Курсовая работа на тему:

«Психологическая готовность родителей к воспитанию детей инвалидов»

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Анализ психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов

1.1 Психологические особенности готовности родителей к воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья

1.2 Психологические особенности личности детей инвалидов

Глава 2.Последствия эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов

2.1 Особенности последствий эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов

2.2 Социально-психологические трудности семей, воспитывающих больного ребенка

2.3 Психологическая помощь родителям воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Выводы по главам

Заключение

Список литературы

## **Введение**

Проблема психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов, в данный период времени, приобретает очень актуальный характер. В нашей стране, да и в целом мире возросло количество детей имеющих какие-либо нарушения здоровья и психики, потому родители воспитывающие таких детей должны быть психологически готовы к различным трудностям, которые могут возникнуть при их воспитании. Данной проблемой занимался Амасьянц Роберт Акопович, активно участвующий в разрешении проблем непонимания родителями их важности в воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья.

Система складывающихся отношений родителей с ребенком является одним из существенных факторов в развитии индивидуально-личностных особенностей ребенка и его поведения. Нарушенные взаимоотношения между родителями и ребенком на разных стадиях его становления имеют негативные последствия для психического развития ребенка, формирования его личности и характера. Одним из возможных способов преодоления таких последствий является формирование психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов.

Объект исследования - психологическая готовность родителей к деятельности.

Предмет исследования - совокупность психологических качеств, способствующих эффективному процессу воспитания детей инвалидов.

Цель исследования: Обобщить основные факторы формирования психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов.

Задачи исследования:

.Изучить особенности психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов.

.Определить психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья.

.Охарактаризовать последствия эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов.

.Выявить социально-психологические трудности семей, воспитывающих больного ребенка.

.Определить особенности психологической помощи родителям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

## **Глава 1. Анализ психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов**

## **.1Психологические особенности готовности родителей к воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья.**

В соответствии с Законом СССР "Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", принятым Верховным Советом СССР 11 декабря 1990 г., инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите [7].

Инвалидность у детей Ханжин Е.В. определяет, как существенное ограничение жизнедеятельности, способствующее социальной дезадаптации. Инвалидность обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладением в будущем профессиональными навыками, что не позволяет ребенку быть интегрированным в общество [8].

Грачёв Л.К. подчёркивает, что инвалидность следует понимать не только как физическое состояние, но и как ограничение возможностей. В настоящее время все чаще стало использоваться понятие "человек с ограниченными возможностями" [2].

Психологическая готовностьодна из составляющих общей готовности к действию, определяемая психологическими факторами. В проблеме психологической готовности выделяют общую (заблаговременную, длительную) и ситуативную (временную) готовность. Первая представляет собой ранее приобретенные установки, знания, навыки, умения, мотивы деятельности. На основе ее возникает состояние психологической готовности к выполнению тех или иных текущих задач деятельности - ситуационная готовность. Она представляет собой актуализацию, приспособление всех сил, создание психологических возможностей для успешных действий в данный момент. Ситуационная готовность - это динамическое целостное состояние личности, внутренняя настроенность на определенное поведение, мобилизованность всех сил на активные и целесообразные действия. Будучи целостными образованиями, общая и ситуационная психологическая готовность включают следующие компоненты: а) мотивационные (потребность успешно выполнить поставленную задачу, интерес к деятельности, стремление добиться успеха и т. п.); б) познавательные (понимание обязанностей, задачи, оценка ее значимости, знание средств достижения цели); в) эмоциональные (чувство ответственности, уверенность в успехе, воодушевление); г) волевые (управление собой и мобилизация сил, сосредоточение на задаче, отвлечение от мешающих воздействий, преодоление сомнений, болезни). Психологическая готовность человека (особенно, к успешным действиям в аварийной ситуации) складывается из его личностных особенностей, уровня подготовленности, полноты информации, наличия времени и средств для ликвидации аварийной ситуации, наличия информации об эффективности принимаемых мер. Анализ поведения человека в аварийной ситуации показывает, что наиболее сильным раздражителем, приводящим к ошибочным действиям, является именно неполнота информации. Весьма важным средством для устранения этого явления может быть организация специальных подсказок оператору. Общим средством повышения психологической готовности является психологическая подготовка, предвидение хода протекания управляемого процесса [3].

Воспитание - целенаправленное формирование личности в целях подготовки её к участию в общественной и культурной жизни в соответствии с социокультурными нормативными моделями.

Психологическая готовность родителей к воспитанию детей инвалидов (англ. psychological readiness ) - система психологических характеристик субъекта, обеспечивающая успешное воспитание детей инвалидов.

Изучением проблем семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, занимались В. А. Вишневский, Г. А. Волкова, A.Н.Елизаров, Ы. Н. Заваденко, А. И. Захаров, И. Ю. Левченко, М.М.Либлинг, Н. В. Мазурова, И. И. Мамайчук, И. М. Марковская, Г.А.Мишина, Р. В. Овчарова, И. В. Саломатина, Л. И. Солнцева, Р.А.Амасьянц и другие.

Различные варианты типологии семейного воспитания предлагают: B.И. Гарбузов, Л. П. Саготовская, Е. Т. Соколова и др.; особенности отношений к ребенку в различные исторические эпохи рассматривают : В.Н.Дружинин, Л. де Моуз; структура детско-родительских взаимоотношений как результат теоретического анализа представлена в работах М. В. Быковой, М. Земска, А. В. Петровского и др., а как результат факторного анализа - в трудах А. Я. Варги, В. В. Столина и др.

Исследования последних десятилетий (Л. М. Мастюкова, А.Г.Московина, Е. А. Савина, А. И. Тащева, В. В. Ткачева, О. Б. Чарова, Л.М.Шипицына, В. В. Юстицкий и др.) значительно расширили представление о влиянии семьи на социально-эмоциональное развитие «особого» ребенка. Проблемы подготовки или формирования готовности родителей к тому или иному взаимодействию с детьми находят отражение в современных исследованиях О. С. Антоновича, Т. А. Егоровой, Л.А.Забродиной, И. А. Игнатовой, А. В. Марковой, А. Ю. Черняевой, Е.Г.Чигинцевой, Л. С. Яговкиной и др.

Психологическая защита - так называемый "контейнер" (психологическое образование) всегда закрыт от внедрения в сознание травмирующих впечатлений. В него заключены чрезвычайно негативные, весьма, разрушительные чувства: гнев, вина, страх, обида и т.д. Эти чувства энергетически заряжены очень сильно и имеют агрессивный контекст. Поэтому, существует необходимость оберегать свой "контейнер", чтобы он не открылся. Это очень утомительно и требует больших затрат (сверхбдительность). Такое состояние также меняет видение родителей, мешает контролировать свое поведение, отрывает от реальных событий, смещает акценты социальных ролей в семье, заводит семью в тупик. Это защитно-оборонительные модели поведения проявляется в двух формах: агрессивно - обвиняющем и пассивно - отрицательном. Родители детей с проблемами в развитии используют приемы замещения и отрицания, чтобы убедить себя и свою семью в собственной нормальности.

Чувство собственной успешности для любого человека является двигателем его развития. Почти 70% родителей маленьких детей склонны переоценивать их способности, а 25% - недооценивают. Только 5% родителей правильно оценивают возможности своих детей. Следовательно, большинство из них нуждаются в помощи специалистов.

Пока ребенок маленький мать может полностью симулировать нормальный круг деятельности. В это время есть лишь небольшое различие между ребенком с отклонениями в развитии и другими детьми. Когда дети становятся старше, различия становятся более выраженными. Все труднее поддерживать видимость нормальной жизни. Согласно теории семейного кризиса, основное внимание специалистов должно быть сфокусировано на дезинтеграции семейных отношений и связанных с этим последствий для членов семьи. Концепция стратегии нормализации семейной жизни акцентирует внимание на попытках сохранить подобие нормальности при взаимодействии семьи с обществом. Этот подход подразумевает, что оздоровительные программы должны быть направлены и на общество, чтобы изменить социальное отношение к таким семьям, что позволило бы родителям не прилагать огромных усилий, для "убеждения" себя и других, в том, что в их семье все идет нормально. Отношение окружающих людей имеет решающее значение для родителей ребенка с проблемами в борьбе с трудностями и разочарованиями при воспитании своих детей, и это является центральным звеном их адаптации.

Практика показывает, что к школьному возрасту, родители слабослышащих и глухих, слабовидящих и слепых детей, с нарушениями опорно-двигательного аппарата психологически подготовлены и сориентированы в выборе образовательного учреждения - это специальные (коррекционные) общеобразовательные школы I и II, III и IV ,V видов. Совсем иная позиция у родителей, дети которых имеют нарушения интеллектуальной сферы. До поступления в школу родители «вуалируют» и не придают значимости особенностям развития своих детей, в надежде перерастет, «натаскается». Родителей, пришедших на медико - психолого-педагогическую комиссию (МППК), ставят пред фактом имеющихся отклонений в интеллектуальной сфере ребенка. Это еще один стресс, обида, гнев и протест. Рекомендованное обучение в школе VIII вида не соответствует ожиданиям родителей, планам и желаниям. Оставшееся время до 1 сентября родители проводят в мучительных ожиданиях и раздумьях. Этот период тоже нужно пережить и принять разумное решение.

Если у вас что-то получается, вам хочется этим заниматься дальше и вы гордитесь своими результатами, а значит вы находитесь в ситуации успеха. Чувство собственной успешности для любого человека является - двигателем его развития. Чувство неудачи и ощущение того, что что-то не удается, отодвигает желание заниматься той деятельностью, которая терпит «фиаско». Только успех и положительные эмоции от выполненной работы, преодоление посильных трудностей с приемлемой долей сложности повышают мотивацию, стимулирует к дальнейшей работе. Особенности восприятия, умения анализировать и обобщать, быстрый темп, особенности процессов памяти и внимания вашего ребенка не позволяют усваивать программный материал в полном объеме, который предлагает программа средней общеобразовательной школы, на выборе которой вы остановитесь. Вы подвергаете ребенка серьезным испытаниям. Новые условия адаптации к школьной жизни слишком сложны и некомфортны для него. Все чаще и чаще он будет переживать неуспех, чувствовать непреодолимую преграду на пути освоения учебных действий, все глубже и глубже погружаться в ситуацию дискомфорта. В результате чего сформируется комплекс «неудачника», заниженная самооценка. Путешествие, в которое вы отправили своего ребенка неувлекательно и неинтересно. Педагог говорит на непонятном для него языке, и лишь путает и заводит в тупик. Ребенок находится вне зоны своего развития. Реализовывать себя он не может. Его мозг функционально не готов воспринимать эту информацию. Нежелание учиться, агрессия, ухудшение общего состояния здоровья - вот итог проб и ошибок. В сфере психологии существуют такие качества, без которых успех невозможен. И одно из них, несомненно, - уверенность в себе.

В настоящий момент интерес к проблеме помощи детям с умеренным и тяжелым нарушением интеллекта значительно возрос. Разрабатываются новые формы работы с ними, выявляются их потенциальные возможности к интеграции в обществе. Об этом свидетельствует Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся и воспитанников с отклонениями в развитии и инструктивное письмо Министерства образования РФ (№3 от 26.12.2000), согласно которым в коррекционных учреждениях VIII вида должны создаваться и функционировать классы для этой категории детей. Кроме того, в последние годы в большинстве регионов РФ открыты реабилитационные центры для детей с умеренно и тяжело выраженной интеллектуальной недостаточностью. Но таких центров катастрофически не хватает, и это еще один барьер, который предстоит преодолеть родителям и их детям по окончании школы.

Все еще большинство родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии, не придают особого значения тому, что система коррекционно-развивающего обучения имеет для них ряд преимуществ, перед традиционной системой среднего общеобразовательного обучения. Это подтверждает анализ случаев обращений родителей в психологическую службу и свидетельствует о том, что единая система оказания помощи родителям на ранних этапах развития ребенка, и дальнейшее сопровождение специалистами различных областей реализуется недостаточно согласованно. Анализируя запросы родителей, в рамках консультационной деятельности выявлено следующее:

Из 30 обращений:

Нарушение детско-родительских отношений - 6 случаев Агрессивное поведение - 2 сл. Завышен уровень притязаний - 2 сл. Дезадаптация - 7 сл. Страхи - 2 сл. Конфликт «родитель-врач» - 2 сл. Конфликт « ученик-ученик» - 4 сл. Диагностика - 2 сл. Стресс -2 сл.

Рейтинг запросов распределился следующим образом:

Дезадаптация школьников.

Нарушение детско-родительских отношений.

Конфликт в системе «Ученик-Ученик».

Диагностика, агрессивное поведение, высокий уровень притязаний родителей, страхи, стресс.

Причины обращений по дезадаптации следующего содержания:

приход в школу детей, прошедших неверный путь подготовки - «натаскивание», нет опыта общения в коллективе;

непринятие ситуации и несогласие с рекомендованным типом образовательного учреждения (школа VIII вида);

тяжелая психологическая обстановка в семье (высокий уровень тревожности, незнание особенностей структуры дефекта ребенка, пугает будущее).

Характер содержания последующих запросов:

не справляются с детьми, не находят приемов и методов воздействия;

нет доверительных отношений;

неосведомленность в вопросах сексуального воспитания и развития детей;

отказ от выполнения требований учителя;

неожиданные приступы гнева; .

боязнь темноты, повторения неприятной ситуации, передвижения на транспорте;

развод, болезнь близких;

нежелание обучаться в коррекционной школе VIII вида (влияние общественного мнения, несогласие с назначениями и диагнозом врача).

Рассмотренные психологические особенности семей с «особым» ребенком ориентируют специалистов на изучение своеобразия внутрисемейных отношений, а также на развитие компетентности в установлении контакта и психологического сопровождения, как ребенка, так и родителей на ранних этапах развития.

Полученные данные дают возможность подойти к вопросу профилактики дезадаптации школьников с научной точки зрения, и разработать программу психолого-педагогического сопровождения для всех участников этого процесса, учесть особенности психологического статуса семьи, усовершенствовать систему мер по оказанию психологической помощи семьям, способствующей гармонизации внутрисемейных отношений. Главной целью в этой работе является изменение самосознания родителей, а именно формирование у них позитивного восприятия личности ребенка с нарушениями развития. Такая позиция позволит обрести новый смысл, стать родителям активными участниками и следовать за естественным природосообразным развитием своего ребенка [4].

Таким образом, изучение особенностей психики родителей детей инвалидов, может помочь определить основные качества, которыми должны обладать родители, для наиболее успешного воспитания своих детей.

Важнейшая социальная функция семьи воспитание подрастающего поколения. Главными задачами семьи являются формирование первой социальной потребности ребенка - потребности в социальном контакте (М.И. Лисина) базового доверия к миру (Э. Эриксон) и привязанности (Д.Боулби, М. Эйнсворт).

Психологическая работа с родителями - довольно сложное направление. Часто родители не сомневаются в своей компетентности, обвиняя в случае возникновения затруднений в детско-родительских отношениях школу и общество, им сложно признать ошибочность своих мыслей, чувств, действий. На фоне этого внутри семьи неравномерно распределяется воспитательная активность между отцом и матерью. В большинстве случаев воспитанием, эмоциональным общением с детьми занимается мать, а отец делает это по настроению. В итоге в семье не наблюдается системности воздействий, а родители редко выступают для ребенка единым целым.

В процессе воспитания особое значение приобретает родительская позиция, включающая такие компоненты, как особенности эмоционального отношения к ребенку; мотивы, ценности и роли родительства; стиль взаимодействия с ребенком; способы разрешения проблемных ситуаций; социальный контроль и тип семейного воспитания (А.Я. Варга, А.С.Спиваковская, О.А. Карабанова).

А.С. Спиваковская подчеркивает, что «любовь к ребенку формируется в процессе всей жизни и деятельности человека. Родителям необходимо всю жизнь учиться любить своих детей, учиться проявлять свою любовь наиболее полезным для ребенка образом. Любовь к ребенку созидает не только личность маленького человечка, она способна преобразовать и совершенствовать взрослых, обогащать их духовный мир».

Глубокий постоянный психологический контакт с ребенком - это, то универсальное требование к воспитанию, которое в одинаковой степени может быть рекомендовано всем родителям. Ощущение и переживание контакта с родителями, как психологического, так и телесного, дают возможность почувствовать и осознать родительскую любовь, привязанность и заботу.

Таким образом, семья может являться как мощным фактором развития и эмоционально-психологической поддержки личности, так и источником психической травмы и связанными с ней разнообразными трудностями поведения и развития. Психологи утверждают, что трудные, непослушные, непоседливые, агрессивные, несчастные дети - всегда результат неправильно сложившихся отношений в семье.

Целью детско-родительской терапии, т.е. коррекционной работы психолога с детско-родительской парой, является изменение отношений между родителем и ребенком в сторону большей адекватности, увеличения удовлетворенности от процесса взаимодействия.

Основными задачами этой работы являются: увеличение взаимной открытости; развитие способности сотрудничать с детьми; овладение конструктивными способами взаимодействия; улучшение понимания взрослыми собственного ребенка; формирование уверенности родителей в своих возможностях; совершенствование умений родителей работать вместе с детьми в одной команде; усиление чувства тепла и доверия к детям.

Работа в группе, подчинение взрослых и детей единым правилам игры дают возможность ребенку почувствовать свою значимость, а родителю - сойти с позиции всегда правильного и недосягаемого, побыть в роли ребенка.

Из практики известно, что родители часто, как это ни парадоксально, плохо знают своих детей. Работая в группе, ребенок и родитель видят себя во взаимодействии с другими, в зеркале отношений, поступков и действий других. Тем самым они приобретают важную способность видеть и оценивать себя, смотря на себя глазами других.

В процессе работы ребенок начинает воспринимать родителей по-новому, как союзников, потому что играющий с ним родитель все время старается понять его чувства, поступки, экспрессию и точку зрения. Такое поведение облегчает ребенку принятие собственного «Я» и усиливает его веру в установившиеся отношения. Он получает возможность наиболее полно выразить свои творческие способности и одновременно испытать чувство ответственности.

Участвуя в играх, родители наблюдают за ребенком, видят те особенности, которые в обыденной жизни часто ускользают от их внимания. Они по-другому начинают воспринимать и ощущать неудачи и радости, учатся сотрудничать с ребенком и вместе что-то создавать - пока в игре, а впоследствии в деле. Планируя вместе игры, родители и дети учатся способам решения задач, которые в дальнейшем облегчают взаимодействие внутри семьи. В процессе общения они помогают друг другу взять на себя ответственность за построение межличностных отношений.

Перечислим основные методы работы психолога в рамках детско-родительской группы.

Метод совместных действий, основанный на выполнении детьми и родителями общего задания, например, в ходе игры «Архитектор». Архитекторы должны руководить строительством задуманного сооружения, а строители с завязанными глазами следуют указаниям архитекторов. Такая совместная деятельность демонстрирует настоящую помощь и поддержку. При этом родитель и ребенок должны побывать в разных ролях.

Если ребенок предпочитает роль исполнителя, в то время как родитель принимает на себя руководство, то воспроизводится ситуация, которая традиционно складывается в семейной жизни, поскольку родишь как раз и оказывается в роли руководителя, определяющего содержание действий ребенка, в то время как последний принимает его слова к действию.

Ребенок так же, как это бывает в семье, должен слушаться родителей, и от того, насколько это у него получается, зависят успешность взаимодействия. Родитель, как правило, использует традиционную для себя тактику и конкретные приемы руководства поведением ребенка. Появляется прекрасная возможность проанализировать способы взаимодействия этой пары. воспитание инвалид эмоциональный коррекционный

Достаточно информативным является и противоположный вариант распределения обязанностей, когда роль ведущего предлагается ребенку. Так как у него еще нет соответствующего опыта, то ему приходится копировать поведение родителей, что также позволит сделать выводы относительно особенностей их руководства.

Усвоение трех основных умений по Т. Гордону: а) активно слушать, т.е. уметь слышать, что ребенок хочет сказать родителям; б) уметь выражать собственные чувства и слова, доступные для понимания ребенка; в) уметь договариваться с ребенком так, чтобы результатами разговора были довольны оба участника.

Программа Т. Гордона ориентирована на использование эффективных коммуникативных стратегий, что ведет к установлению взаимоприемлемого стиля межличностного взаимодействия. Организация процесса коммуникации строится с использованием двух основных методов беседы с ребенком по спорным вопросам: 1) если проблемы возникают у взрослого (он чем-то недоволен, раздражен), то используется метод Я - сообщения; 2) если ребенок испытывает какие - либо проблемы (обижен, раздражен и т.д.), то применяется метод активного слушания.

Метод конгруэнтной коммуникации в системе отношений взаимодействия ребенок - взрослый: любой акт коммуникации должен быть направлен на укрепление степени самопринятия ребенка, поддержание позитивного образа «Я». Коммуникация должна строиться как безоценочная (необходимо избегать прямых оценок личности и характера ребенка, ставить диагноз, навешивать ярлыки, делать негативные прогнозы на будущее ребенка). Взрослые учатся отражать эмоциональные компоненты активности и деятельности ребенка и становятся инициаторами сотрудничества с ним в разрешении проблемных ситуаций.

Игровая коррекция детско-родителъекого общения - это система специальных занятий, игр, упражнений, направленная на снижение трудностей и нарушений, возникающих у родителей в общении с детьми, формирование и развитие конструктивного общения в диаде родители - дети. В игровой ситуации дети могут побыть на месте родителей и наоборот. Это позволяет им лучше понять друг друга, научиться общаться на одном языке. Открытое выражение чувств и потребностей, возможность побыть на месте друг друга укрепляют доверие в семье.

Участие родителей в игровой коррекции - это осознание плюсов и минусов своего привычного способа взаимодействия с ребенком; обращение к своему детскому опыту; отработка разных способов разрешения конфликтных ситуаций; осознание своих потребностей; получение социальной поддержки в родительской группе.

Дети, пробуя в игротерапии разные модели поведения и получая обратную связь, формируют поведение, адекватное социальной ситуации, разбираются в своих чувствах, осознают свои потребности и начинают говорить о них открыто, без истерик, манипуляций и других косвенных сигналов, чувствуют себя увереннее в ситуации общения со сверстниками.

Методика работы психолога с детско-родительской группой средствами игровой терапии включает подготовку детей и родителей к игре, инструктаж, объяснение и демонстрацию способов выполнения игрового задания, проверку правильности выполнения задания каждым из участников, анализ и рефлексию игры.

Метод обучающего эксперимента позволяет родителям поупражняться в выполнении задания психолога: «Научить ребенка какому-то действию, игре».

Несколько занятий посвящаются отработке способов установления контакта родителя с ребенком. С этой целью используются разные приемы.

Открытый естественный взгляд в глаза ребенку (контакт глаз). Этот способ важен не только для установления контакта, но и для удовлетворения эмоциональных потребностей ребенка. В силах родителей дарить безусловную любовь наиболее эффективно: просто смотря любящим и нежным взглядом прямо в глаза ребенка. Часто родители не делают этого, а потом дети, рисуя свою семью, изображают взрослых на больших каблуках, с длинными ногами, с глазами-точками, что в психологии интерпретируется как недостаточность контакта.

Физический контакт между взрослым и ребенком. Казалось бы, что может быть проще, чем выразить свою любовь к ребенку ласковым прикосновением? Тем не менее исследования показывают, что многие родители прикасаются к своим детям только по необходимости, а надо просто так, по доброй воле, без всякого повода ласково прикоснуться к руке ребенка, обнять его за плечи, погладить по голове, потрепать по волосам, шутливо потолкать. Многие современные дети, особенно тревожные, не умеют открыто смотреть в глаза, при прикосновении к ним они вздрагивают и убирают чужую руку. Если не использовать эти приемы, то между родителем и ребенком будет большая психологическая дистанция, а если использовать их, то ребенок будет чувствовать себя уверенно, спокойно и с самим собой, и с родителями.

Пристальное внимание. Общаясь с ребенком, необходимо сосредоточить внимание только на нем, не отвлекаясь ни на какие мелочи, так чтобы ребенок ни на мгновение не сомневался в безусловной любви. Он будет чувствовать себя значимым, уверенным в том, что он - самый важный человек в мире для родителей. Уделение внимания ребенку родителями - жизненно важная и насущная потребность каждого. От этого зависит, как он будет себя оценивать, как будет смотреть на себя. Ребенку нужно не так уж много - иногда несколько ежедневных минут внимания могут творить чудеса [5].

Таким образом делаем вывод, что родитель должен быть внимательным к своему ребенку и не скупиться на чувства, стремиться к увеличению взаимной открытости, развивать способность сотрудничать с детьми, овладевать конструктивными способами взаимодействия, стараться улучшить понимание собственного ребенка, формировать уверенность в своих возможностях, совершенствовать умение работать вместе с детьми в одной команде, усилить чувства тепла и доверия к детям.

## **1.2 Психологические особенности личности детей инвалидов**

Суть личностной проблемы ребенка-инвалида заключается в его изолированности от общества, в котором ему предстоит жить и расти.

С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оценивают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у детей-инвалидов формируются замкнутость, избегание широкого круга общения, замыкание «в четырех стенах», маскированная (скрытая) депрессия. Скрытая депрессия (сниженный фон настроения, негативная оценка себя, собственных перспектив и других людей, часто замедленный темп мышления, скованность и пассивность) в сочетании с заниженной самооценкой и отсутствием благоприятного прогноза на будущее достаточно часто приводит к появлению мыслей суицидального характера. Часто формируется комплекс неполноценности.

По мере взросления дети с ограниченными возможностями начинают осознавать, что уровень их жизненных возможностей по сравнению с «обычными» детьми снижен. При этом у них формируется сниженная самооценка, что в свою очередь приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. Следствием этих процессов становится социальная пассивность и сужение активного жизненного пространства.

Рано или поздно особые дети начинают осознавать глобальность своей зависимости от здоровых членов общества. Пенсия, льготы и многое другое - все это они получают за счет здоровых людей. Осознание глобальности зависимости и привыкание к зависимости способствует формированию иждивенчества. Типичными тенденциями становятся отказ от самостоятельности и перенос ответственности за свою судьбу на ближайшее окружение. Фактически, к дефекту развития «особых» детей присоединяется дефект воспитания.

Наиболее тяжело переживают инвалидность лица, внезапно потерявшие слух, зрение и воспринимающие ее как крах всей оставшейся жизни. Дальнейшее характерологическое развитие личности может происходить с поэтапной сменой неврозов, пограничных состояний, психозов. Это особенно выражено у детей-инвалидов с неправильным воспитанием и выявляется при описании ими модели своего будущего.

Исследования модели будущего детей-инвалидов показали, что она изменена по сравнению с моделью будущего здоровых детей. В 14-15 лет 36% особых детей мечтают об улучшении здоровья и все 100% - о получении конкретной профессии. Но, в 15-16 лет представление о будущем сужено - жизнь планируется на 5 лет и только в отношении работы. Эмоциональная окраска будущего отрицательная. Дети не уверены в своих шансах. Мечтают быть артистом, врачом, балериной, юристом, но понимают, что в лучшем случае будут переводчиком, машинисткой, швеей. Модель будущего бедна, ограничена в содержании и временной характеристике, в эмоциональном плане она отрицательна. В структуре модели будущего появляются противоречивые моменты. С одной стороны, желаемое будущее компенсирует ограничение реальных возможностей, имеет положительную окраску и отражает защитный механизм от возможных неудач. С другой стороны, низкий уровень удовлетворенности собой порождает внутриличностный конфликт с последующим формированием различных неврозов, серьезно осложняющих межличностные взаимоотношения.

В каждой семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности, существуют свои особенности, свой психологический климат, который так или иначе воздействует на ребенка, либо способствует его реабилитации, либо, наоборот, тормозит ее.

Такой фактор, как включенность отца в воспитание ребенка-инвалида, значительно влияет на его психологическое самочувствие. Вследствие отсутствия включенности отца в воспитание, а также в силу других причин, дети-инвалиды часто испытывают дискомфорт в семейных отношениях. Естественно, это всегда негативно. Ребенок-инвалид в таких семьях испытывает двойную нагрузку: неприятие обществом и подверженность феномену отчуждения в собственной семье.

Дети с нарушением слуха

Психическое развитие детей с нарушением слуха - это особый тип развития, происходящего в специфических условиях взаимодействия с окружающим миром. Первичное нарушение слухового восприятия ведет к недоразвитию наиболее тесно связанных с ним функций - речи, а также к замедленному развитию памяти, мышления, других познавательных, а также волевых и эмоциональных психических процессов. Все это тормозит развитие детей с нарушением слуха. Объем внешних воздействий на ребенка сужен, взаимодействие со средой обеднено. Вследствие этого психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными. Наблюдается несоразмерность в развитии наглядных и понятийных форм мышления. У детей с нарушением слуха отмечается замедление психического развития через некоторое время после рождения или после потери слуха и ускорение развития в последующие периоды при адекватных условиях обучения и воспитания. В раннем детстве, дошкольном, младшем школьном возрасте особое внимание следует уделять развитию речи, движений. Трудности в развитии двигательной сферы в основном компенсируются к подростковому возрасту, но некоторые особенности сохраняются и далее - замедленный темп выполнения движений и овладения двигательными навыками, трудности в сохранении равновесия, особенности мимики. В подростковом возрасте, опираясь на уровень развития словесной речи, следует развивать словесную память, абстрактно-понятийное мышление, воображение. В юношеском возрасте следует уделять внимание развитию личности и самосознания, как факторов, влияющих на социально-трудовую адаптацию.

Дети с нарушением зрения

Влияние глубоких нарушений зрения на процесс развития связано с появлением отклонений во всех видах познавательной деятельности, сказывается на формировании личностной и эмоционально-волевой сферы. Снижается общее количество получаемой извне информации, изменяется ее качество. Ограничиваются возможности формирования образов воображения, памяти. Происходят качественные изменения взаимодействия анализаторов, возникают особенности в ориентации и мобильности в пространстве. Происходят изменения в физическом развитии - нарушается точность движений, их интенсивность, становится специфической походка. Формирование и развитие психической системы у детей с нарушениями зрения непосредственно связано с коррекционной работой, с формированием компенсаторных возможностей. Наличие зрительного дефекта вызывает состояние тревожности, неуверенности в своих силах и возможностях. Смена обстановки, привычных условий деятельности может вызвать у детей с нарушениями зрения стрессовое состояние. Этим детям свойственна меньшая познавательная активность, поэтому развитие общения, речи этих детей играют особую роль и свидетельствуют о степени его социального развития. Зависимость от взрослых и товарищей, боязнь новых условий и перемен, - вот то, что формируется при отсутствии внимания к социализации детей с нарушениями зрения.

Дети с задержкой психического развития (ЗПР)

Задержка психического развития характеризует отставание в развитии психической деятельности ребенка в целом. Причинами выраженной задержки психического развития детей являются минимальные органические повреждения или функциональная недостаточность центральной нервной системы, возникшие в результате воздействия патогенетических факторов во внутриутробном периоде, во время родов, в первые годы жизни ребенка, длительные хронические заболевания, перенесенные в раннем детстве, а также длительная социально-культурная депривация (пребывание с момента рождения в условиях неблагоприятной семьи, дома ребенка) и влияние стрессовых психотравмирующих факторов. Стойкие формы ЗПР, как правило, связаны с мозаичными органическими повреждениями центральной нервной системы. Этим они отличаются от умственной отсталости, которая характеризуется тотальным недоразвитием мозговых структур.

Категория детей с ЗПР по степени выраженности отставания в развитии и индивидуальным проявлениям очень неоднородна. Общим для всех детей с ЗПР является отставание во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста. Это выражается в замедленной по сравнению с нормой скорости приема и переработки сенсорной информации, недостаточной сформированности умственных операций и действий, низкой познавательной активности и слабости познавательных интересов, ограниченности, отрывочности знаний и представлений об окружающем. Недостатки в развитии эмоционально-волевой сферы проявляются в эмоциональной неустойчивости и возбудимости, несформированности произвольной регуляции поведения, слабости учебной мотивации и преобладании игровой. Характерны недостатки моторики, в особенности мелкой, затруднения в координации движений, проявления гиперактивности. Существенной особенностью детей с ЗПР является неравномерность, мозаичность проявлений недостаточности развития.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП)

Детский церебральный паралич (ДЦП) - тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в разнообразных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте, которое сопровождается патологией мышц (параличами). ДЦП обусловливает поражение двигательных зон и проводящих путей головного мозга, что сопровождается двигательными расстройствами. Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в нарушении мышечного тонуса, наличии насильственных движений, несформированности актов равновесия и координации, недостатках мелкой моторики. Это разностороннее заболевание может иметь различную степень выраженности. По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированности двигательных навыков дети разделяются на детей с тяжелыми нарушениями; детей, имеющих среднюю степень выраженности двигательных нарушений; детей имеющих легкие двигательные нарушения. Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интеллектуального развития. Это обусловлено как поражением головного мозга, так и двигательной и социальной депривацией, возникающей в результате ограничения двигательной активности и социальных контактов. Задержка психического развития проявляется в отставании формирования мыслительных операций, задержке и неравномерности развития отдельных психических функций. У многих детей имеются нарушения восприятия, формирования пространственных и временных представлений, схемы тела. Практически у всех детей отмечаются астенические проявления: пониженная работоспособность, истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объем памяти. При ДЦП, как правило, двигательные расстройства сочетаются с речевыми нарушениями. Выраженность речевых нарушений различна - от легких стертых форм до совершенно неразборчивой речи. Не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций. Тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических функций. Большинство детей имеют значительные потенциальные возможности развития психики, однако физические недостатки (нарушение двигательных функций, слуха, зрения), нередко множественные, речедвигательные трудности, астенические проявления и ограниченный запас знаний вследствие социально-культурной депривации маскируют эти возможности. Для таких детей характерны особенности в формировании личности: пониженный фон настроения, тенденция к ограничению социальных контактов, заниженная самооценка, уход в болезнь, ипохондрические черты характера, снижение познавательной активности. Это связано с ранним осознанием физического дефекта и переживанием своей неполноценности, а также с неправильным воспитанием - гиперопекой, ограничением активности и самостоятельности.

Таким образом, родители детей инвалидов должны обладать очень разнообразными качествами, такими как: внимательность, поддержка, понимание, сочувствие, и многими другими не маловажными качествами. Зачастую родителям так же сложно принять тот факт, что их ребенок инвалид, у него ограничены возможности, он не сможет воплотить большинство желаний своих родителей, потому важно не только помогать детям, но и родителям. Так же если родители должным образом будут помогать своим детям, то они не будут чувствовать себя ненужными или «особыми», отличающимися от других детей.

## **Глава 2.Последствия эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов**

## **2.1 Особенности последствий эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов**

Проблема изучения проявлений эмоциональных расстройств у родителей детей, имеющих отклонения в развитии, впервые возникла и стала обсуждаться в профессиональных кругах в XX в. Одним из первых упоминает о травмирующем воздействии душевнобольного на семью Э. Крепелин «...большинство из них живут десятки лет в состоянии слабоумия и полной беспомощности и составляют для семьи и для общества тяжелое, с каждым годом возрастающее бремя».

Первые исследования, освещающие этот аспект проблемы, появились за рубежом, и к настоящему моменту их насчитывается более двухсот. Возглавляет это список работа М. Stone «Parental attitudes to retardation» (букв.: М. Стоун «Родительское отношение к проблемам отставания у детей»), появившаяся в 1948 г. В ней впервые были описаны примеры неадекватного родительского поведения, возникшие в связи с нарушениями развития ребенка.

Описывая проблемы, возникшие в таких семьях, авторы обращают внимание на различные особенности влияния ребенка с психофизическими нарушениями на жизнь семьи. Они характеризуют это воздействие как физический, финансовый и эмоциональный стресс (К.S. Illingworth, F. Stang). Некоторые авторы предлагают ввести понятие реабилитации в отношении этих семей, целью которой является обеспечение их эмоциональной стабильности и освобождение от психического стресса.

Большинство зарубежных авторов описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей умственно отсталых детей (D. Goldberg, O.J. Leeson, B.M. Caldwell, S.B. Guze, H.Molony, J.H.Walker). Среди рассматриваемых проблем у исследователей вызывает интерес степень выраженности и длительности эмоционального стресса у родителей и других близких. Некоторые авторы обращают внимание на смягчение эмоциональных расстройств в среднем спустя лишь десять лет после рождения умственно отсталого ребенка (J. R. Thurston). Отмечается также тенденция к социальной изолированности и отчужденности таких семей.

В некоторых публикациях рассматриваются сложные проблемы, возникающие в семье в связи с рождением ребенка с психофизическими нарушениями: планирование последующей беременности, взаимоотношения с сестрами и братьями, стабильность семьи, изменившийся социальный статус родителей (F.J. Schonell, B.H. Watts).

Особое место в публикациях занимает проблема выявления форм и этапов адаптации к стрессу семьи, воспитывающей аномального ребенка. Эта проблема вызывает острые дискуссии в зарубежной литературе.

Детальное рассмотрение переживаний родителей как процесса адаптации к новой жизненной ситуации приводится в монографии Э.Шухардт (1979). Автор предлагает свою периодизацию кризисных состояний эмоциональной сферы родителей:

) Неизвестность, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока ощущение того, что рушится привычная «нормальная» жизнь.

) Известность, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональном уровне и ее отрицанием на уровне эмоций и чувств.

) Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

) Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Выделяются две основные стратегии такого поведения: поиск медицинского «светила» - экстрасенса, врача-волшебника - или поиск чудесного исцеления путем прямого обращения к Богу.

) Депрессия. Переживание чувств безысходности, апатии и отчаяния в связи с безуспешностью усилий, предпринятых на предыдущем этапе.

) Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

) Активизация. Высвобождение сил, вследствие принятия факта нарушения развития ребенка, которые раньше уходили на борьбу и отрицание, и активное построение и осуществление жизненных планов.

) Солидарность. Объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности [6].

Таким образом, процесс реабилитации родителей после эмоционального стресса является так же одним из самых важных аспектов формирования психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов, так как если не будет эмоциональной стабильности и освобождения от психических стрессов, психологическая готовность будет отсутствовать.

## **2.2 Социально-психологические трудности семей, воспитывающих больного ребенка**

Семья для ребёнка - это наиболее мягкая среда, благоприятные условия для роста и развития. И хотя в жизни всех семей можно найти что-то общее, родители нетипичных детей переживают особенные события, подчас неожиданные, долговременные, вызывающие сильные стрессы. Более того, наличие ребёнка с нарушениями развития или хроническим заболеванием может, вкупе с другими факторами, существенно изменить жизнь семьи» сократить возможность для заработка, контактов с друзьями, отдыха. Каждая семья - это система отношений со своими собственными правилами, запросами, интересами.

В группу репродуктивных мотивов родителей входят такие категории, как «дети - источник радости, новизны, забава», «мотив продления себя в детях, смысла жизни», «родительство повышает чувство ответственности», «вырастая, дети могут достигать большего в жизни, чем родители», «экономическая полезность детей», «дети повышают престиж», но ребенок с тяжёлым хроническим заболеванием не может соответствовать этим родительским ожиданиям. Связанные с болезнью ребёнка стресс, тревога и страх могут быть такими сильными, что родители чувствуют себя совершенно беспомощными. У них может возникнуть страх возникновения новых проблем или возврата старых проблем, вопросы, связанные с новым лечением имели вероятностью неудачи проводящегося лечения и ухудшения состояния ребёнка. Для родителей ребенка приспособление к его болезни может включать дополнительные обязанности по уходу за ним, такие, как соблюдение диеты, контроль за приёмом лекарств, проведение физиотерапевтических процедур или гимнастики в домашних условиях и т.д. кроме того, могут быть многочисленные встречи с медицинскими работниками, педагогами, социальными работниками. Все это отнимает много времени, которое обычно тратилось родителями друг на друга, на других детей, на работу или же на отдых. Кому-то из родителей приходится уволиться с работы, и тогда другому нужно зарабатывать ещё сверхурочно для решения возникших финансовых проблем. Наконец, многие семьи испытывают страх смерти ребёнка. В результате родители тяжелобольных детей нередко страдают от тревожно-фобических расстройств, навязчивостей, депрессивных состояний, нередко с идеями самообвинения.

Нарушения психологической адаптации семьи больного ребёнка можно рассматривать в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложнённых так называемым дамокловым синдромом\* (синдром дамоклова меча Koocher, O'Malley): источник стресса временно устранён, но не исчез, так как сохраняется вероятность рецидива. При этом сами родители оценивают своё психологическое состояние как ухудшающееся, в то время как опасения за здоровье и жизнь ребёнка отходят на второй план. В иных семьях одни и те же события могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни детей. Примером может быть семья ребёнка с хроническим заболеванием, которое постоянно держит всех домочадцев в состоянии напряжения. Некоторые дети медленно достигают определённых возрастных этапов, а иногда и вовсе не «проходят» . В критический период развития ребёнка родители вновь и вновь переживают чувства беспокойства, разочарования и неуверенности. Вследствие природы и степени тяжести детского заболевания и особенностей семейного восприятия ситуации, семьи детей-инвалидов должны быть готовы к переживанию таких стадий развития, которые могут быть уникальны для конкретных случаев. Структура и функции каждой семьи видоизменяются стечением времени. Жизненный - цикл семьи включает фазы, или стадии, развития, в каждой из которых жизненный стиль семьи относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определённые задачи индивидуального развития сообразно со своим периодом жизни. Дети с ограниченными возможностями медленнее достигают определённых этапов жизненного цикла, а некоторые из таких детей могут вовсе не достичь их. Когда подходит критический период в развитии ребёнка-инвалида, родители могут снова переживать чувства грусти и беспокойства. Особенно тяжело переживаются родителями детей с нарушениями развития, по мнению Е.Р. Смирновой, следующие шесть периодов:

Период связан с осознанием того, что ребёнок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся. Характером заболевания в основном определяется время, когда родители узнают о нем. Генетические отклонения - такие, как синдром Дауна, - часто выявляются уже до рождения или вскоре после рождения, и родители рано оказываются осведомлёнными о болезни своего ребенка. Такие состояния, как глухота, нарушения речи, трудности обучения, могут не диагностироваться до тех пор, пока ребёнок не станет старше. Кроме того, семьи могут столкнуться с инвалидностью, возникшей вследствие несчастного случая или тяжёлого соматического заболевания ребёнка. Получение подтверждения серьёзной или хронической проблемы здоровы? в большинстве случаев вызывает кризис, и семья начинает активизировать имеющиеся ресурсы. Первой реакцией могут быть шок, разочарование, депрессия, после чего семья переживает достаточно предсказуемые этапы привыкания. Очень интенсивны в этот период контакты с медицинскими работниками. В то же время важны содержание и характер контактов с другими родственниками, особенно со старшим поколением родителей. Период определяется спецификой развития ребёнка в первые годы жизни, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребёнок достигает определённых ступеней, той нормы, которая известна для большинства здоровых детей определённого возраста. Хронический или эпизодический характер нарушений и то, как это воспринимается семьёй, образуют важнейший смысл первых лет развития ребёнка. Тип и степень тяжести его заболевания могут сыграть определяющую роль в формировании семейных перцепции и поведения. Встречи с другими родителями в специальных детских садах, реабилитационных центрах также могут способствовать углублению кризиса по следующим причинам:

семья видит старших детей с диагнозом, подобным диагнозу их собственного ребёнка, и задает себе вопрос, станет ли таким же их сын или дочь, когда подрастёт;

семья осознает, что услуги, необходимые ребёнку, могут представлять собой значительные финансовые и временные затраты;

«те семьи, которые делится своим опытом с другими, убеждаются в том, что им, возможно, предстоит приложить немало усилий, чтобы добиться для своего ребёнка необходимых услуг, что потребует дополнительных семейных ресурсов»;

члены семьи узнают, что именно они чаще всего рассматриваются обществом как источник долговременной заботы о ребёнке и его образовании.

Период испытаний для семьи - поступление ребёнка 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 ребёнок не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальной программе. Этот период также может быть тяжёлым для других детей в семье, поскольку их одноклассники будут узнавать о брате или сестре с ограниченными возможностями. В это время семья как бы «выходит на публику», поскольку ребёнок все больше начинает осваивать внешний мир. Наконец, родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры ребенка. Важно отметить, что характер и степень затруднений, переживаемых родителями, зависят от типа нарушения (так, привыкание может пройти относительно спокойно, если мальчик или девочка имеет нарушения физического развития средней тяжести) и готовности школьной системы обеспечить адекватное образование и адаптацию детей со специальными нуждами, этот период начинается с переходом ребёнка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания, возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планированием будущей занятости ребенка. Начало этого возрастного периода отмечено стремлением детей обособиться от родителей. Взрослеющие дети переживают значительные изменения, смятение и двойственность. Это время может оказаться наполненным болезненными напоминаниями о том. что подростку не удаётся успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла, - он продолжает оставаться зависимым от своих родителей. То, как он воспринимается сверстниками, остро переживают все члены семьи, поскольку отношение других детей определяет степень отчуждения и изоляции, ощущаемых ребёнком/подростком.

Период семейных сложностей - начало взрослой жизни, дальнейшее привыкание к семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребёнка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи инвалида. Образование даёт много возможностей как подростку, так и родителям. Он приобретает знания и навыки, развиваются его уверенность и чувство независимости. Родители получают необходимую передышку. Когда период обучения завершён, семье предстоит принять решение о трудоустройстве, но не обнадёживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу в этот период»

Период развития семейных отношений - взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями - перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребёнок теперь живёт 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 своём ребёнке. Особенно важную роль в этот, как и в другие периоды жизни семьи, играют все домочадцы, система услуг и социальные работники, которые могут помочь в организации трудовой деятельности, отдыха и в жилищном устройстве инвалида. Кроме того, семья контактирует с другими людьми, семьями, учреждениями и организациями. Замкнутость или открытость семьи для взаимоотношений с внешним миром активно влияет на то, как она справляется со своими проблемами.

Для того чтобы смягчить воздействие этих критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребёнка и развития семейных отношений в эти периоды. Важно помнить, что физическое, социальное и эмоциональное «существование» членов семьи взаимозависимо и если возникают нарушения во взаимоотношениях или ухудшается здоровье одних родственников, это моментально вызывает изменения в жизни других.

Отмечается, что близкие ребёнка-инвалида, за редким исключением, сами пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного болезнью ребёнка, обстоятельствами его лечения и проблемами, связанными с этим. Обобщённый психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, практичностью, дипломатичностью, высоким уровнем тревожности, консервативностью мышления, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, интроверсией, социальной робостью, подозрительностью, явно заниженной самооценкой. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся ко всем, кто пытается общаться с их детьми. Страх и тревога являются основными чувствами этих взрослых. При определённых обстоятельствах данные чувства могут стать характерологическими особенностями родителей и прежде всего того из них, кто постоянно ухаживает за больным ребёнком.

Л.В. Мардахаев выделяет следующие типичные позиции родителей больных детей с точки зрения участия в социально-реабилитационной работе с ребёнком:

) Родитель активен с самого начала.

) Активность родителя возникает после появления первых положительных результатов у его ребёнка.

) Скачкообразная активность, то проявляющаяся, то затухающая.

) Активность ради активности (формальное соблюдение требований и процедур).

) Имитация активности.

) Вялая активность или же её отсутствие.

На братьях и сестрах (сиблингах) возникшая ситуация также отражается очень сильно. От них может потребоваться больше помогать по дому или же присматривать за другими детьми, включая больного ребёнка. Если родители остаются вместе с заболевшим ребёнком в больнице, то сиблингам нередко приходится оставаться на короткое или длительное время с другими родственниками или друзьями семьи. Могут стать ограниченными контакты с другими детьми (невозможность пригласить друзей домой или участвовать в каких-либо социальных мероприятиях вне дома). Сиблинги могут чувствовать, что их желания и запросы теперь сопоставляются с потребностями больного брата/сестры, и, таким образом, они могут ощущать себя менее значимыми или любимыми.

В связи с болезнью брата или сестры у здорового сиблинга могут быть новые, трудные для ребенка чувства и мысли, и очень важно, чтобы ребёнок имел возможность поделиться своими мыслями и чувствами как с родителями, так и с больным братом или сестрой.

Ситуация также влияет на прародителей и других родственников, но это часто не замечается. Их могут подключить к уходу за ребёнком, при этом они могут оказывать огромную эмоциональную поддержку родителям и детям и разделять с семьёй чудовищное бремя забот и тревог. Однако они могут и осложнять проблему, если не понимают, что происходит, или не могут адекватно адаптироваться к возникшей ситуации.

Диагноз и болезнь ребёнка являются сильным стрессогенным фактором для родителей и других близких, что приводит к возникновению потребности в получении следующих видов психологической помощи:

) выстраивание продуктивного поведения с ребёнком.

Кроме незнания, как вести себя с ребёнком перед лицом опасной болезни, родители часто начинают себя вести совсем иначе, чем до болезни ребёнка: они позволяют делать Ребенку все, что ему вздумается, но чаще всего ребёнок становится объектом гиперопеки. Этим самым у ребёнка закрепляется представление о себе, как о каком-то особенном.

) оптимизация отношений между супругами и другими членами семьи.

)потребность в психоэмоциональной рекреации.

Постоянное пребывание с больным ребёнком на протяжении длительного периода приводит к физическому и эмоциональному истощению, усталости, раздражению и агрессии.

Работа с темой жертвы и такими чувствами, как горе, несправедливость, вина. Попытки рационально объяснить, что же происходит, присутствуют у всех родителей. Некоторые родители проводят много часов в раздумьях, почему ребёнок заболел, что могло привести к этому. Родители пытаются найти ответ на вопросы: «Почему это произошло с моим ребёнком?», «Кто виноват?», «Почему судьба меня так наказала?»

Некоторые родители пытаются обвинять себя в том, что ребёнок болен, таким родителям свойственен поиск эпизодов в своей биографии, которым они придают иррациональное толкование, связывая эти эпизоды с нынешним заболеванием ребёнка. Иногда родители пытались объяснить то, что случилось с ребёнком, событиями мистического характера.

Чувство вины у родителей может быть также связано с ощущением своей беспомощности в различных аспектах. У них нет «волшебной палочки», чтобы вылечить ребенка, они могут винить себя за переданную ребёнку «плохую наследственность» или «недостаточно хороший уход» за ребёнком. Наконец, вина может ассоциироваться с недостатком финансовых возможностей для получения «лучшего в мире лечения и ухода».

Многие родители отмечают невозможность принять болезнь ребёнка и смириться с ней. Типичными реакциями являются отрицание, слезы, агрессивность. Болезнь ребёнка может негативно влиять на прочность брака. Здоровые дети скучают по своим братьям/сестрам, а длительная разлука с тем из родителей, кто ухаживает за больным ребёнком, влияет на формирование чувства ненужности, незначимости и ревности.

Как отмечает О.Б. Зерницкий, большинство родителей детей с ограниченными возможностями (65 %) указывают в качестве основной проблемы собственные переживания, что, скорее всего, связано с трудностями принятия заболевания ребёнка. На втором месте идут педагогические проблемы обучения и воспитания больного ребёнка (55 %); на третьем - материально-бытовые трудности (50 %) и снижение уровня жизни (35 %), далее - вопросы обучения и воспитания ребёнка с ограниченными возможностями (30 %), проблемы его лечения и реабилитации (25 %), плохое самочувствие и проблемы здоровья самих родителей (25%), взаимоотношения с воспитателями и педагогами (20%), супружеские взаимоотношения и личная жизнь, а также взаимоотношения с родственниками и друзьями (по 15 %), а также проблемы трудоустройства и работы (10 %) и др.

По 20 % родителей как одинаково значимую считают потребность в медицинской и психологической помощи. Причём в обоих случаях отмечают важность консультирования и помощи в социальной адаптации.

При обращении к психологу в качестве основных жалоб у родителей больных детей Н.А. Писаренко отмечает нарушения невротического плана:

Тревожно - фобические расстройства, навязчивости (ритуалы, «защищающие» ребёнка от рецидива; распространены идеи «искупительной жертвы»); депрессия, часто с идеями самообвинения; эмоционально напряжённые отношения с ребёнком; ухудшение отношений матери с близкими (особенно с супругом), одиночество.

В исследовании качества выполнения родительских обязанностей, проведённом в Beликобритании, в семьях, имеющих хронически больных детей, 59 % родителей справлялись со своими обязанностями плохо, а 41 % - хорошо. При этом одинокие родители делали это хуже, чем имевшие постоянных партнёров, и совсем плохо выполнение своих родительских функций получалось у родителей, характеризующихся эмоциональными и психическими проблемами. Наконец, чем больше личных и семейных проблем было у родителей, тем хуже они с ними справлялись, особенно если семья была многодетная и/или в ней имелся "трудный» ребенок.

Одинокие родители жалуются не на недостаток практической помощи, а на отсутствие эмоциональной поддержки. С другой стороны, если постоянный партнёр есть и он поддерживает родителя, то удовлетворены выполнением своих родительских обязанностей 57% родителей, а если такой поддержки нет, то только 35% (что близко к показателям одиноких родителей). Поэтому одним из ключевых факторов, способствующих «хорошему родительству», считается ощущение родителями поддержки со стороны.

Таким образом, как выясняется что, социально-психологических трудностей у семей, воспитывающих больного ребенка великое множество, и для их разрешения требуется психологическая поддержка. Чем раньше она будет оказана, тем быстрее родители осознают и примут тот факт, что даже если их ребенок «особенный», это не значит, что с нормальной жизнью «покончено», а это значит, что родители смогут в большей степени показать любовь и поддержку своему ребенку.

## **.3 Психологическая помощь родителям воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья**

Психологическая помощь родителям (коррекция) воспитывающим детей инвалидов подразумевает приспособление, оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений.

Чувства ущербности, вины, переживания из-за рождения «неполноценного» ребенка, связанные с его развитием, обучением, будущим, постоянно преследуют родителей и близких в течение всей жизни. Посещая специальное образовательное учреждение, в котором учится их ребенок, родители испытывают чувство горе и разочарования в том, что их ребенок отличается от своих сверстников, неадекватно ведет себя в общественных местах, плохо думает и говорит, имеет внешние признаки психофизического недоразвития, с ним трудно установить контакт. Вместе с тем родители надеются, что в специальном учреждении их ребенку будет оказана именно та помощь, в которой он нуждается, в 'результате чего его положение может быть исправлено. Такие семьи, несмотря на свои скрытые реабилитационные возможности, не способны их проявить без активной коррекционной поддержки специалистов. Испытывая эмоциональный стресс, родители ребенка в этих условиях лишь агравируют внутрисемейную ситуацию. Позитивные реабилитационные возможности семьи как социального института, обеспечивающие условия развития ее членов, не реализуются. Практика показывает, что de fakto в таких семьях практически полностью отсутствуют адекватные педагогические условия для развития ребенка с психофизическими недостатками.

Формирование личности любого ребенка, в том числе и с отклонениями в развитии, происходит в первую очередь в семье. От характера взаимоотношений родителей с ребенком зависит, насколько адекватными будут его контакты с социальной средой. Дети с отклонениями в развитии чаше других категорий детей испытывают неприятие и эмоциональное отвержение со стороны близких людей. Большинство семей с проблемными детьми характеризуются различными типами дисгармоничного воспитания и низким уровнем общения. Практический опыт говорит, что достаточно часто семья в лице родителей ребенка и персонал специальных образовательных учреждений не объединяют своих усилий для достижения общих целей - обучения, воспитания и социализации ребенка. Осуществляемое в коррекционных образовательных учреждениях взаимодействие с семьями воспитанников не всегда реализуется гармонично несмотря на значительные усилия специалистов.

Сущность проблемы заключается в том, что психологическая травмированность родителей не позволяет им адекватно относится к возникшей в их жизни проблеме - рождению больного ребенка. Однако никто, кроме них, не может се разрешить. Родители должны активно участвовать в коррекционно-воспитательном процессе, давать ребенку помощь и любовь, в которых он так нуждается. Однако преодолеть психологическую травму без вмешательства психолога и специальных и психокоррекционных мероприятий невозможно.

Большое значение в построении концепции психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в разлитии, приобретает положение о психологической травмированности родителей таких детей. Оно строится на положении Л.С. Выготского о единстве «аффекта и интеллекта», на идее С.Л. Рубинштейна о том, что формирование психики человека и изменения в ней происходят опосредствованно под влиянием его социального опыта, преломляясь через его индивидуально очерченные внутренние условия. Подтверждается, что регуляция деятельности эмоциональной системы обеспечивает функционирование человеческого организма в целом (П.К. Анохин). В случае нарушения деятельности регуляторных механизмов эмоциональной системы страдает личность человека. С другой стороны, сензитивность аффективной сферы индивида и ее гибкость позволяют в случае создания адекватных условий развития, мироощущения и жизнедеятельности оптимизировать его характерологические черты, самосознание и познавательные процессы.

В.Н. Мясищев рассматривает структуру личности через систему отношений. Личность, по определению Мясищева, есть целостная организованная система связен с реальной действительностью. Целостность системы отношений личности зависит от многих факторов и в первую очередь от отношения человека к самому себе (Б.Г. Ананьев). Отношение к самому себе преломляется через самосознание личности.

Самосознание включает целостную оценку человеком себя и своего места в жизни. Это наиболее позднее психическое образование в развитии личности чем и обусловлено его неустойчивость при глубоких эмоциональных переживаниях и стрессах. Самосознание в процессе развития личности структурируется. Низко дифференцированная структура самосознания предполагает особую «ранимость», «хрупкость» и зависимость от чужих оценок. Высокая дифференциация самосознания свидетельствует о большой осознанности и подконтрольное аффективных переживаний. Самосознание позволяет человеку найти пути соединения с миром, удовлетворяя потребности в общении, самоидентичности, в системе ориентации. «Самый первый витальный интерес заключается в сохранении своей системы координат с ценностной ориентацией. От нее зависит и способность к действию и, в конечном итоге, осознание себя как личности». (Э. Фромм, 1981.)

В структуре самосознания личности выделяются различные сферы, или стороны. Когнитивная сторона, или «образ Я», объединяет представления человека о себе: о своих способностях и возможностях, целях и идеалах, взаимоотношениях с другими людьми. Аффективная сторона характеризует самооценку личности, ее эмоционально ценностное отношение к себе. Поведенческая сторона заключается в способности индивида регулировать свое поведение и деятельность исходя из когнитивных представлений о себе и эмоционально-ценностного отношения к себе (Д.Д. Бекоева, 2004). Самосознание родителей детей с отклонениями в развитии под воздействием сильного и длительного психогенного стресса может подвергнуться деструктивным изменениям.

С позиций теории отношений (В.Н. Мясищев, 1960), психогенное или конфликте генное нервно-психическое расстройство «возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека» (Б.Д. Карвасарский, 1985). В основе нарушения целостности системы отношений личности «лежит искажение когнитивного и преобладание эмоционального компонента отношений», что влечет за собой у одной части лиц нарушения адекватной регуляции поведения, упругой - невротические проявления, у третьей - психосоматические (Л.Н. Собчик, 1990). Нервно-психические расстройства обуславливаются не столько широтой и глубиной нарушений с точки зрения объективного наблюдения, сколько их значимостью в субъективно-оценочной системе индивида (В.Н.Мясищев, 1960).

Интерпретация особенностей личности родителей детей с отклонениями в развитии осуществляется с позиции целостного подхода, в рамках которого личность понимается как единство биологических и социальных факторов (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия). Комплексное изучение личностных особенностей родителей детей с отклонениями в развитии и разработка конкретных форм психолого-педагогической и психокоррекционной помощи этим лицам позволяет оказать им существенное содействие в преодолении сложностей социального приспособления и обретения «социальной ниши» как для себя, так и для своих детей.

Психическое развитие ребенка осуществляется в процессе его социализации (Л.С. Выготский). В качестве сложнейшего института социализации ребенка с отклонениями в развитии выступает семья, где социализация происходит в результате как целенаправленного воспитания, так и социального научения. Нарушения личностного развития детей с психофизическими недостатками возникают как следствие взаимодействия двух факторов: преморбидных особенностей личности ребенка, преломленных через его дефект (биологическая составляющая); неблагоприятных условий воспитания, создаваемых травмированными родителями (социальная составляющая). Это подтверждает положение Л.С. Выготского (1983) и Ж.И. Шиф (1965) о закономерностях нарушения личностного развития у всех детей с психофизическими недостатками. Родительская неадекватность в принятии такого ребенка, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным окружением и формируют дезадаптивные характерологические черты личности. В качестве доминирующих личностных тенденций у детей выявляются тревожность, агрессивность, отгороженность.

Характер внутрисемейной атмосферы определяется следующими особенностями: межличностными контактами и взаимоотношениями родителей с детьми, которые, свою очередь, обусловлены чертами личности родителей, характером и условиями их собственного воспитания.

Неадекватное психогенное взаимовлияние детей и родителей находит свое подтверждение и в учении об акцентуациях характера (К. Леон гард, А.Е. Личко). Положения этой теории свидетельствуют о том, что низкофрустращюнная толерантность акцентуированных личностей тесно связана с «местом наименьшего сопротивления» в их характере, что и является причиной возникновения личностных деформаций в стрессовых ситуациях (в данном случае у родителей вследствие рождения ребенка с отклонениями в развитии). Личностные деформации родителей проявляются в виде поведенческой дизадаптации и неадекватных форм взаимодействия с внешним миром, включая ребенка (сильный стрессовый фактор). Это объясняет травматизацию личности ребенка родителями, отсутствие в семье необходимых специальных коррекционных условий для развития ребенка, нарушение процесса его социальной адаптации.

Все это в совокупности обуславливает острую необходимость в оказании специальной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. В коррекционных учреждениях следует создавать не только специальные образовательные условия для познавательных возможностей воспитанников, гармоничного формирования их личности, подготовки, к самостоятельной жизни и к труду, но и среду, смягчающую переживания родителей и направляющую их усилия на оказание помощи ребенку. Подобная атмосфера в коррекционном учреждении позволяет формировать в родителях уверенность в том, что при соответствующих возможностях ребенка их собственных активных усилиях жизнь ребенка может быть устроена должным образом.

Налаживание связей, установление доверительных отношений с родителями, знание ситуации в семьях учащихся является базой для работы педагогов специального учреждения с родителями своих воспитанников. Кредо специалиста- (учителя, логопеда, психолога) должно заключаться в формуле: «Родители моего воспитанника - мои помощники и соратники». Именно такой подход позволяет сформировать потребность родителей в сотрудничестве с коррекционной школой или другим видом специального учреждения (реабилитационным центром, центром лечебной педагогики и др.), в котором обучается ребенок. Тогда сам родитель становится проводником и исполнителем психолого- педагогической коррекционной работы, осуществляемой педагогическим составом учреждения.

Основным недостатком предшествующих моделей работы с родителями является, на наш взгляд, исключение или, точнее, невключение родителей и проблем семьи в «поле» психокоррекционной деятельности специальных учреждений. До сих пор специалисты коррекционных образовательных учреждений чаще видят в родителях лиц, которых необходимо лишь ознакомить с некоторыми приемами и методами обучения детей с недостатками в развитии. Отечественная дефектология насчитывает достаточное количеств работ по каждой из аномалий детского развития, рассчитанных на внимание родителей таких детей. Эти публикации позволяют родителям ознакомиться с этапами коррекционной работы, конкретными методическими и дидактическими приемами и играми. Существует и зарубежный опыт „в этой области (кондуктивная педагогика, школа Пете).

Однако, как показала практика, *ознакомительно-методический подход* к организации работы с родителями детей с отклонениями в развитии *не позволяет охватить проблемы, которые встают перед семьей ребенка с психофизическими недостатками.* Для оказания комплексной специализированной помощи семьям, воспитывающим Детей с отклонениями в развитии, необходимо тщательное изучение их проблем (диагностика) и более широкое включение новых психокоррекционных технологий в «поле» коррекционной деятельности специалистов (консультирование и психокоррекция).

К сожалению, отсутствие государственной системы Психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, и единой политики государства в данной области не позволяет разрешать многочисленные трудности этой категории лиц.

Ниже сформулированы основные концептуальные положения психологической помощи семьям, воспитывающим детей (подростков, молодежь) с отклонениями в развитии.

Создание системы государственной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, является одним из важнейших условий, обеспечивающих необходимый уровень социально-психологической адаптации детей с психофизическими нарушениями и реабилитации их семей. Психологическая помощь семье является важным направлением в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии. Через оптимизацию внутрисемейной атмосферы и ее трансформацию в коррекционную, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решается проблема дифференциальной и адресной помощи проблемному ребенку. Каждая семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии, имеет право на получение комплексной психологической помощи, включающей психологическую диагностику, консультирование и психокоррекционные мероприятия.

Психологическая помощь семье организуется с момента выявления у ребенка нарушений в развитии. Сроки ее реализации не могут ограничиваться совершеннолетием (18 лет / 21 год) молодого человека с ограниченными возможностями здоровья. Психологическое сопровождение семьи должно осуществляться постоянно в течение всей жизни лица с психофизическими нарушениями.

При проведении психокоррекционных мероприятий *семья понимается как естественная адаптивная развивающая среда,* необходимый уровень гармоничных взаимоотношений в которой обеспечивается родителями ребенка с психофизическими нарушениями (или лицами, их замещающими).

К факторам, определяющим характер внутрисемейной атмосферы, в первую очередь относят особенности межличностных контактов и взаимоотношений внутри семьи, которые обусловлены преморбидными чертами личности родителей, характером и условиями их социального окружения и собственного воспитания, выбором поведенческой стратегии и тактики.

Основной целью в психокоррекционной работе с родителями является формирование у них позитивного взгляда на ребенка, имеющего нарушения развития. Адекватность позиции родителя позволяет ему обрести новый жизненный смысл, гармонизировать самосознание и взаимоотношения с ребенком, повысить собственную самооценку. Это обеспечивает использование родителями гармоничных моделей воспитания и в перспективе - оптимальный вариант социальной адаптации ребенка.

Таким образом, целенаправленное психологическое воздействие качественно изменяет роль родителей. Они активно включаются в психокоррекционный и одновременно воспитательный процесс. Последний оказывает положительное воздействие на формирование адекватных родительско- детских контактов. Своевременно оказанная психолого-педагогическая помощь оптимизирует личностное развитие ребенка и способствует снятию психологических проблем у самих родителей [6].

## **Выводы по главам**

Анализ психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов показал, чтородитель должен быть внимательным к своему ребенку, и не скупиться на чувства, стремиться к увеличению взаимной открытости, развивать способность сотрудничать с детьми, овладевать конструктивными способами взаимодействия, стараться улучшить понимание собственного ребенка, формировать уверенность в своих возможностях, совершенствовать умение работать вместе с детьми в одной команде, усилить чувства тепла и доверия к детям.

Учитывая психологические особенности личности детей инвалидов делаем вывод, что родители детей должны обладать очень разнообразными качествами, такими как: внимательность, поддержка, понимание, сочувствие, и многими другими не маловажными качествами. Зачастую родителям так же сложно принять тот факт, что их ребенок инвалид, у него ограничены возможности, он не сможет воплотить большинство желаний своих родителей, потому важно не только помогать детям, но и родителям. Так же если родители должным образом будут помогать своим детям, то они не будут чувствовать себя ненужными или «особыми», отличающимися от других детей.

Изучив последствия эмоционального стресса у родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья можно сказать, что процесс реабилитации родителей после эмоционального стресса является так же одним из самых важных аспектов формирования психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов, так как если не будет эмоциональной стабильности и освобождения от психических стрессов, психологическая готовность будет отсутствовать.

Анализ социально-психологических трудностей семей, воспитывающих больного ребенка показал, что социально-психологических трудностей у семей, воспитывающих больного ребенка великое множество, и для их разрешения требуется психологическая поддержка. Чем раньше она будет оказана, тем быстрее родители осознают и примут тот факт, что даже если их ребенок «особенный», это не значит, что с нормальной жизнью «покончено», а это значит, что родители смогут в большей степени показать любовь и поддержку своему ребенку.

Таким образом, особенности психологической помощи родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, это целенаправленное психологическое воздействие качественно изменяющее роль родителей. Они активно включаются в психокоррекционный и одновременно воспитательный процесс. Последний оказывает положительное воздействие на формирование адекватных родительско- детских контактов. Своевременно оказанная психолого-педагогическая помощь оптимизирует личностное развитие ребенка и способствует снятию психологических проблем у самих родителей

## **Заключение**

В данной работе были обобщены основные факторы формирования психологической готовности родителей к воспитанию детей инвалидов. А так же изучены особенности психологической готовности родителей к воспитанию детей. Выяснилось что, изучение особенностей психики родителей детей инвалидов, может помочь определить основные качества, которыми должны обладать родители, для наиболее успешного воспитания своих детей. Были определены психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья, так же охарактеризованы последствия эмоционального стресса у родителей воспитывающих детей инвалидов, выявлены основные социально-психологические трудности семей, воспитывающих больного ребенка, и определены особенности психологической помощи родителям воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Психологическая готовность родителей является неотъемлемой составляющей для успешного воспитания детей инвалидов. Так как важнейшая функция семьи воспитание подрастающего поколения. Главными задачами семьи являются формирование первой социальной потребности ребенка - потребности в социальном контакте, базового доверия к миру, и привязанности. Поэтому необходимо родителям более доверительно относится к своим детям, специалистам, которые готовы оказать помощь, и ,конечно же доверять себе.

## **Список литературы**

1. Амасьянц Р.А., Научное обоснование стратегии формирования и развития системы организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации. Монография. М.: ООО «Диона, 2006 г.

. Грачев Л.К. Программа работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. - М.: Академия, 1992. - 128С.

. Душков Б.А., Королев А.В., Смирнов Б.А. Энциклопедический словарь: Психология труда, управления, инженерная психология и эргономика, 2005 г.

. Коррекционная педагогика. 2011 .номер 1,с.4-7.

. Начальная школа. 2011.номер 2,с.7-12.

. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учебное пособие / В.В. Ткачева. - М.: АСТ; Астрель, 2007. -318С.

. Указ президента Российской Федерации от 26.12.1991 г. №328 «О дополнительных мерах по социальной поддержке населения».

. Ханжин Е.В., Карпова Т.П., Ерофеева Н.П. Основы социальной работы. - М.: Изд. центр ″Академия″, 2001. - 127С.