместным их включение в коррекционно-педагогический процесс и предоставление возможностей родителям поделиться собственным опытом.

Из вышесказанного можно сделать вывод: до четвертой фазы, несущей позитивный заряд в последующем развитии семьи, доходят далеко не все семьи детей с ОВЗ. Множество семей так и не достигают стабилизации. Этот процесс может быть очень болезненным.

Особенность восприятия родителями возникших у ребенка ограниченных возможностей играет большую роль в формировании его родительской позиции и проведении ребенку лечебно-реабилитационных мероприятий, что отражается на эффективности последних. Наиболее исполнительны, настойчивы и последовательны в исполнении врачебных назначений, невзирая на разницу мотиваций, которые лежат в основе их поведения, родители, которым

свойственна демонстративная, самообвинительная и адекватная родительская позиция, обусловленная аналогичным восприятием заболевания ребенка. Развитие у конкретных родителей той или иной из выделенных типов родительской позиции обусловлено комплексом обстоятельств и факторов, воздействующих на родителей на протяжении всей жизни (экономические возможности, уровень образования, семейные традиции, генетические, перенесенные заболевания, условия воспитания, и т.п.). Чем более благоприятно было сочетание данных факторов, чем гармоничней развивался человек, тем более адекватным будет восприятие им своего ребенка с ограниченными возможностями, более правильной будет позиция в отношении воспитания и лечения такого ребенка.

Психолого-педагогическая помощь семьям с детьми с ОВЗ должна быть направлена на повышение психолого-педагогической компетенции родителей в вопросах воспитания и развития детей. Работу целесообразно реализовывать в два этапа. Первый этап предполагает обогащение представлений родителей о специфике детско-родительских отношений, эмоциональных особенностях общения между родителем и ребенком. Второй этап своей целью имеет коррекцию нарушений в детско-родительских отношениях, эмоциональное сближение членов семьи, адекватное восприятие родителями ребенка.

Активизация деятельности родителей и развитие в их сознании потребностей в оказании помощи ребенку выступает как основной психо-коррекционный механизм, который способствует гармонизации его психики. В процессе реализации психолого-педагогических мероприятий знания родителей о психофизических особенностях ребенка постоянно расширяются, растет их педагогическая компетентность и воспитательный потенциал семьи в целом. Они также получают практические навыки, которые позволяют им методически верно общаться с ребенком.

Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение семьи, которая воспитывает ребенка с отклонением в развитии, должно реализовываться на каждом возрастном этапе (ребенок, подросток, молодой инвалид) на базе принципа всестороннего изучения и удовлетворения потребностей семьи, принципа гуманного и чуткого отношения к членам семьи ребенка, психологического доверия, конфиденциальности.