

19. Прутченков А. С. Граждановедение: деловые игры. – М., 1993.
20. Шамшуринов В. И. Особенности политической теории в Византии и России // Вестн. Моск. ун-та. – Сер. 12, Полит. науки. – 2006. – № 5.
21. Элиасберг Н. И. Система правового образования в школе. – СПб., 1995.
22. Юрашевич Н. М. Правосознание и право: общность и различие // Государство и право. – 2005. – № 7.

А. И. Репина

## **СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ В УСЛОВИЯХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА**

Статья посвящена оценке родительского отношения к ребенку, имеющему тяжелые нарушения в развитии, и роли родителей в социальной адаптации детей с церебральным параличом. Рассмотрены педагогические условия формирования коммуникативных и организаторских способностей у детей с названной патологией.

The article deals with the parents rating treatment of their child suffering heavy violation in the development and the part of parents in the social adaptation of the children with cerebral palsy. The article considers pedagogical conditions of forming communicative and organizing abilities of children suffering cerebral palsy, aimed at their socio-psychological adaptation.

Вопросы организации педагогической помощи детям с церебральной патологией в различных условиях обучения неоднократно рассматривались в исследованиях Т. А. Власовой, А. А. Дмитриева, В. В. Коркунова, Н. Н. Малофеева, Л. М. Шипицыной, которые в качестве одного из факторов их успешной адаптации называли состояние физического и психического здоровья.

Е. М. Мостюкова, А. Г. Московкина отмечали, что ребенку с церебральным параличом нужно то же, что и здоровому: чтобы его любили и принимали таким, какой он есть, со всеми проблемами и трудностями. И только тогда он войдет в мир уверенным в себе, доброжелательным и способным приносить пользу обществу [3].

Адаптация, по мнению Л. В. Мардахаева, – это приспособление организма и его функций, органов и клеток к условиям среды, направленное на сохранение сбалансированной деятельности систем и психической организации индивида в изменившихся условиях жизни.

Социальная среда, в которую попадает ребенок, является определяющим фактором реализации его потребностей и запросов, выступает важнейшим условием раскрытия его социальной сущности как человека.

Трудности, которые испытывают родители, воспитывающие детей-инвалидов, существенно отличаются от забот семей, в которых растут здоровые

дети. Большой ребенок требует несравнимо больше, чем здоровый, материальных, духовных и физических затрат. Родители этой категории детей становятся малоcontactными, они сужают круг своих знакомых и ограничивают общение с родственниками.

Рождение «особого» ребенка структурно деформирует семью. Так, 60% матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, отличаются различные формы депрессивной симптоматики (депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии, депрессивное, невротическое развитие личности). К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявляются заниженные требования, что приводит к гиперопеке, гиперпротекции. Ребенок оказывается лишен возможности проявить собственную активность. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности и т. д., что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и т. д.

Оценка родительского отношения к ребенку, страдающему церебральным параличом (по тест-опроснику родительского отношения А. Я Варга и В. В. Столина), проводилась на базе муниципального образовательного учреждения дополнительного образования детей детского образовательного оздоровительного центра Верх-Исетского района г. Екатеринбурга. В исследовании участвовали 46 родителей детей с детским церебральным параличом в поздней резидуальной стадии, 12 родителей детей с гемипаретической формой церебрального паралича, 10 – детей, страдающих атонически-астатической формой, и 24 родителя детей со спастической диплегией.

Опрос показал (см. таблицу), что одна часть родителей, имеющих детей с церебральной патологией, испытывает тревогу за ребенка, стараясь оградить его от трудностей жизни, не давая возможности проявления самостоятельности (симбиотические отношения). Другие родители требуют от ребенка полного послушания и дисциплины, пытаются навязать свою волю; они не в состоянии встать на его точку зрения и также не предоставляют условий для самостоятельной деятельности (гиперсоциализация). Представители третьей группы опрошенных видят личную и социальную несостоятельность ребенка, не доверяют ему, досаждают на его неуспешность и неумелость, поэтому пытаются уберечь от жизненных сложностей и строго контролировать его действия. И лишь 8,5% родителей заинтересованы в делах и планах ребенка, высоко оценивают его интеллектуальные и творческие способности, испытывают чувство гордости за его достижения, поощряют инициативу и самостоятельность.

Таким образом, проблемы, возникающие в процессе социализации детей-инвалидов в семье, многообразны: среди них социальные, экономические, психологические и др. Поэтому необходимо участие специалистов: реабилитологов, психологов, медиков, социальных работников, которые в кризисных ситуациях могут оказать помощь и поддержку как родителям, так и детям.

На первой консультации родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, весьма желательно акцентировать позитивные моменты, позволяющие надеяться на реализацию поставленных целей, и говорить об уже существующих достижениях.

Оценка родительского отношения к ребенку, страдающему церебральным параличом

Форма ДЦП	Спастическая диплегия	Гемипаретическая форма	Атонически-астатическая и гиперкинетическая форма
Отвержение	0	0	0
Социальная желательность	0	8,5	0
Симбиоз	33	58	40
Гиперсоциализация	37,5	8,5	20
Инфантилизация	29,5	25	40

Ближайшее окружение ребенка, и в первую очередь родители, играет огромную роль в развитии коммуникативных и организаторских способностей. Как уже отмечалось, ребенок с церебральной патологией нередко лишен возможности общаться со сверстниками и взрослыми. Часто родители намеренно ограничивают круг его общения, желая исключить вероятность психической травмы. Воспитание ребенка с церебральной патологией по типу гиперопеки в значительной степени способствует развитию у него эгоцентризма, ощущения постоянной зависимости от взрослых, неуверенности в своих силах, робости, ранимости, застенчивости и замкнутости. Ребенок растет пассивным и безучастным, не стремится к самостоятельности, не испытывает даже потребности в общении.

Но отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут возникнуть и при другом стиле отношений в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую воспитательную позицию. Они предъявляют к ребенку обычные требования, но при этом не учитывают специфику его двигательного развития. Нередко такие родители, если ребенок не выполняет их заданий, прибегают к наказаниям. Все это негативно влияет на детское мироощущение и усугубляет физическое и психическое состояние [5].

Сочетание физических и интеллектуальных отклонений в развитии детей с ДЦП, особенности стиля воспитания в семье – все это проявляется в нарушении структуры личности в целом, что, в свою очередь, осложняет организацию личной деятельности и общение с окружающими.

Используя методику «КОС-1», мы провели оценку коммуникативных и организаторских способностей детей с церебральной патологией.

Исследование коммуникативных склонностей позволило получить ответы на следующие вопросы:

- проявляет ли ребенок стремление к общению, много ли у него друзей или же он, напротив, предпочитает одиночество;

- легко ли устанавливает контакты с незнакомыми людьми, как долго привыкает к новым лицам, новому коллективу;

- насколько быстро реагирует на просьбы, задания.

Выявление организаторских склонностей дало возможность оценить:

- быстроту ориентации в сложных ситуациях;
- находчивость, настойчивость, требовательность, инициативность;
- самостоятельность, самокритичность, выдержку.

Педагогические условия формирования коммуникативных и организаторских способностей у детей с церебральной патологией основывались на следующих принципиальных положениях:

Индивидуальный подход к каждому ребенку необходимо сочетать с групповым способом организации и проведения занятий, при этом группу образуют дети с одинаковыми двигательными возможностями и состав группы постоянно меняется. Индивидуальный подход позволяет корректировать поведение каждого ребенка в отдельности, а использование группового метода формирует различные взаимоотношения между детьми, вызывает подражательный и соревновательный эффект взаимодействия – все это стимулирует развитие коммуникативных способностей.

Важное значение имеет непосредственное участие родителей в процессе коррекционной работы с детьми. Благодаря тесному взаимодействию с ребенком родители узнают его особенности, возможности и перспективы развития. Это, в свою очередь, позволяет педагогу организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать у ребенка адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества.

Реализация игрового метода коррекции двигательных нарушений дает дополнительные возможности развития организационных способностей. Ребенок, выступая организатором игровой деятельности и взаимодействуя в процессе игры с другими детьми, развивает чувство коллективизма и сотрудничества, находчивость, настойчивость, требовательность, инициативность и самостоятельность.

Данные, полученные в начале изучения уровня развития коммуникативных и организаторских способностей в исследуемых группах, свидетельствовали о несформированности у детей с церебральной патологией самостоятельности, уверенности в своих силах, способности к установлению контактов и общению (показатели ниже среднего уровня – 1–2 балла).

Проведенная в конце исследования повторная диагностика выявила достоверные различия ( $P < 0,05$ ) по всем исследуемым показателям (рис. 1, 2). У детей, участвовавших в эксперименте, были отмечены улучшение самоконтроля поведения, навыков взаимодействия с другими людьми, более выраженная самостоятельность, инициативность, настойчивость, появление чувства коллективизма, уверенности в себе и быстроты реакции на изменяющиеся виды деятельности.

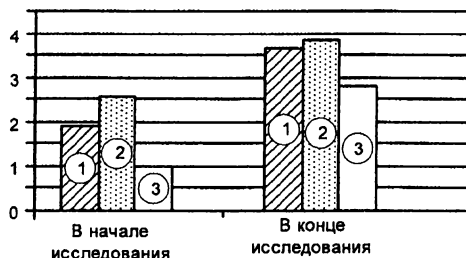


Рис. 1. Динамика показателей сформированности коммуникативных способностей детей с церебральной патологией, баллы: 1 – спастическая диплегия; 2 – гемипаретическая форма; 3 – атонически-астатическая форма

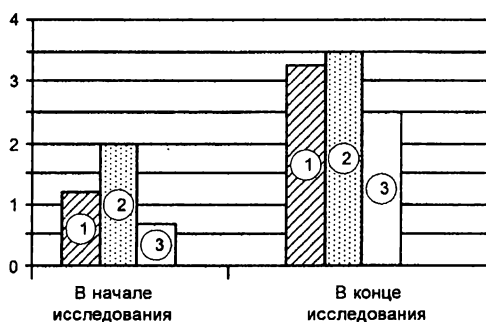


Рис. 2. Динамика показателей сформированности организаторских способностей детей с церебральной патологией, баллы: 1 – спастическая диплегия; 2 – гемипаретическая форма; 3 – атонически-астатическая форма

Таким образом, наше исследование достоверно подтверждает, что целенаправленная коррекционная работа с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка и предложенных педагогических условий существенно повышает уровень коммуникативных и организаторских способностей детей с церебральной патологией, а также улучшает их социальную адаптацию.

### Литература

1. Бадалян Л. О., Журба А. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровье, 1998. – 328 с.
2. Иваницкая И. Н. Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Исцеление: Альманах. – 1993. – С. 41–53.
3. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений – М.: Владос, 2003. – 408 с.
4. Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. – М.: Госполитиздат, 1947. – 647 с.
5. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. В. И. Лубовского. – М.: Академия, 2003. – 464 с.