

# Современные аспекты психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья

*И.И. Поташова,*

*педагог-психолог специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида № 532 г. Москвы [air@comtv.ru](mailto:air@comtv.ru)*

---

Статья содержит теоретические положения об основных функциях и направлениях работы специалистов с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Эти теоретические положения рассматриваются через призму проблем, которые испытывает данная категория семей. Автор показывает степень теоретической разработанности проблемы и предлагает пути ее решения путем создания методики оказания психолого-педагогической помощи данной категории семей. Рассматривая семью как важнейший ресурс развития ребенка, автор предлагает дифференцировать работу специалистов на разных стадиях жизненного цикла семьи, поскольку каждому из возрастных этапов развития ребенка свойственны свои специфические проблемы. При этом акцент делается на профессиональных умениях, необходимых для работы со всеми членами семьи, жизнь которых тесно связана с жизнью ребенка, поскольку эффективный процесс социализации ребенка невозможен без социальной адаптации семьи в целом. В статье также представлен алгоритм работы специалистов, позволяющий эффективно организовать психолого-педагогическую помощь в процессе социальной адаптации семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

**Ключевые слова:** семья, ребенок с ограниченными возможностями здоровья, социализация, социальная адаптация, социально-экологическая модель, психолого-педагогическая работа с семьями.

---

Среди множества проблем, касающихся детей с ограниченными возможностями здоровья, проблема работы с семьями таких детей занимает основное место. Проблема эта особенно актуальна в связи с тем, что при общей тенденции к снижению роста численности детей-инвалидов<sup>1</sup> в последние годы возрастает количество семей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии. По данным Минздравсоцразвития России, на конец 2009 г. численность детей-инвалидов в России составила 545 тыс. человек, почти 78 % из них проживают в настоящее время в семьях. Эти цифры ясно показывают актуальность обсуждаемой проблемы и в теоретическом, и в практическом отношении.

---

<sup>1</sup> [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Все семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями, нуждаются как в психологической поддержке, направленной на повышение самооценки родителей, оптимизацию психологического климата в семье, так и в педагогической помощи, которая связана с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребенка.

Повышенная уязвимость ребенка с ограниченными возможностями здоровья, потребность в уходе обуславливают трудности не только материального характера. Многие вопросы, естественным образом разрешающиеся в других семьях, становятся проблемами: как устроиться на работу; сможет ли ребенок пойти в школу; что будет с ним, когда не станут родители и т.д. – все это приводит к появлению таких переживаний, как вина, боль, обида, гнев, одиночество, страх. За вышеперечисленным спектром проблем помимо острого «семейного» контекста лежит глубокое личностное значение, что зачастую приводит к необходимости пересмотреть ценностные позиции, смыслы и цели жизни. На уровне семьи это может вызвать отчуждение членов семьи друг от друга, распад семьи или, наоборот, породить повышенную привязанность членов семьи друг к другу, концентрированность на своих проблемах и изоляцию семьи от общества [2; 16].

При планировании основных направлений работы специалиста с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, важно особое внимание уделять реакциям родителей и возможности оказывать им консультативную помощь на том или ином этапе. В контексте этого подхода необходимо знать особенности семей, воспитывающих ребенка-инвалида, понимать, какие чувства испытывают родители.

Анализ литературы показывает, что в настоящее время имеются значимые психолого-педагогические разработки, касающиеся вопросов личностной сферы родителей (в большей степени – матерей).

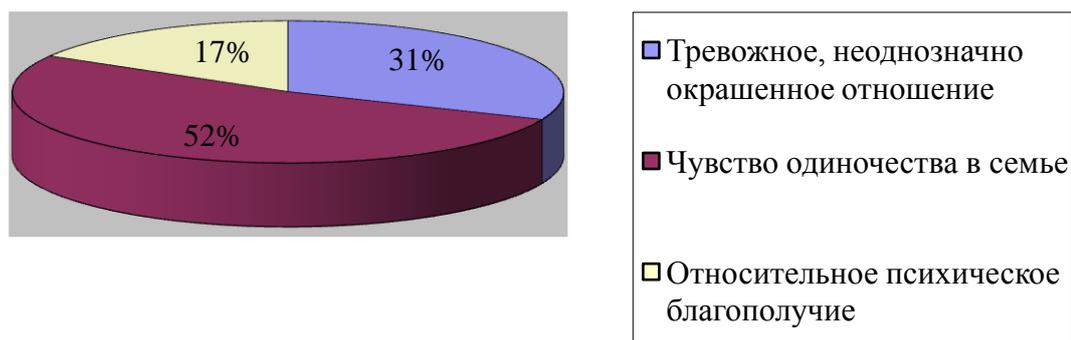
В рамках психодинамического подхода, отталкиваясь от взглядов З. Фрейда, современные исследователи проблемы материнско-детских отношений выделяют мать как центральный элемент диады «ребенок–мать». В качестве провоцирующих условий, нарушающих адекватное материнство, авторы выделяют внешнюю ситуацию, носящую травмирующий характер, и внутреннюю ситуацию, которая раскрывает невротическую структуру личности, описанную в трудах К. Хорни, А.Адлера, Е. Скаффера и др.

В рамках интерактивного подхода заслуживает внимания концепция социальных представлений, разработанная М. Куном, А. Роуз, С. Московичи, Т. Шибутани, в которой центральное место занимает фактор социального взаимодействия. Объединяющая идея исследователей – неизбежность отпечатка социальных установок, стереотипов и способа контакта участвующих в общении субъектов. Это некие стандарты, ярлыки, обеспечивающие определенное состояние готовности к однозначной реакции и оценке. Для обсуждения нашей проблемы важен тот момент, что, с точки зрения этого подхода, благодаря правильно вы-

строенному социальному партнерству родители могут способствовать как социальной адаптации своего ребенка, так и гуманизации общества, формируя у здоровых его членов толерантное отношение к людям с ограниченными физическими и интеллектуальными возможностями, сочувствие и желание оказывать им помощь.

Сталкиваясь с препятствиями и сложными жизненными ситуациями (а рождение ребенка-инвалида – это, безусловно, именно такая ситуация), личность, как показано в работах отечественных и зарубежных авторов А.Г. Асмолова, Б.С. Братуся, Ф.Е. Василюка, Т.Б. Карцевой, Р.Х. Шакурова, В. Франкла и др., изменяется в отношении к себе, социуму и деятельности. В этом случае в качестве определяющего фактора, помогающего преодолеть это препятствие, авторы выделяют уровень развития мотивационно-потребностной сферы.

В психолого-педагогических исследованиях, проведенных В.А. Вишневым, Б.А. Воскресенским, Р.Ф. Майрамян, И.А. Скворцовым, Л.М. Шипициной и др., описывается психотравмирующее влияние ребенка с отклонениями в развитии на отношения в семье и возникновение в связи с этим психопатологических расстройств у матерей. Так, психологическое исследование межличностных отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, проведенное Л.М. Шипициной, показало, что большинство семей не в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, связанными с появлением ребенка-инвалида в семье. В большинстве из них имеют место конфликтность, тревожность, эмоционально неоднозначно окрашенные семейные отношения, отчужденность, одиночество в семье (см. диаграмму).



**Диаграмма.** Характер семейных отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Проведенный анализ показывает, что в такой ситуации семья вправе рассчитывать не только на материальную поддержку со стороны государства, но и на помощь в организации, налаживании социальной, бытовой, воспитательной и психологической сфер ее жизни.

Проблеме комплексного подхода к вопросу о социально-психологической адаптации семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, посвящены исследования Т.А. Добровольской, И.Ю. Левченко, М.М. Семаго, В.В. Ткаченко, О.В. Солодянкиной, Е.Р. Баенской и др.

Рассмотрение проблем детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, частично представлено в работах Т.Г. Богдановой, А.И. Захарова, Б.Д. Корсунской, Н.В. Мазуровой, Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной, А.Р. Маллера, А.Н. Смирновой, А.С. Спиваковской, Л.М. Шипицыной и др. Данной проблеме посвящены работы таких зарубежных авторов, как Д. Добсон, Р. Скиннер, Д. Клингз, Н. Финни, К. Флейк-Хобсон и др. Однако эти исследования в основном носят рекомендательный характер, касаются разработки специальных мер, направленных на реабилитацию детей конкретных нозологий, т. е. они ориентированы на узкопрофильную помощь.

Анализ имеющейся психолого-педагогической литературы по проблеме показал, что семьи, воспитывающие ребенка с отклонениями в развитии, рассматриваются в большинстве случаев через призму особенностей развития самого ребенка, характера его инвалидности. Комплексное психолого-педагогическое сопровождение таких семей – относительно новая сфера деятельности специалистов. На сегодняшний день ощущается недостаток работ, в которых были бы описаны знания и опыт, накопленные в данной области. В этой связи представляется целесообразным подробнее остановиться на вопросах, касающихся закономерностей жизненных циклов семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также проблем социальной адаптации таких семей.

Семья, имеющая ребенка-инвалида, на протяжении всей жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными причинами. Это чередование взлетов и еще более глубоких падений. Семьи с лучшей психологической и социальной поддержкой легче преодолевают эти состояния. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть семейных кризисов на разных возрастных этапах развития ребенка по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья затрудняет функционирование семьи и ставит ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям. Помимо того, что родители такого ребенка испытывают трудности, характерные для всех категорий семей, им также свойственны свои специфические проблемы, которые вызывают цепную реакцию неблагоприятных изменений в семье, затрагивающих все основные сферы семейной жизни.

А. Торнбал выделяет следующие периоды, связанные со стрессом на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей-инвалидов:

- рождение ребенка: получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи;
- школьный возраст: становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (инклюзивное или специализированное обучение), решение вопросов, связанных с поступлением ребенка в школу, внешкольной деятельностью ребенка, переживание реакций сверстников;
- подростковый возраст: привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, планированием общей занятости ребенка;
- период «выпуска»: признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации семьи;
- постродительский период: перестройка взаимоотношений между супругами (если ребенок начал самостоятельную жизнь) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

В каждом из этих периодов можно выделить проблемы самого ребенка-инвалида и проблемы родителей, связанные непосредственно с ним. Особенности детско-родительских отношений сказываются на всех этапах социализации ребенка, что должно учитываться при определении путей помощи семье.

Как следует из анализа психолого-педагогических исследований Н.Д. Левитова, Г.М.Андреевой, Ф.Е. Василюка, А.А. Налчаджана, И.А. Коробейникова и др., посвященных процессу социализации детей-инвалидов, социальная адаптация семьи в целом является необходимым условием социальной адаптации ребенка. Данный тезис очень важен, поскольку до последнего времени в российских исследованиях семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, не выделялись в отдельную группу. В массовое сознание десятилетиями внедрялся обывательский стереотип о том, что дети с нарушенным развитием рождаются исключительно в семьях с асоциальным поведением. Такой подход является совершенно недопустимым.

Научные исследования, проведенные в рамках изучения проблемы социализации, позволили выделить следующие основные проблемы социальной адаптации семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

- в обществе недостаточно сформировано отношение к инвалиду как к гражданину, в большей степени о нем говорится как о «медицинском» субъекте. Иными словами, все еще преобладает медицинская модель инвалидности, в отличие от социальной модели;
- отсутствует система ранней профилактической и информационной помощи родителям. Родители выигрывают во времени, если будут иметь возможность как можно раньше

принять это известие, узнать необходимую информацию, познакомиться с семьями, столкнувшимися со сходными проблемами. Во многих странах существует именно такая практика. Особую роль в данном случае играют врачи (гинеколог, генетик, неонатолог) – первые в длинной цепочке специалистов;

– имеющаяся система информирования родителей о том, что родившийся ребенок – инвалид, в значительной степени влияет на их психологическое состояние. Как правило, врачи предоставляют скудную и предвзятую информацию о «бесперспективности» ребенка с патологией и не сообщают, какие достижения может иметь этот ребенок при заботливом воспитании дома;

– среди семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, самый большой процент составляют неполные материнские семьи. 50 % родителей развелись по причине рождения ребенка-инвалида, мать не имеет перспективы вторичного замужества. Поэтому к проблемам данной категории семей прибавляются проблемы неполной семьи;

– стрессовая ситуация и отсутствие системы поддержки на ранних этапах оказывают сильное деформирующее воздействие на психику родителей и являются исходным условием для резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Родительские ассоциации, неправительственные организации начинают подключаться к этой проблеме лишь по прошествии определенного времени, когда в семье уже нарушена психологическая стабильность.

Вместе с тем в настоящее время в России существенно усилилось внимание к детям-инвалидам:

– законодательство обеспечивает детям-инвалидам равные условия для эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха. Сложность заключается в механизмах реализации этого положения с учетом региональных особенностей;

– активизируются общественные движения, которые на сегодняшний день являются одним из сильнейших механизмов стимулирования рассмотрения проблем инвалидности – как детской, так и взрослой;

– активизируется работа Всероссийского общества инвалидов, Всероссийского общества глухих, Всероссийского общества слепых и др.

– создано несколько видов общественных организаций и ассоциаций, занимающихся проблемами инвалидов (взрослых и детей), которые в том или ином виде разрабатывают и внедряют программы, направленные на социальную адаптацию семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В контексте рассмотрения механизмов социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, наиболее значимой представляется социально-экологическая модель, предложенная У. Бронфенбреннером. Подсистемы социально-экологической модели включают в себя микросистему, мезосистему, экзосистему и макросистему. К изучению семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, данную модель впервые применил Д. Митчелл [14].

С точки зрения Д. Митчелла, микросистема представляет собой набор паттернов поведения, ролей и межличностных взаимоотношений, существующих в семье. В ней можно выделить следующие компоненты: «мать – отец», «мать – особый ребенок», «мать – здоровый ребенок», «отец – особый ребенок», «отец – здоровый ребенок», «особый ребенок – здоровый ребенок».

Опишем примеры потенциальных проблем в различных подразделах микросистемы «семья особого ребенка»:

– «мать–отец»: индивидуальное состояние каждого и гармоничность отношений до рождения ребенка, необходимость принять ограничения ребенка;

– «мать – особый ребенок»: депрессия, чувство вины, самообвинение, проблема отношения к ребенку;

– «мать – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;

– «отец – особый ребенок»: отказ отца от физического и психологического участия в заботе об особом ребенке;

– «отец – здоровый ребенок»: недостаток внимания к здоровому ребенку, взваливание на здорового ребенка непосильных обязанностей по уходу за особым ребенком, использование здорового ребенка в качестве «компенсации»;

– «особый ребенок – здоровый ребенок»: чувство вины, стыда, страх «заразиться» нарушениями или вера в то, что ты уже «заразился»; «порабощение» особым ребенком здорового брата или сестры, амбивалентные чувства здорового ребенка по отношению к брату/сестре с нарушениями.

Микросистема (в первую очередь семья), по мнению Д. Митчелла, функционирует в мезосистеме, включающей в себя ближайшее окружение семьи и поле ее активных действий.

Основные элементы мезосистемы:

– врачи и медицинские работники: восприятие диагноза ребенка, глубина профессиональных знаний и способностей, отношение специалистов к особым детям и их семьям,

способность специалистов быть с родителями честными, но доброжелательными, человечными и готовыми помочь;

- родственники: отношение дедушек и бабушек к внуку с нарушениями развития, готовность дедушек, бабушек и других родственников облегчить стресс родителей, предоставляя им физическую и психологическую помощь;

- друзья/соседи: открытое и сочувственное отношение, готовность помочь родителям справиться с чувствами вины и неловкости;

- знакомые, коллеги: отношение к членам семьи как к нормальным людям, без излишнего и навязчивого внимания к ограничениям их ребенка;

- программы раннего вмешательства, которые могут оказать семье особого ребенка огромную помощь;

- другие родители: группы поддержки для родителей, братьев и сестер предоставляют социальную, психологическую и практическую помощь, могут с помощью коллективных действий влиять на социальную политику.

В экосистему входят условия, на которые семья не может активно повлиять, но которые влияют на семью. Д. Митчелл считает, что примером экосистем могут служить:

- средства массовой информации: формируют отношение населения к людям с ограниченными возможностями здоровья, изображая их несчастными, ни на что не способными, никому не нужными или, напротив, сильными, талантливыми, заслуживающими уважения и любви;

- система здравоохранения: семьи детей с тяжелыми нарушениями особенно зависят от системы здравоохранения;

- социальные службы: для благосостояния некоторых семей жизненно важна финансовая помощь и другие виды государственной поддержки; пенсия по инвалидности также помогает выжить нуждающимся семьям;

- система образования: возможность получить доступное ребенку образование.

И, наконец, существует макросистема, отражающая принятые в обществе ценности:

- этнические, культурные, религиозные и социально-экономические: влияют на то, как члены семьи воспринимают нарушения ребенка, и могут сыграть важную роль в стиле взаимодействия семьи с государственными учреждениями и общественными организациями; социально-экономический статус непосредственно определяет физические ресурсы семьи;

- экономические и политические ценности: состояние экономики и политическая атмосфера могут оказать непосредственное влияние на государственные программы помощи особым детям и их семьям.

Как видно из описанной выше модели, для того чтобы понять, как функционирует семья, воспитывающая ребенка с нарушениями развития, недостаточно изучить одного ребенка, или пару «ребенок–мать», или даже динамику семьи в целом. Все важнее становится исследовать семью в широком социальном, экономическом и политическом контекстах.

Опираясь на вышесказанное, сформулируем основные позиции, в соответствии с которыми должны строиться основные пути психолого-педагогической помощи и поддержки семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также систематизируем ряд вопросов, касающихся психолого-педагогической работы по социальной адаптации такой семьи. Содержание этой работы включает в себя многообразные теоретические и практические направления и заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки семье и ее отдельным членам в проблемных ситуациях.

Опишем основные функции, которые выполняет при этом специалист:

– информационная функция: специалист предлагает семье или ее отдельным членам дидактическое изложение информации, владение которой позволило бы устранить недостаточную психолого-педагогическую и социальную компетентность;

– поддерживающая функция: специалист обеспечивает психологическую поддержку, которая отсутствует или приняла искаженные формы в реальных семейных отношениях;

– посредническая функция: специалист в роли посредника содействует восстановлению нарушенных связей семьи с миром и ее членов между собой;

– функция развития семьи как малой группы: специалист помогает членам семьи развивать основные социальные умения и навыки, такие, как навыки внимательного отношения к другому, понимания нужд окружающих, умения оказывать поддержку и разрешать конфликтные ситуации, выражать свои чувства и замечать чувства других людей. Специалист также способствует поиску ресурсов семьи, позволяющих каждому из ее членов осознать и использовать возможности для саморазвития;

– функция обучения родителей и детей: специалист раскрывает перед родителями всю многогранность коррекционного психолого-педагогического процесса работы с ребенком, знакомит с принципами построения таких форм взаимодействия с ребенком, при которых он чувствует себя уверенно и комфортно. При этом специалист может способствовать развитию навыков общения, приемов саморегуляции и самопомощи.

В соответствии с вышеперечисленными функциями можно выделить следующие виды психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

– информирование: специалист может предоставить семье или отдельным ее членам информацию о закономерностях и особенностях развития ребенка, о его возможностях и

ресурсах, о сущности самого расстройства, которым страдает их ребенок, о вопросах воспитания и обучения такого ребенка и т.д.;

– индивидуальное консультирование: практическая помощь родителям детей с ограниченными возможностями здоровья, суть которой заключается в поиске решений проблемных ситуаций психологического, воспитательно-педагогического, медико-социального и т.п. характера. Рассматривая консультирование как помощь родителям в налаживании конструктивных отношений со своим ребенком, а также как процесс информирования родителей о нормативно-правовых аспектах будущего семьи, вытаскивания их из «информационного вакуума», прогнозирования возможностей развития и обучения ребенка, можно выделить несколько моделей консультирования, самой адекватной из которых является трехсторонняя модель, предусматривающая ситуацию, когда во время консультации родителей консультант должен оценивать и учитывать характер проблем и уровень актуального развития самого ребенка;

– семейное консультирование (психотерапия): специалист оказывает поддержку в преодолении эмоциональных нарушений в семье, вызываемых появлением особого ребенка. В ходе занятий применяются такие методы, как психодрама, гештальттерапия, транзактный анализ. Эти методы способствуют формированию психологического и физического здоровья, адаптации в обществе, принятию себя, эффективной жизнедеятельности;

– индивидуальные занятия с ребенком в присутствии матери: подбираются эффективные методы воспитательно-педагогического воздействия на ход психического развития самого ребенка и результативные способы обучения родителей коррекционно-развивающим технологиям;

– групповая работа: организация работы родительских и детско-родительских групп. Поскольку участникам таких групп предоставляется возможность поделиться собственным опытом и узнать об опыте других, трансформировать картину переживаний и приобрести навыки саморазвития как основы личностной позиции, данный способ оказания помощи семьям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями здоровья, является одним из самых эффективных. Интересны и прогрессивны в плане групповой работы технологии работы с семьей в режиме нейролингвистического программирования, которые в настоящее время заняли приоритетные позиции в работе психотерапевтов в США, Канаде. Суть этого подхода заключается в создании на основе собранной специалистом информации моделей деятельности, полезных для человека в той или иной ситуации. Ставка на поведенческий результат на основе программирования паттернов поведения и их отработки дает очень неплохие результаты в решении различного рода личностных проблем членов семьи [4]. Однако в работе с семьей, воспитывающей особого ребенка, эти технологии пока не зая-

вили о себе в полный голос, что связано, по-видимому, с достаточно сложной картиной семейной хроники в каждом отдельном случае.

Практика показывает, что психолого-педагогическая помощь оказывается более продуктивной, когда с семьей работает команда специалистов, нацеленных на общий результат. В этом случае для каждой конкретной семьи разрабатывается своя индивидуальная комплексная программа реабилитации, в которой объединены элементы психологической коррекции, педагогического воздействия, дефектологии, социальной работы. Работа в команде позволяет избежать ряда проблем, связанных со спецификой работы с семейной системой, например, тенденции присоединиться и образовать коалицию с одним из членов семьи.

Алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, может быть представлен в виде следующих этапов:

1) исследование семьи: изучение особенностей функционирования семьи, выявление ее скрытых ресурсов, сбор информации о ее социальном окружении, изучение потребностей родителей и ребенка;

2) установление контакта, работа на преодоление реакций психологических защит, мотивирование на сотрудничество;

3) оценка путей оказания психолого-педагогической помощи;

4) выбор направлений работы в зависимости от результатов диагностики;

5) работа специалистов по оказанию психолого-педагогической помощи семье, направленной на активизацию социальной позиции родителей, восстановление и расширение социальных связей, поиск возможностей членам семьи опереться на свои собственные ресурсы;

6) анализ эффективности достигнутых результатов.

Деятельность специалистов, проводимая в рамках данного алгоритма, может рассматриваться как одно из направлений работы по социальной адаптации семьи в контексте основных аспектов жизнедеятельности, особенностей семейного функционирования на различных возрастных этапах, что дает возможность специалисту свободнее передвигаться в проблемном поле семьи и выбирать наиболее адекватные для каждого этапа работы стратегии психолого-педагогической помощи и коррекции. Последовательная реализация этих этапов, вкуче с подчиненностью принципам, сформулированным в данной работе, может стать организационной формой осуществления качественных изменений, которые повлекли бы за собой улучшение качества жизни семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

## Литература

1. *Айвазян Е.Б., Павлова А.В., Одиноква Г.Ю.* Проблемы особой семьи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2008. №2.
2. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: 2-е изд. М., 2009.
3. *Бурмистрова Е.В.* Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь // Вестник практической психологии образования. 2008. №4 (17).
4. *Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия /Пер. с англ. Ю.С.Уокер. М, 1999.
5. *Дмитриева Л.М.* Деятельность центра психолого-медико-социального сопровождения по обеспечению специализированной помощи детям, воспитывающимся на дому //Дефектология. 2008. №2.
6. *Дробинская А.О.* Чтобы учение было в радость (несколько советов родителям первоклассника) // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. №5.
7. *Коробейников И.А.* Нарушения развития и социальная адаптация. М., 2002.
8. *Косова С. А., Модестов А.А., Намазова Л.С.* Реабилитационная активность семей как критерий эффективности медико-социальной помощи детям-инвалида // Педиатр. Фармакология. 2007. №6.
9. *Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2003.
10. *Мишина Г.А.* Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития //Дефектология. 2001. № 1.
11. *Монахов М.В.* Качество жизни семей, имеющих детей с ограниченными возможностями// Социальные аспекты здоровья населения: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 2009. №1(9).
12. *Панкратова М.А., Андреева С.А.* Социально-психологический патронаж семей, воспитывающих детей с нарушениями развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. №2.
13. *Поташова И.И., Худенко Е.Д., Кальянов И.В., Луданова Ю.Н., Любимова М.Н.* Современные технологии оказания консультативной помощи родителям, воспитывающим ребенка-инвалида: Метод. пособие. М., 2008.
14. *Селигман М., Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети: Пер с англ.: 2-е изд. М., 2009.
15. *Ткачева В.В.* Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом //Специальная психология. 2009. №1(19).

16. *Фирсова В.Ю.* Особенности детско-родительских отношений в семьях умственно отсталых школьников //Специальная психология. 2009. №3(21).
17. *Шипицына Л.М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. СПб, 2002.

---

# Modern aspects of psychological and pedagogical work with families bringing up a disabled child

*I. I. Potasheva,*

*educator-psychologist, Moscow special (correctional) regular school type VIII № 532 aip@comtv.ru*

---

The article contains theoretical provisions on the main functions and directions of specialists work with families bringing up a disabled child. This directions are viewed through the prism of problems suffered by this category of families. The article shows the level of theoretical development of the problem and proposes the ways to its solution by creation a method of providing psychological and pedagogical help to this category of families. By viewing the family as the most important development resource of the child, the author proposes to differentiate the specialists work on different stages of the family's life cycle because each of the child's development stages has its own specific problems. The emphasis is made on professional skills which are necessary for working with all family members whose life is tightly connected to the life of the child, because an effective socialization process is impossible for the child without social adaptation of the family as a whole. The article also presents an algorithm of the specialists work which makes it possible to efficiently organize psychological and pedagogical help in the process of social adaption of a family upbringing a disabled child.

**Keywords:** family, disabled child, socialization, social adaptation, socioeconomic model, psychological and pedagogical work with families

---

## References

1. *Aivazyan E.B., Pavlova A.V., Odinkova G.Yu.* Problemy osoboi sem'i // Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya. 2008. <sup>1</sup>2.
2. *Baenskaya E.R.* Pomosh' v vospitanii detei s osobym emocional'nym razvitiem: 2-e izd. M.,2009.
3. *Burmistrova E.V.* Sem'ya s «osobym rebenkom»: psihologicheskaya i social'naya pomosh' // Vestnik prakticheskoi psihologii obrazovaniya. 2008. <sup>1</sup>4 (17).
4. *Bendler R., Grnnder Dzh., Satir V.* Semeinaya terapiya /Per. s angl. Yu.S.Uoker. M, 1999.
5. *Dmitrieva L.M.* Deyatel'nost' centra psihologogo-mediko-social'nogo soprovozhdeniya po obespecheniyu specializirovannoi pomoshi detyam, vospityvayushimsya na domu //Defektologiya. 2008. <sup>1</sup>2.

6. *Drobinskaya A.O.* Chtoby uchenie bylo v radost' (neskol'ko sovetov roditelyam pervoklassnika) // *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya*. 2009. <sup>15</sup>.
7. *Korobeinikov I.A.* Narusheniya razvitiya i social'naya adaptatsiya. M., 2002.
8. *Kosova S. A., Modestov A.A., Namazova L.S.* Reabilitatsionnaya aktivnost' semei kak kriterii effektivnosti mediko-social'noi pomoshi detyam-invalida // *Pediatr. Farmakologiya*. 2007. <sup>16</sup>.
9. *Mastyukova E.M., Moskovkina A.G.* Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razvitii. M., 2003.
10. *Mishina G.A.* Formy organizatsii korrektsionno-pedagogicheskoi raboty specialista-defektologa s sem'ei, vospityvayushei rebenka rannego vozrasta s narusheniyami psihofizicheskogo razvitiya // *Defektologiya*. 2001. <sup>1</sup> 1.
11. *Monahov M.V.* Kachestvo zhizni semei, imeyushih detei s ogranichennymi vozmozhnostyami // *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: Central'nyi nauchno-issledovatel'skii institut organizatsii i informatizatsii zdavoohraneniya*. 2009. <sup>1</sup>1(9).
12. *Pankratova M.A., Andreeva S.A.* Social'no-psihologicheskii patronazh semei, vospityvayushih detei s narusheniyami razvitiya // *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya*. 2009. <sup>12</sup>.
13. *Potashova I.I., Hudenko E.D., Kal'yanov I.V., Ludanova Yu.N., Lyubimova M.N.* Sovremennye tehnologii okazaniya konsul'tativnoi pomoshi roditelyam, vospityvayushim rebenka-invalida: Metod. posobie. M., 2008.
14. Seligman M., Darling R. *Obychnye sem'i, osoby deti: Per s angl.: 2-e izd.* M., 2009.
15. *Tkacheva V.V.* Psihologicheskie osobennosti roditel'ei, imeyushih detei s detskim cerebral'nym paralichom // *Special'naya psihologiya*. 2009. <sup>1</sup>1(19).
16. *Firsova V.Yu.* Osobennosti detsko-roditel'skih otnoshenii v sem'yah umstvenno otstalyh shkol'nikov // *Special'naya psihologiya*. 2009. <sup>1</sup>3(21).
17. *Shipicyna L.M.* «Neobuchaemyi» rebenok v sem'e i obshestve. SPb, 2002.