Введение

Семья – это первый непосредственный объект социальной педагогики и психологии. Все начинается с семьи, и все ею для социальной педагогики и психологии заканчивается. Работая на семью, социальный педагог-психолог работает на общество, свой народ и государство. Вот почему тема настоящего реферата особенно актуальна, а по значимости выходит на первый план. Ребенок – лицо с ограниченными физическими возможностями в семье – чрезвычайная ситуация для всего общества. И помочь облегчить эту ситуацию может только социальный педагог-психолог.

Хотя психологическое консультирование родителей представляет собой относительно новый вид практической деятельности социальных педагогов-психологов, строится оно сегодня не на пустом месте. И в нашей стране и за рубежом уже накоплен значительный опыт в этой области.

Долг родителей, а в частности матери – успокоить ребенка, облегчить его переживания, создать в семье атмосферу оптимизма. Поможет в этом только социальный педагог-психолог.

Отличительной особенностью сложившейся в настоящее время консультативной практики является различная частота обращений родителей по поводу детей инвалидов.

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют три типа семей по реакции родителей на появление ребенка инвалида:

- с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы;

- с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов - светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т. д.;

- со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплачивается.

Отец в семье с больным ребенком – единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и, практически, не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно – это надомный труд). Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире. Особенно это отражается на детях с ограниченными возможностями, воспитывающихся в детских интернатах.

Общество не всегда понимает проблемы таких семей и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация, медицинские и социальные работники. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода.

Получив информацию о такой семье, составив план оказания ей помощи, педагог-психолог составляет рекомендации родителям, как следует ухаживать за таким ребенком. План реабилитации ребенка-инвалида составляется на каждого ребенка отдельно.

В центре с детьми-инвалидами работают психолог, невропатолог, психоневролог, логопед, массажист, дефектолог, инструктор по лечебной физкультуре.

Учитывая, что эти дети плохо ориентируются в жизни, плохо знают то, что их окружает, социальный педагог выделяет ряд проблем, которые ребенок решает только с ним. Составляются программы, которые включили бы ребенка в окружающий мир. Часть из них относится к личности ребенка, его поведению и часть – к его поведению в обществе.

Работа педагога-психолога направлена на то, чтобы помочь ребенку приобрести умения и навыки общения в окружающей его среде.

Для преодоления трудностей общения детей-инвалидов со здоровыми детьми педагог-психолог составляет программу, по которой ребенок подготавливается к такому общению. Это может быть конкурс, обсуждение книг и фильмов, участие в днях рождения.

Включение детей-инвалидов в трудовую деятельность (фото, швейное дело, ремонт обуви, работы по дереву) также ложится на плечи социального педагога-психолога. Здесь нужно не только подготовить и заключить договоры, но и научить ребят профессии, дать необходимые умения и навыки.

Долг родителей, а в частности матери – успокоить ребенка, облегчить его переживания, создать в семье атмосферу оптимизма. Поможет в этом только социальный педагог-психолог.

Пример: когда Анне, старшей из троих детей, в возрасте 8 лет было впервые назначено лечение, ее родители уже впали в отчаяние и ощущали вину из-за неспособности контролировать поведение дочери. Анна испытывала серьезные трудности в общении со сверстниками, часто раздражалась дома, а некоторые специалисты по психическим заболеваниям и работники школы, с которыми консультировались родители, видели причину в неправильном воспитании девочки. Поскольку родители Анны были выходцами из семей, в которых было не принято обсуждать психические заболевания, семейный анамнез выяснить не удалось. Многие семьи живут по принципу «страусиной политики»: если не упоминать о семейных проблемах, они, возможно, исчезнут сами собой. Однако проблема существует и, мешает ребенку получить помощь.

Только после того как у Анны начался эпизод выраженной депрессии с последующей маниакальной симптоматикой, родители по-новому взглянули на семейный анамнез. Теперь, когда симптомокомплекс дочери все больше походил на биполярное расстройство, стало ясно, что родственники по материнской и отцовской линии также страдали теми или иными расстройствами настроения. Поняв истоки проблемы, родители стали более терпимо относится к поведению дочери. Вместо того чтобы в очередной раз обвинять друг друга в огрехах воспитания или реагировать на вызывающее поведение девочки, они стали активно участвовать в ее лечении. В роли тренера выступал психотерапевт Анны; с его помощью родители приступили к планированию стратегий преодоления болезненной симптоматики дома. Родители также договорились с администрацией школы, чтобы обсудить, как помочь девочке. И что особенно важно, под руководством психотерапевта родители Анны также приложили все усилия, чтобы помочь дочери разобраться с возникшими у нее проблемами: неумение сдерживаться, возмутительное поведение, трудности с засыпанием, громкий голос, навязчивая манера говорить были не столько ее виной, сколько проявлением расстройства настроения. Они также сообщили дочери, что решение проблем зависит только от нее. Анна, ее родители, психиатр и психотерапевт действовали как одна команда, помогая девочке справиться с болезненными проявлениями.

Совет матери, как справиться с проблемой инвалидности ребенка:

1. Избавьтесь от чувства вины и начинайте действовать.
2. Будьте реалистичны.
3. Не злоупотребляйте, но и не пренебрегайте правилами.
4. Будьте проще.
5. Проявляйте гибкость.
6. Тщательно выбирайте темы для споров.
7. Станьте специалистом в решении проблем.
8. Наладьте общение:

а) выслушивайте, не критикуя, ребенка с его чувствами и проблемами;

б) прежде чем давать советы, поинтересуйтесь у ребенка, хочет ли он их выслушать;

в) открыто обсуждайте с ребенком вопросы, вызывающие у вас беспокойство, но при этом тщательно выбирайте темы для дискуссий;

г) старайтесь своевременно обсуждать и решать проблемы, не позволяя им накапливаться и обостряться;

д) делайте акцент на хорошем;

е) делайте замечания спокойным тоном;

ж) высказывайте больше позитивных, чем негативных комментариев;

з) не забывайте о значении языка тела;

и) избегайте игры «Двадцать вопросов» (не следует постоянно мучить ребенка, расспрашивая о его самочувствии).

9. Назовите врага по имени.

10. Делите радость и боль.

Установите доверительные отношения с людьми, которые непосредственно участвуют в воспитании ребенка. Если ваш партнер имеет сходные представления о заболевании ребенка и важности лечения, это замечательно. Когда родители действуют сообща, им удается справиться даже с самыми трудными ситуациями. Если же родители противостоят друг другу, простейшая задача кажется неразрешимой. В одних случаях родителям довольно легко договориться и найти выход из положения. В других – лучше признать существующие разногласия и поручить решение проблемы одному из родителей. Налаженное общение служит основой эффективного сотрудничества. Чтобы улучшить взаимодействие с супругом, используйте те же стратегии, что и в общении с ребенком. Деятельное участие в лечении ребенка принесет пользу ему, семье и лично вам.

Отличительной особенностью сложившейся в настоящее время консультативной практики является различная частота обращений родителей по поводу детей инвалидов. Необходимым, хотя и недостаточным условием психического развития в онтогенезе являются нормальное состояние здоровья ребенка в целом и полноценность его органического субстрата, обеспечивающего соответствующую нейрофизиологическую активность мозга. Специфика онтогенетического развития в значительной мере определяется тем, что оно происходит в условиях активного формирования морфофункциональных мозговых систем, происходящего не только на протяжении внутриутробного развития ребенка и раннего детства, но и как показывают данные последних исследований, продолжающегося вплоть до 20 – 25-летнего возраста.

В последние годы заметное место среди разнообразных соматических болезней стали занимать состояния, основными причинами которых служат эмоциональные факторы. Показательно, что многие специалисты-медики признают первостепенную роль психологического исследования в ранней диагностики негрубых нарушений нервной деятельности у детей.

Основные задачи психологического консультирования детей инвалидов.

Практика, таким образом, показывает, что современный этап развития нашего общества не столько способствует снятию многообразных социально-психологических проблем детства, сколько умножает и усугубляет их. Поэтому на данном этапе становления психологической службы индивидуальная работа с населением по консультированию матерей детей с ограниченными физическими и умственными возможностями должна быть направлена на активную пропаганду психологических знаний среди матерей и учителей, на профилактику отклонений от нормального хода психического развития ребенка, а также на разработку рекомендаций по организации коррекционно-педагогической работы с детьми-инвалидами. Однако потенциальные возможности помощи детям с ограниченными физическими и умственными возможностями и их матерям со стороны социальных педагогов-психологов далеко не исчерпываются контролем и рекомендациями. Одним из наиболее действенных направлений расширения работы является организация при консультациях специализированных психолого-коррекционных групп для детей-инвалидов и родителей – ведь по многим причинам родители далеко не всегда могут самостоятельно проводить успешную коррекцию. Между тем, как подчеркивал Д. Б. Эльконин, «без педагогической коррекции контроль бессмыслен».

Итак, какова же роль социальных педагогов-психологов в решении обозначенных выше проблем? Вначале 30-х гг. ХХ века Л. С. Выготский утверждал, что «решительно все практические мероприятия по охране развития ребенка, по его воспитанию и обучению, поскольку они связаны с особенностями того или иного возраста, необходимо нуждаются в диагностике развития». И хотя сегодняшняя действительность еще далека от «применения диагностики развития к решению бесчисленных и бесконечно многообразных практических задач», и общество зачастую обходится интуитивным а не научным пониманием логики возрастного развития, тем не менее реальное участие психологов в решении проблем детского развития заметно расширяется. Что же касается конкретных задач психологического консультирования в областях жизни матери с ребенком-инвалидом, то они уже обозначились достаточно четко. Кратко перечислим их.

Общую задачу психологического консультирования составляет психологическая помощь матери, имеющей ребенка с ограниченными физическими и умственными возможностями, контроль за ходом психического развития ребенка на основе представлений о нормативном содержании и возрастной периодизации этого процесса. Указанная общая задача на сегодняшний день включает в себя следующие конкретные составляющие:

1. ориентация родителей, учителей и других лиц, участвующих в воспитании, в возрастных и индивидуальных особенностях психического развития ребенка;
2. своевременное первичное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития и направление их в психолого-медико-педагогические консультации;
3. предупреждение вторичных психологических осложнений у детей с ограниченными физическими и умственными возможностями, с ослабленным соматическим или нервно-психическим здоровьем, рекомендации по психогигиене и психопрофилактике (совместно с детскими патопсихологами и врачами);
4. составление рекомендаций по психолого-педагогической коррекции трудностей в школьном обучении для учителей, родителей, и других лиц;
5. составление (совместно со специалистами по семейной психотерапии) рекомендаций по воспитанию детей в семье;
6. коррекционная работа индивидуально или(и) в специальных группах при консультации с детьми-инвалидами и их родителями;
7. психологическое просвещение населения с помощью лекционной и других форм работы.

Заключение

В заключение хотелось бы подчеркнуть особое значение современной психологической помощи детям с ограниченными физическими и умственными возможностями и их близким, а также несводимость ее главных задач лишь к выявлению отклонений от нормы. Известно, что глубокий, нередко застарелый характер психологических проблем матерей детей-инвалидов, обращающихся за помощью в консультации, дает определенные основания для пессимистической оценки возможностей современной психологии в практике консультирования.

Однако в отношении детского возраста подобный пессимизм вряд ли уместен. Развитие ребенка-инвалида не может рассматриваться как фатально обусловленный процесс. Формирование личности детей с ограниченными физическими и умственными возможностями открыто влиянию всех благотворных перемен как в объективных, так и в субъективных условиях этого процесса. В определенном смысле это позволяет, на наш взгляд, говорить о приоритетном значении проблем детства в рамках службы психологической помощи.

Список использованной литературы

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. М., 2000
2. Алешина Ю.Е. Семейное и индивидуальное психологическое консультирование. М., 1994
3. Браун Дж., Кристенсен Д. Семейная психотерапия и семейное консультирование. М., 2001
4. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А.. и др. Возрастно-психологический подход к консультированию детей и подростков. М., 2003.
5. Василькова Ю. В., Василькова Т. А. Социальная педагогика: курс лекций: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2000
6. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г. В. Бурменская, Е.И. Захарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002
7. Гаврилова Т.П. Психология семьи. М., 2002
8. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1997
9. Дружинин В.П. Психология семьи. М., 1996
10. Игумнов, С.А. Основы психотерапии детей и подростков: справочное пособие / Под ред. В. Т. Кондрашенко. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2001
11. Карабанова, О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: учебное пособие / О. А. Карабанова. – М.: Гардарики, 2006
12. Клиническая и судебная подростковая психотерапия / Под ред. проф. В. А. Гурьевой. – М.: Генезис, 2001
13. Фристад М., Арнольд Дж. Ребенок с эмоционально неустойчивым характером. – СПб.: Питер, 2004