



Характеристика ресурсного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью

Лекция

План лекции

1. Ресурсный подход при оказании помощи семьям с детьми с ОВЗ.
2. Личностные характеристики родителей детей с отклонениями в развитии.
3. Факторы, фрустрирующие психику родителей «особенных» детей.
4. Модели семейного воспитания детей с ОВЗ и их влияние на развитие личности ребенка.
5. Воспитательный потенциал семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Ресурсный подход при оказании помощи семьям с детьми с ОВЗ

Ресурсный подход зародился в гуманистической психологии на Западе еще в 50—70-е гг. прошлого века и в настоящее время приобретает все большую популярность.

Стратегия ресурсного подхода сформировалась как альтернатива другой стратегии — **адаптивному подходу** — и отражает следующие идеи:

- важна ***не адаптация к внешней среде***, а опережающее создание, удержание и развитие *специфических ресурсов* как залога лидерства;
- ***не конкурентоспособность***, а создание уникальных организационных компетенций, управление качеством, системная интеграция;
- ***не повторение модели поведения других***, а развитие уникальности, неповторимости ресурсов.

Ресурсный подход при оказании помощи семьям с детьми с ОВЗ

Родители должны не адаптироваться к внешним неконтролируемым силам среды, не подгонять жизнь своей семьи под существующие в обществе стандарты, а создавать и **развивать у себя в семье конкурентные преимущества** на основе полученных знаний, сформированных отношений и установок. Тогда ресурсы превращаются в конкурентные преимущества.

Ресурсы это

- **внутренние и внешние** переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях;
- это эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и **поведенческие конструкторы**, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным / стрессовым трудовым и жизненным ситуациям;
- это **средства (инструменты)**, используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией.

Н.Е.Водопьянова

Виды ресурсов

1. Личностные (внутренние) ресурсы

(психологические, профессиональные, физические) представляют собой компетенции личности и опыт, модели конструктивного поведения, актуализированные способности, которые дают человеку возможность быть более адаптивным и стрессоустойчивым.

2. Средовые (внешние) ресурсы

отражают доступность личности помощи (эмоциональной, информационной, инструментальной) в социальной среде (со стороны друзей, сослуживцев, специалистов) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей, переживших стресс или находящихся в стрессогенных условиях .

Особенности личности МАТЕРИ «ОСОБОГО» ребенка

- **сензитивность** - повышенная эмоциональная чувствительность: всё близко принимать к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;
- **аффективность** - эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения, главным образом в сторону его снижения;
- **тревожность** - склонность к беспокойству;
- **противоречивость личности** - недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний, обусловленная трудно совместимым состоянием трёх предшествующих или последующих характеристик;
- **доминантность** — стремление играть значимую, ведущую роль в отношении с окружающими,
- **эгоцентричность** - фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости суждений;
- **гиперсоциальность** - повышенная принципиальность, утрированное чувство долга, трудность компромиссов.

особенности личности МАТЕРИ «ОСОБОГО» ребенка

- Негативное отношение со стороны ближайшего окружения травмирует личность матери ребенка, снижает ее самооценку, **формирует невротичные и психосоматичные черты** личности.
- В сознании матери снижается статус супруга как отца ребенка. Неприятие отцом нарушений ребенка часто становится причиной **отчуждения жены от мужа**.
- Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. **Посвящая свою жизнь ребенку**, она постепенно отдаляется от супруга, что также приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу

типы РОДИТЕЛЕЙ детей с нарушениями развития (В.В. Ткачева)

1. Авторитарный тип – свойственны активная жизненная позиция, стремление руководствоваться собственными представлениями даже вопреки советам специалистов, стойкое желание найти выход из создавшегося положения, импульсивность, агрессивность, эмоциональная холодность в отношениях с ребенком, частое использование жестких форм наказания.

Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка.

Авторитарные родители часто, не оценивая возможности ребенка реально, выдвигают к нему неадекватные требования.

типы РОДИТЕЛЕЙ детей с нарушениями развития (В.В. Ткачева)

2. Невротичный тип – характерны пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка, постоянная тревожность, слабость и инертность; предрасположенность к гиперопеке, либо, напротив, к эмоциональной отстраненности.

- В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты.
- Родителям недоступно понимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом их собственной родительской, педагогической несостоятельности.

типы РОДИТЕЛЕЙ детей с нарушениями развития (В.В. Ткачева)

3. Психосоматический тип – характерны частая смена полярных настроений, сочетание черт невротичного и авторитарного типов, склонность к доминированию. Родители повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри.

Канал отреагирования на проблему переведен во внутренний план переживаний, в то время как у первых двух типов родителей он проявляется во внешнем плане (у невротичных — слезы, истерики, у авторитарных — скандалы, агрессия, окрик). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ РЕБЕНКА С ОВЗ

Недуг ребенка вызывает психогенный стресс у его родителей, что провоцирует возникновение у них **психосоматических заболеваний**.

Ухудшение соматического здоровья матерей больных детей имеет следующие проявления:

- колебание артериального давления, бессонница,
- частые и сильные головные боли,
- частые простуды и аллергия;
- сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания;
- выраженное или тотальное поседение;
- проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом, гастриты;
- состояние депрессии и тоски;
- общая усталость, отсутствие сил (постоянная помощь ребенку при его перемещении по дому, еженедельная перевозка ребенка различными видами общественного транспорта из дома в школу и назад и т.д.)

ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ



ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

- Несостоятельность умственно отсталых детей заставляет матерей **опекать и контролировать** их, матери проявляют *жалость к детям*.
- **Неэмоциональный характер сотрудничества**, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком, неумение создавать ситуацию совместной деятельности.
- У матерей умственно отсталых детей часто проявляется **усталость, раздражение**, желание наказывать ребенка, игнорировать интересы ребенка в силу их примитивности;
- Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, **чувством вины, горя, стыда** и страдания.
- **Низкая социальная активность** родителей умственно отсталых детей по сравнению с родителями других категорий детей, проявляют стремление быть «в тени». Они избегают декларирования проблем ребенка, особенно связанных с его интеллектуальным дефектом.

ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА с ДЦП



ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА с ДЦП

Тяжелые переживания у родителей вызывают:

- двигательные расстройства ребенка: обезображенная фигура ребенка, гримасы, постоянная саливация, что привлекает постоянное внимание окружающих ;
- нарушения коммуникации с ребенком при дизартрических расстройствах, особенно при анартрии,
- проблемы в познавательной сфере

Преобладающим стилем воспитания - гиперопека .

Это приводит к психопатическому развитию личности ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга.

Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место **эмоциональное отвержение** больного ребенка, проявляющееся в **жестком обращении.**

ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ



ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тяжелые переживания у родителей детей с РАС вызывают:

- Нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающими с ними лично;
- Социально-бытовая неприспособленность, нарушение социальной адаптации;
- Отсутствия потребности у ребенка в адекватном контакте: прижаться, приласкаться к матери или отцу, посмотреть им в глаза, побеседовать;
- Повышенная ранимость и эмоциональная хрупкость ребенка: пугается резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет взаимодействие близких с ребенком и требует постоянного создания специальных условий для его жизнедеятельности.
- Особая недостаточность энергетического потенциала ребенка часто *превращает родителя в эмоционального донора.*

Среди семей, воспитывающих детей с РАС помимо гиперопеки встречается эмоциональное отвержение и жесткое обращение.

ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С ЗПР



ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С ЗПР

Дети с задержкой психического развития имеют более благоприятные прогнозы на будущее, чем дети других категорий. Возможная «обратимость» возникших нарушений при условии проведения соответствующих коррекционных мероприятий делает эту категорию детей одной из перспективных для сознания родителей.

Тяжелые переживания у родителей вызывают:

- выраженные и стойкие нарушения детского поведения: бессмысленное упрямство, немотивированная грубость, злобность и агрессивность, постоянное желание быть в центре внимания, ярко выраженный эгоизм.
- личностная незрелость;
- проблемы, связанные с усвоением учебного материала.

Патологическое развитие личности вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком.

При СДВГ высокая возбудимость и гиперактивность детей требуют от родителей повышенного внимания и напряжения. Особенности ребенка истощают психическое состояние родителя.

ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ



ФАКТОРЫ, ФРУСТРИРУЮЩИЕ ПСИХИКУ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Для родителей с нормальным слухом нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей.

В сознании не каждого слышащего и зрячего родителя формируется *потребность к усвоению специальных форм взаимодействия* (дактилологии и жестовой речи) с ребенком, имеющим бисенсорный дефект.

Это порождает возникновение коммуникативного барьера между ребенком и его родителями.

В результате у детей формируются инфантильные и эгоистические черты личности, наблюдается неповиновение взрослым или «эмоциональная» глухота к потребностям близких.

Модели семейного воспитания детей

с ОВЗ

тип воспитания ребенка с ОВЗ в семье формируется под влиянием психогенных реакций его родителей

1. Гиперопека. Родители стремятся сделать за ребенка все, даже то, что он может сам. Ребенка как бы помещают в тепличные условия, в связи с чем он не обучается преодолевать трудности, у него не формируются навыки самообслуживания и т.д. Жалея ребенка и стремясь ему помочь, родители сами ограничивают возможности его развития.

2. Противоречивое воспитание. Ребенок с отклонениями в развитии может вызывать у членов семьи разногласия в использовании воспитательных средств. Так, например, родители ребенка могут быть сторонниками жесткого воспитания. Одновременно бабушка и дедушка, живущие в семье, могут занимать более мягкую позицию и поэтому разрешать ребенку делать все, что ему захочется. При таком воспитании у ребенка не формируется адекватной оценки своих возможностей.

3. Воспитание по типу повышенной моральной ответственности ведет к постоянному перенапряжению у ребенка. Родители постоянно возлагают на ребенка такие обязанности и такую ответственность, с которой ребенку с отклонениями в развитии в силу имеющихся нарушений трудно справиться. У ребенка возникает повышенная утомляемость, отсутствие адекватной оценки своих возможностей.

Модели семейного воспитания детей с ОВЗ

4. Воспитание в «культе» болезни. Многие родители формируют в семье отношение к ребенку как к инвалиду. Ребенок относится к себе как к больному, в связи с чем у него формируется представление о себе как о слабом. Его внутренняя позиция всегда ближе к отказу от решения проблемы, чем к ее преодолению.

5. Модель «симбиоз» развивает у родителей полное растворение в проблемах ребенка. Чаще эта модель встречается у матерей, воспитывающих детей в неполных семьях. Такие матери создают для своих детей особую атмосферу внутри семьи - атмосферу абсолютной любви к ребенку. Такая материнская любовь искажает возможности личностного развития ребенка. В результате такого воспитания у ребенка формируется эгоистическая личность.

6. Гипоопека. Эта модель воспитания, когда родители практически не осуществляют уход за ребенком. Никто не следит за его режимом дня и соблюдением условий, обеспечивающих его развития.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОВЗ

- ✓ демографический - структура семьи;
- ✓ **социально-культурный** – образовательный и культурный уровень родителей;
- ✓ **социально-экономический** - имущественные характеристики и занятость родителей на работе;
- ✓ **техничко-гигиенический** - условий проживания, оборудованность жилища, особенности образа жизни ;
- ✓ **внутренние факторы**, связанные с психоэмоциональным состоянием родителей (стресс, чувство вины и стеснения);
- ✓ **внешние социально-нравственные факторы** (отношение общества и государства), социально-экономические.

Не все родители готовы активно включаться в процессы социальной интеграции

В отношении многих родителей необходимы длительные и систематические усилия для того, чтобы они смогли поверить в свои силы и занять активную субъектную позицию





**Помочь родителям
осознать
силу внутренних
ресурсов семьи**

- 1. Взаимоотношение членов семьи с «особенным» ребенком.**
- 2. Взаимоотношения взрослых членов семьи друг с другом.**
- 3. Личностные ресурсы родителей**
- 4. Открытость семьи для работы со специалистами.**



Помочь родителям оценить
собственные личностные
ресурсы

- 1. Уровень психолого-педагогических и дефектологических знаний**
- 2. Психическое и физическое здоровье, наличие тревожности**
- 3. Уровень самооценки**
- 4. Оптимизм, позитивное мышление**
- 5. Коммуникативные навыки**
- 6. Готовность к творческому самовыражению**
- 7. Умение восстанавливать ресурсы**



**Помочь родителям осознать
ценность
внешних ресурсов**

- 1. Ресурсы образовательной организации.**
- 2. Ресурсы государственных учреждений и служб.**
- 3. Информационные ресурсы.**
- 4. Социальные контакты, дружба.**
- 5. Ресурсы общественных объединений и родительских групп взаимопомощи.**

Значимые личностные ресурсы для родителя «особого» ребенка- стрессоустойчивость

- **интернальный локус контроль** (склонность приписывать результаты деятельности внутренним факторам: своим усилиям, собственным положительным и отрицательным качествам, наличию или отсутствию необходимых знаний, умений и навыков);
- **высокая мотивация достижения** (желание решить сложные задачи, достичь большого успеха и превзойти других);
- **наличие веры в собственные силы**, уверенность в себе;
- оптимизм, жизнерадостность;
- **эго-защитное поведение** (способность гасить нежелательные эмоции, способность защищать свои границы);
- **отсутствие иррациональных установок** (ошибочных утверждений «Я всем должна», «Я не должна плакать», «Мне никто не может помочь» и т.п.);
- способность развивать и сохранять свои ресурсы

Типы реакций которые наблюдаются у родителей при появлении в семье ребенка с ОВЗ.
(Р. Конечный, М. Боухал, 1982),

- 1.Отрицающий**, когда родителями отвергается мысль о наличии у ребенка нарушения развития, на состояние ребенка не обращается должного внимания. В этом случае возникает риск педагогической запущенности или воспитания ребенка по типу гипоопеки, так как объективные потребности ребенка, связанные с наличием у него того или иного нарушения, не учитываются должным образом и не удовлетворяются своевременно. При отрицающем типе реакции родителями могут предъявляться завышенные требования к достижениям ребенка, который ощущает и болезненно переживает свое несоответствие ожиданиям родителей.
- 2.Пренебрежительный тип реакции**, когда родителями недооценивается тяжесть состояния ребенка, также приводит к недостаточности и несвоевременности осуществления коррекционно-педагогического воздействия.
- 3.Нозофобный**, когда родители преувеличивают тяжесть состояния ребенка, стремятся его оградить от любой социальной активности. В этом случае часто возникает деформация семейного воспитания по типу гиперопеки, что приводит к дополнительной инфантилизации ребенка, ограничивает его активность в познании окружающего мира, сужает потенциальные возможности развития.
- 4.Ипохондрический тип** характеризуется тем, что родители глубоко погружаются в переживания болезненного состояния ребенка, культивируют соблюдение режима медицинских ограничений и лечебных назначений. Наблюдаемые при этом чрезмерная опека и отсутствие адекватного педагогического влияния приводят к инфантилизации и социальной беспомощности ребенка с ОВЗ.
- 5.Нозофильный тип** характеризуется тем, что родители испытывают определенную удовлетворенность состоянием ребенка (например, оправдывая этим собственную социальную или профессиональную неэффективность и др.). В этом случае также наблюдается деформация семейного воспитания по типу гиперопеки или кумира семьи, в сознании ребенка культивируются иждивенческие установки, формируется позиция социальной пассивности, инактивности в самостоятельном достижении высокого качества жизни и ее независимости
- 6.Утилитарный тип** как крайнее проявление нозофильной реакции. Причем мотивы ее могут быть различны (получение сочувствия, внимания, выход из неприятных ситуаций — трудности в установлении взаимоотношений с социумом, нелюбимая работа, получение материальных и других социальных выгод и т.п.). Следует подчеркнуть, что утилитарная реакция имеет разную степень осознанности.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

