

Воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья как междисциплинарная проблема

И. К. Шац

*Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. В оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их семьям участвуют педагоги-дефектологи, психологи и врачи разных специальностей. Эти специалисты, взаимодействуя с семьей ребенка с ОВЗ, должны иметь схожие позиции и взгляды на различные аспекты воспитания.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 236 семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и в 113 семьях со здоровыми детьми. Диагностика стиля воспитания проводилась в процессе семейной психотерапии и консультирования с помощью диагностического интервью, с использованием ряда психологических методик, в том числе авторского скрининг-опросника родительского отношения.

Результаты. В семьях детей с ОВЗ применялись различные стили негармоничного воспитания. Потворствующая гиперпротекция как стиль воспитания встречалась наиболее часто. На втором по частоте месте было выявлено ипохондрическое доминирование как стиль воспитания. Этот стиль воспитания описан и обоснован автором. Основой этого стиля воспитания являлось преувеличенное, утрированное внимание родителя к здоровью ребенка и его жесткий контроль с игнорированием желаний и потребностей ребенка. В ситуациях, не связанных со здоровьем, ребенок сам определял и регламентировал свою жизнь, а все его желания и прихоти выполнялись. Выявлены психологические и социальные причины негармоничного воспитания. Результатами такого воспитания часто являются патохарактерологические реакции, нарушение поведения, формирование различных вариантов аномалий личности.

Обсуждение и выводы. Большой удельный вес негармоничных стилей воспитания в семьях детей с ОВЗ является серьезной педагогической проблемой. Использование негармоничных стилей в семейном воспитании приводит к серьезным психологическим, социальным и психиатрическим последствиям. Таким образом, отклонения в воспитании и его составляющие имеют педагогические, психологические, социальные и клинические аспекты, что делает воспитание междисциплинарной проблемой. Для решения этих проблем требуются усилия различных специалистов.

Ключевые слова: параметры воспитания, негармоничное воспитание, дети с ограниченными возможностями здоровья.

Для цитирования: Шац И.К. Воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья как междисциплинарная проблема // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2022. – № 2. – С. 366–380. DOI 10.35231/18186653_2022_2_366

Raising children with disabilities as an interdisciplinary problem

Igor K. Shats

*Pushkin Leningrad State University,
Saint Petersburg, Russian Federation*

Introduction. Educational specialists, psychologists and doctors from different specialties are involved in assisting children with disabilities and their families. These professionals, when interacting with the family of a child with disabilities, should have similar attitudes and views on various aspects of education.

Materials and methods. The study was conducted in 236 families with children with disabilities and 113 families with healthy children. Parenting style was diagnosed in family psychotherapy and counselling using a diagnostic interview, using a range of psychological techniques, including the author's Parenting Attitude Screening Questionnaire.

Results. Different styles of disharmonious parenting were used in families of children with disabilities. Indulgent hyperprotection as a parenting style was the most common. Hypochondriacal domination as a parenting style was found to be the second most frequent. This parenting style was described and substantiated by the author. The basis of this parenting style was the parent's exaggerated attention to the child's health and their tight control, ignoring the wishes and needs of the child. In non-health situations, the child determined and regulated his or her own life, and all of his or her wishes and whims were fulfilled. The psychological and social causes of disharmonious upbringing were identified. The results of such upbringing are often pathocharacterological reactions, behavioural disorders and the formation of various personality anomalies.

Discussion and conclusion. The high proportion of non-harmonious parenting styles in families of children with disabilities is a serious pedagogical problem. The use of disharmonious styles in family education leads to serious psychological, social and psychiatric consequences. Thus, educational deviations and their components have pedagogical, psychological, social and clinical dimensions, making parenting a multidisciplinary problem. Addressing these problems requires the efforts of different professionals.

Key words: parenting parameters, disharmonious upbringing, children with disabilities.

For citation: Shats, I. K. (2022) Vospitaniye detey s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya kak mezhdistsiplinarnaya problema [Raising children with disabilities as an interdisciplinary problem]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No 2. pp. 366–380. DOI 10.35231/18186653_2022_2_366 (In Russian).

Введение

Воспитание как система воздействия на ребенка наравне с наследственными факторами является определяющим аспектом для формирования личности ребенка, влияет на его поведение и во многом определяет всю последующую жизнь¹. Воспитание является одной из центральных задач педагогики. Обычно воспитанием занимается семья, участвуют в этом процессе и специалисты образовательных учреждений.

Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в семье является важной частью коррекционных и реабилитационных мероприятий в системе помощи таким детям. В семьях детей с ограниченными возможностями здоровья часто используются негармоничные типы (стили) воспитания, что приводит к серьезным педагогическим, психологическим, социальным, а порой и психическим проблемам [4; 17].

С детьми с особыми нуждами взаимодействуют: семья ребенка, педагоги-дефектологи, специальные психологи, неврологи, врачи-психиатры и психотерапевты, а также врачи других специальностей (в зависимости от проблем здоровья). В связи с этим существует настоятельная потребность сблизить позиции разных специалистов по трактовке воспитания, его характеристик и типов, создать с участием разных специалистов унифицированные комплексные программы по коррекции негармоничных стилей воспитания и его последствий для детей с ОВЗ.

Целью статьи является анализ различных аспектов и междисциплинарных подходов к воспитанию детей с ОВЗ с использованием литературных данных и результатов собственных исследований.

Обзор литературы

Исходя из целей данного исследования нами был проведен анализ педагогической, психологической и клинической литературы по различным аспектам воспитания.

¹ Шнейдер Л. Б., Семейная психология: учеб. пособие для вузов. Екатеринбург, Деловая книга. 2007. 734 с.

В педагогической литературе существуют разные, хотя и близкие, определения воспитания. О.С. Газман определяет воспитание как «сотрудничество поколений, совместная выработка ценностей, норм, задач, социальной деятельности, т. е. духовное творчество старших и младших, продуктом которого является жизненная позиция» [1, с. 51]. Другие авторы считают, что воспитание является и процессом развития личности, и условиями для этого развития [2, с. 12]. Специалисты полагают, что воспитание способствует адаптации человека в обществе и влияет на его социализацию [9]. По мнению некоторых исследователей, в настоящее время в науке отсутствует философско-методологическое обоснование терминологического определения понятия «семейное воспитание», его критерии многочисленны, нечетки и противоречивы [16]. По мнению автора семейное воспитание как научный феномен имеет большие перспективы и является междисциплинарной проблемой [15].

В научной литературе в зависимости от подходов существуют разные описания и классификации параметров и типов (стилей) воспитания. В педагогической теории и практике приняты следующие параметры воспитания: степень контроля, заботы и опеки, качество эмоционального контакта между родителями и ребенком, характер руководства поведением ребенка со стороны взрослых¹ [5; 6].

Определенная комбинация вариантов этих параметров определяет стиль воспитания, чаще выделяют авторитарный, демократический, либеральный и попустительский стили воспитания или близкие по смыслу варианты.

При авторитарном воспитании родители имеют четкие представления о целях и результатах воспитания, демонстрируют высокий уровень контроля и холодные отношения, при этом удовлетворяют бытовые и образовательные потребности ребенка [5; 6]. В деятельности воспитателя доминирует принуждение, выраженная опека². Демократический стиль воспитания включает теплые отношения и высокий контроль. Родители, поощряют инициативу и, прислушиваются к мнению детей. Демократический стиль формирует гармоничный тип личности. Либеральный стиль воспитания предполагает полную свободу для ребенка, при этом правила

¹ Бордовская Н. В., Реан А. А. Педагогика: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2006. 304 с.; Психология развития: словарь / под ред. А.Л. Венгера. М.: ПЕР СЭ, 2005. 176 с.

² Бордовская Н. В., Реан А. А. Педагогика: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2006. 304 с.

поведения, запреты, реальная помощь отсутствуют, но отношение с детьми теплые. При попустительском стиле воспитания для детей нет ограничений, отношения со стороны родителей холодные. Родители удовлетворяют материально бытовые потребности ребенка, но безразличны к его духовным потребностям и переживаниям [5; 6].

В теоретических и практических исследованиях психолого-психиатрической направленности наиболее часто ссылаются на параметры, стили воспитания и их последствия, описанные отечественными психиатрами Г.Е. Сухаревой (1959), А.Е. Личко (1983, 1985) и Э.Г. Эйдемиллером (1990) [7; 8; 12; 18]. Каждый стиль воспитания состоит из определенных параметров таких, как уровень протекции (опеки) в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество и качество требований к ребенку в семье, неустойчивость стиля воспитания¹ [18]. А.Е. Личко (1983, 1985) выделяет следующие негармоничные стили воспитания: потворствующую гиперпротекцию, доминирующую гиперпротекцию, условия повышенной моральной ответственности, эмоциональное отвержение, условия жестоких взаимоотношений и гипопротекцию. Автор считает, что негармоничные стили воспитания играют большое значение в возникновении патохарактерологических реакций, неврозов и аномального развития личности (психопатии) [7; 8].

При потворствующей гиперпротекции родители чрезмерно покровительствуют своему ребенку, стремятся освободить его от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей, постоянно опекают ребенка. Доминирующая гиперпротекция включает в себя чрезмерную опеку со стороны родителей, мелочный контроль каждого шага и составляет систему постоянных запретов. Воспитание в системе повышенной моральной ответственности характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Требования к ребенку очень велики и не соответствуют его возможностям. При воспитании по типу эмоционального отвержения ребенок постоянно ощущает, что им тяготятся, переживает эмоциональную депривацию, так как родители устанавливают в отношениях с ним большую душевную дистанцию. Условия жестоких взаимоотношений обычно сочетаются с эмоциональным отвержением и включают в себя суровые наказания за мелкие

¹ Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

проступки и непослушание, лишение удовольствий, неудовлетворение потребностей ребенка. Гипопротекция проявляется недостатком опеки и контроля, а главное – отсутствием искреннего интереса к делам, волнениям и увлечениям ребенка или подростка. Чаще в современных семьях в условиях материального достатка гипопротекция не сказывается на удовлетворении насущных нужд ребенка, а проявляется только недостатком внимания, заботы и руководства [7; 8; 18].

В работах по воспитанию в семьях, имеющих детей с ОВЗ, описываются схожие с вышеизложенным стили воспитания, но отмечается больший удельный вес опеки (протекции)¹ [13; 19]. В то же время многие специалисты обращают внимание, что в семьях больных детей родители часто переходят к ранее не свойственным этой семье или необычным типам воспитания [7; 12; 18 и др.]. Описан тип воспитания «в культе болезни» детей с ОВЗ, когда болезнь ребенка или подростка становится центром, на котором фиксировано внимание всей семьи [7].

Причины негармоничного воспитания очень различны, к ним можно отнести широкий спектр жизненных ситуаций и обстоятельств в жизни семьи. По мнению многих исследователей, важную роль в нарушениях воспитания играют характерологические особенности самих родителей (выраженные акцентуации и расстройства личности) и их психологические проблемы, решаемые за счет ребенка² [19; 20].

Серьезными последствиями негармоничного воспитания являются патохарактерологические реакции и патологические формирования личности [4]. Патохарактерологические реакции проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения ребенка или подростка и как правило, сопровождаются невротическими (в частности соматовегетативными) расстройствами.

В развитии приобретенных аномалий личности, к которым относят патохарактерологическое развитие и патологические формирования личности дефицитарного типа, неправильное воспитание играет важную, а порой и основную роль [3]. Эти личностные расстройства малообратимы и существенно затрудняют социальную адаптацию в течение всей жизни человека.

¹ Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. (Высшая школа). М.: Юрайт, 2021. 318 с.

² Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

Материалы и методы

Исходя из цели исследования, нами были изучены детско-родительские отношения и типы воспитания в 236 семьях детей с различными проблемами здоровья. Исследование проводилось в семьях детей с онкологическими заболеваниями, другими тяжелыми соматическими заболеваниями, нарушениями опорно-двигательного аппарата, задержками психического развития. Для выявления закономерностей и тенденций было проведено аналогичное исследование в 113 полных семьях здоровых детей, которые составили контрольную группу исследования.

Исследование проводилось в процессе оказания психологической помощи семье с помощью диагностического интервью. В рамках семейного консультирования и психотерапевтических сессий, использовались: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) [20], методика PARI [11], Опросник родительского отношения [10] и авторский скрининг опросник родительского отношения (СОРО)¹.

Результаты

Анализ отдельных параметров воспитания показал, что в группе детей с ОВЗ, по сравнению группой здоровых детей, отмечается высокий удельный вес гиперпротекции ($p < 0,001$). Иллюстрацией такого воспитательного подхода может служить типичная позиция матери больного ребенка: «Мой ребенок не должен чувствовать себя существом второго сорта из-за того, что он болен».

Во многих семьях детей с ОВЗ родители отказывались от требований и обязанностей для ребенка как инструмента воспитания и механизма формирования ответственности за порученное дело. Это касалось, как домашних обязанностей, так и школьной работы. Этот параметр также абсолютно достоверно отличался ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. Такая позиция объяснялась родителями следующим образом: «После перенесенной болезни ребенок стал очень нервным и слабым, мне легче сделать что-то самой, чем просить об этом сына» и т.п. Потвор-

¹ Шац И.К. Дети с ограниченными возможностями здоровья: диагностика клинико-психологических, психолого-педагогических проблем и динамическое сопровождение: учеб. пособие. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. 180 с.

ствование, как важный параметр воспитания, также превалировало в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Типичное объяснение: «У моего сына много проблем, он заслужил привилегии».

Результаты исследования показали, что перечень запретов и ограничений для детей как инструмент воспитания и привития тех или иных социальных правил и установок был достоверно меньше ($p < 0,01$) в семьях детей с ОВЗ, по сравнению с семьями со здоровыми детьми. В семьях, где такие социальные ограничения и запреты все же существовали, дети часто легко их нарушали. Многие матери боялись строго спросить за проступки или неправильное поведение своих детей, это было связано со страхом ухудшения соматического или психического состояния ребенка. Типичное объяснение: «Запрещать, что-то ребенку сейчас, когда он столько пережил? Вот пройдет какое-то время, он подрастет, окрепнет – тогда...». Выявленная особенность отношений родителей к запретам и ограничениям сочеталась с отказом от использования различных санкций и наказаний. Наказания использовались в этих семьях достоверно реже ($p < 0,01$), чем в семьях здоровых детей.

В семьях детей с ОВЗ применялись различные стили негармоничного воспитания. Потворствующая гиперпротекция как стиль воспитания встречалась наиболее часто и была выявлена в 92 семьях (39%), в контрольной группе она диагностирована в 26 семьях (23%). В этих семьях практически не применялись наказания, запреты и ограничения, ребенка ограждали от домашних обязанностей и социальных нагрузок, стремились к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка. Вариантом потворствующей гиперпротекции является стиль воспитания по типу «оранжерейного воспитания» [12]. В этих семьях ребенок ограждался от самостоятельного преодоления малейших трудностей, ему не прививали настойчивость в достижении цели, умении подавлять сиюминутные желания. Близкие выполняли за ребенка все его обязанности, школьные задания, осуществляли его бытовое обслуживание, оберегали от домашней работы и других видов трудовой деятельности даже в подростковом и юношеском возрасте.

Доминирующая гиперпротекция как стиль воспитания была выявлена в 40 семьях (17%), а в группе семей со здоровыми детьми этот стиль был преобладающим – 37 семей (33%). Ребенок находился в центре внимания родителей, которые отдавали ему много сил и времени, однако в то же

время лишали его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. Стремление оградить ребенка от любых рисков, неосознанное препятствование любому проявлению самостоятельности ребенка сознательно накладывало ограничения в общении: «друзья могут научить вредным привычкам, и болезнь может обостриться».

Эмоциональное отвержение как тип воспитания было диагностировано в 28 семьях (12%), в контрольной группе – в 13 семьях (12%). Ребенок, которого воспитывали в системе эмоционального отвержения, ощущал себя помехой в жизни родителей, которые устанавливали в отношениях с ним большую дистанцию. В этих семьях использовались жесткие меры воспитательного воздействия, в первую очередь по отношению к мальчикам.

Гипопротекция как стиль воспитания встречалась в семьях детей с ОВЗ редко, всего в 2% случаях (5 семей). Это было связано чаще с кризисными периодами в жизни семьи, родители, переживая депрессию, острое чувство вины и беспомощности, не имели сил заниматься воспитанием больного ребенка. Ребенок часто был, предоставлен самому себе, им не интересовались и не контролировали. В контрольной группе этот стиль воспитания применялся в 13% (15 семей).

Работая много лет с семьями тяжело и /или хронически больных детей или семьями, где дети перенесли тяжелую, опасную порой смертельную болезнь, нами наблюдался отличный от описанных ранее тип воспитания, в котором сочетались признаки разных стилей воспитания. Это сочетание давало весьма специфическую картину, которая и позволила выделить отдельный воспитательный стиль, обозначенный нами как *ипохондрическое доминирование*. Ипохондрия трактуется как состояние человека, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятию своих обычных ощущений как ненормальных, неприятных и опасных¹. Часто в основе ипохондрических переживаний лежит мнительность, тревожность по отношению к собственному здоровью, что приводит к постоянному поиску симптомов различных болезней и расстройств². Основной особенностью

¹ Большой толковый словарь русского языка / под ред. С. А. Кузнецов. СПб.: Норинт, 2000. 1536 с.

² Ушаков Д.Н. Толковый словарь современного русского языка. М.: Аделант, 2014. 800 с.

ипохондрического доминирования как стиля воспитания являлось преувеличенное, утрированное внимание родителя не к своему здоровью, а к здоровью и самочувствию своего ребенка. По нашим наблюдениям, в семьях ребенка с ОВЗ родители фиксировались на здоровье и самочувствии ребенка, часто «находили» различные симптомы заболеваний, обращались за консультациями к врачам и чрезмерно использовали лабораторные и другие методы исследования. При любом незначительном недомогании ребенка, любых признаках нездоровья родители пугались и паниковали. Этот контроль состояния здоровья жестко и односторонне регламентировал жизнь ребенка (признаки повышенной моральной ответственности), ребенок ограничивался в действиях и поступках, которые гипотетически могли ухудшить его здоровье. В этих ситуациях желания и потребности ребенка абсолютно игнорировались (признаки доминирующий гиперпротекции), а в ситуациях, не связанных со здоровьем, ребенок сам определял и регламентировал свою жизнь, и все его желания и прихоти выполнялись. В аспектах жизни, не связанных со здоровьем, ребенок не был обременен обязанностями, а требования к нему были минимальны (признаки потворствующий гиперпротекции). Запреты, ограничения и разрешения (опять же связанные со здоровьем) могли меняться произвольно, их изменения зависели от массы малоконтролируемых причин (время года, погоды, эпидемической обстановки в городе или в образовательном учреждении и т.п.) (признаки противоречивого воспитания). В данном исследовании такой тип воспитания был выявлен в 62 семьях (26% случаях), в контрольной группе такой стиль воспитания применялся всего в 6% наблюдений (7 семей).

При исследовании стилей воспитания у части семей не было выявлено диагностически достоверных величин ни по одному типу, что позволяло трактовать такое воспитание, как гармоничное. В экспериментальной группе таких семей было всего 9 (4%), в контрольной – 16 (14%). Таким образом, наличие большого количества негармоничных стилей воспитания в семьях детей с ОВЗ является серьезной педагогической проблемой.

Причины негармоничного воспитания. Исследование выявило эмоциональные и социальные причины негармоничного воспитания. Кризис и последующая жизнь семьи, протекающая в ситуации хронического стресса, вызывало переживание родителями различных эмоций: тревоги,

страха потери ребенка, вины, стыда, гнева, депрессии. Переживание этих негативных эмоций влияли на различные параметры воспитания, являлись психологической проблемой и требовали психотерапевтической работы с семьей.

Супружеские отношения родителей, вынужденное перераспределение ролей в семье, возложение обязанностей по уходу и воспитанию на здоровых детей в семье, изоляция и самоизоляция семьи от своего окружения, эффекты стигматизации являются социальными или социально-психологическими явлениями. Эти социальные явления и процессы с разной степенью значимости влияли на взаимодействие членов семьи с больным ребенком и являлись частыми причинами негармоничных стилей воспитания.

Последствия негармоничного воспитания. К основным последствиям негармоничного воспитания относят личностные (патохарактерологические) реакции и патологические формирования личности. Реакции активного и пассивного протеста, отказа и эмансипации приводили к нарушениям поведения, иногда очень выраженным, что в свою очередь нарушало социальную адаптацию детей. Реакции активного протеста во время болезни проявлялись в форме непослушания, грубости, вызывающего и агрессивного поведения в ответ на требования. Эти реакции часто сопровождались выраженным агрессивным поведением, сочетались с вегетативными проявлениями (покраснение лица, потливость, тахикардия). Реакции эмансипации у больных подростков выражалась в стремлении игнорировать предписанные специалистами медицинские рекомендации по лечению и образу жизни, демонстративном пренебрежении запретами и правилами осторожного и взвешенного поведения. Подростки отказывались от приема лекарств, гуляли в плохую погоду в легкой одежде, уходили из дома по своему разумению, отказывались отчитываться перед взрослыми.

Для формирования аномалий личности, связанных с неправильными типами воспитания необходимо длительное время, поэтому эти состояния диагностировались реже, чем личностные реакции. У детей с ОВЗ в нашем исследовании выявлялись истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития личности и псевдоаутистический и диспропорциональный варианты дефицитарного типа патологического формирования личности. Подробный анализ причин и последствий негармоничного воспитания будет изложен в дальнейших публикациях.

Обсуждение и выводы

Анализ педагогической, психологической и медицинской литературы позволяет сделать несколько выводов. Описание параметров и типов воспитания в различных дисциплинах близки по смыслу или идентичны. Предлагаемые разными специалистами методы воздействия в системе «воспитатель-ребенок» часто совпадают по механизмам и результатам.

Исследования выявили высокий удельный вес гиперпротекции и потворствования в семьях детей с ОВЗ, а запреты, ограничения и наказания встречались в этих семьях достоверно меньше, чем у здоровых. На втором месте по частоте встречаемости находилось ипохондрическое доминирование. Эти два стиля воспитания составили две трети среди всех типов воспитания, применяемых в семьях детей с ОВЗ. Доминирующая гиперпротекция занимала третью позицию по частоте, но достоверно меньше встречалась по сравнению с семьями здоровых детей. Такой удельный вес (96%) негармоничных стилей воспитания в группах детей с ОВЗ показывает, что воспитание в этой категории семей является серьезной педагогической проблемой.

Большинство причин негармоничного воспитания детей с ОВЗ являются психологическими (эмоциональные переживания родителей, их личностные особенности) или социально-психологическими (процессы, происходящие в семье, взаимодействия семьи особого ребенка с обществом). Устранение этих причин является предметом психологической (психотерапевтической) работы.

Личностные реакции, связанные с негармоничным воспитанием, приводят к нарушениям социальных норм и расстройству поведения и в полной мере являются социальной и социально-педагогической проблемой.

Аномалии личности, формирующиеся в результате неправильного воспитания, входят в круг психиатрических проблем (диагнозов) и также приводят к стойким нарушениям социальной адаптации.

Таким образом, отклонения в воспитании и его составляющие имеют педагогические, психологические, социальные и клинические аспекты, что делает воспитание междисциплинарной проблемой.

Сотрудничество и совместные усилия педагогов, специальных педагогов, психологов, психотерапевтов и психиатров является важным и необходимым условием эффективного решения этой междисциплинарной проблемы. Это сотрудничество может осуществляться в рамках совмест-

ных научных исследований, дискуссий, конференций и других формах обмена опытом. Хочется надеяться, что данная публикация послужит скромным вкладом в совместные усилия разных специалистов для решения важной и актуальной проблемы воспитания детей с ОВЗ.

Список литературы

1. Газман О. С. Неклассическое воспитание: От авторитарной педагогики к педагогике свободы. – М.: МИРОС, 2002. – 296 с.
2. Караковский В. А., Новикова Л. И., Селиванова Н. Л. Воспитание? Воспитание... Воспитание! Теория и практика школьных воспитательных систем. – М.: Новая школа, 1996. – 155 с.
3. Ковалев В.В. Соматические и психосоматические аспекты депрессий у больных общесоматической практики // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. 1984. – С. 5–11.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
5. Кузьмишина Т.Л., Амелина Е.С., Пермякова А.А., Хохлова Е.А. Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация // Современная зарубежная психология. – №1. – 2014. – С. 16–25.
6. Лапшина Е. А., Дуда И. В. Характеристика стилей семейного воспитания // Universum: психология и образование. – 2017. – №9 (39). – С. 32–36.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
9. Мудрик А. В. Три ипостаси человека в процессе социализации // Вопросы воспитания. – 2012. – № 4. – С. 3–16.
10. Психологическая диагностика. – М.: Владос, 1998. – 472 с.
11. Психологические тесты. – М.: Владос, 2005, Т. 2. – 223 с.
12. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.2. – М., 1959. – 406 с.
13. Трошин П. Л. Нарушения в воспитании детей с умственными отклонениями. // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – №6 (48). – С. 185–187.
14. Федосеева О.А. Особенности воспитания ребенка с ограниченными возможностями в семье // Молодой ученый. – 2013. – №9. – С. 346–349.
15. Хоменко И. А. Инновационные подходы в подготовке специалистов по сопровождению семьи // Образование и семья: проблемы сопровождения. Ч. 1. Материалы международной научно-практической конференции 27–28 марта 2008 / под общ. ред. И. А. Хоменко. – СПб.: Политехника-сервис, 2008. – С. 6-19. 30.
16. Хоменко И. А. Концептуализация понятийно-терминологического аппарата семейной педагогики // Известия Самарского научного центра РАН. – 2009. – №4 (6). – С. 887–890.

17. Шац И.К. Современные медико-психологические проблемы в детской онкологии и некоторые пути их решения // Социальные и психологические аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями и их семьям. – СПб., – 2005. – С. 36-53.
18. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.
19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
20. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная терапия. – СПб., 2001. – 44 с.

References

1. Gazman, O. S. (2022) *Neklassicheskoye vospitaniye: Ot avtoritarnoy pedagogiki k pe-dagogike svobody* [Non-classical education: From authoritarian pedagogy to the pedagogy of freedom]. Moscow: MIROS. (In Russian).
2. Karakovskiy, V. A., Novikova, L. I., Selivanova, N. L. (1996) *Vospitaniye? Vospitaniye... Vospitaniye! Teoriya i praktika shkol'nykh vospitatel'nykh sistem*. [Education? Education... Education! Theory and practice of school educational systems]. Moscow: Novaya shkola. (In Russian).
3. Kovalev, V.V. (1984) Somaticheskiye i psichosomaticheskiye aspekty depressiy u bol'nykh obshchesomaticheskoy praktiki [Somatic and psychosomatic aspects of depression in patients with general somatic practice]. *Depressii v ambulatornoy i obshchesomaticheskoy praktike – Depression in outpatient and general somatic practice*. pp. 5–11. (In Russian).
4. Kovalev, V.V. (1995) *Psikhiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachey* [Psychiatry of childhood. A Guide for Physicians]. Moscow: Meditsina. (In Russian).
5. Kuz'mishina, T.L., Amelina, Ye.S., Permyakova, A.A., Khokhlova, Ye.A. (2014) Stili semeynogo vospitaniya: otechestvennaya i zarubezhnaya klassifikatsiya [Styles of family education: domestic and foreign classification]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya – Modern foreign psychology*. No 1. pp. 16–25. (In Russian).
6. Lapshina, Ye. A., Duda, I. V. (2017) Kharakteristika stiley semeynogo vospitaniya [Characteristics of styles of family education]. *Universum: psikhologiya i obrazovaniye – Universum: psychology and education*. No 9 (39). pp. 32–36. (In Russian).
7. Lichko, A.Ye. (1983) *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov* [Psychopathies and character accentuations in adolescents]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).
8. Lichko, A.Ye. (1985) *Podrostkovaya psikhiatriya: (Rukovodstvo dlya vrachey)* [Adolescent Psychiatry: (A Guide for Physicians)]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).
9. Mudrik, A. V. (2012) *Tri ipostasi cheloveka v protsesse sotsializatsii* [Three incarnations of a person in the process of socialization]. *Voprosy vospitaniya – Questions of education*. No 4. pp. 3–16. (In Russian).
10. *Psikhologicheskaya diagnostika* (1998). Moscow: Vldos. (In Russian).
11. *Psikhologicheskiye testy* (2005). Moscow: Vldos. T. 2. (In Russian).
12. Sukhareva, G.Ye. (1959) *Klinicheskiye lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on childhood psychiatry]. Moscow. T. 2. (In Russian).
13. Troshin, P. L. (2016) *Narusheniya v vospitanii detey s umstvennymi otkloneniyami*

[Violations in the upbringing of children with mental disabilities]. *Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya – Problems of modern science and education*. No 6 (48). pp. 185–187. (In Russian).

14. Fedoseyeva, O.A. (2013) Osobennosti vospitaniya rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami v sem'ye [Peculiarities of raising a child with disabilities in the family]. *Molodoy uchenyy – Young scientist*. No 9. pp. 346–349.

15. Khomenko, I. A. (2008) *Innovatsionnyye podkhody v podgotovke spetsialistov po soprovozhdeniyu sem'i* [Innovative approaches in the training of specialists in family support]. *Obrazovaniye i sem'ya: problemy soprovozhdeniya. Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 27–28 marta 2008 / pod obshch. red. I. A. Khomenko*. St. Petersburg: Politehnika-servis. pp. 6–19; 30. (In Russian).

16. Khomenko, I. A. (2009) Kontseptualizatsiya ponyatiyno-terminologicheskogo apparata semeynoy pedagogiki [Conceptualization of the conceptual and terminological apparatus of family pedagogy]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra RAN – Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. No 4 (6). pp. 887–890. (In Russian)

17. Shats, I.K. (2005) *Sovremennyye mediko-psikhologicheskie problemy v detskoj onkologii i nekotorye puti ikh resheniya* [Modern medical and psychological problems in pediatric oncology and some ways to solve them]. *Sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty pomoshchi detyam s onkologicheskimi zabolevaniyami i ikh sem'yam* [Social and psychological aspects of care for children with cancer and their families]. St. Petersburg. pp. 36–53. (In Russian).

18. Eydemiller, E.G., Yustitskiy, V.V. (1990) *Semeynaya psikhoterapiya* [Family psychotherapy]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).

19. Eydemiller, E.G., Yustitskiy, V. (1999) *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i*. [Psychology and psychotherapy of the family]. St. Petersburg: Piter. (In Russian).

20. Eydemiller, E.G., Dobryakov, I.V. (2001) *Kliniko-psikhologicheskiye metody semeynoy diagnostiki i semeynaya terapiya* [Clinical and psychological methods of family diagnostics and family therapy]. St. Petersburg: (In Russian).

Об авторе

Щац Игорь Константинович, доктор психологических наук, профессор, Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, e-mail: ikshatz@yandex.ru

About the author

Igor K. Shats, Dr. Sci. (Psychol.), Full Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, e-mail: ikshatz@yandex.ru

Поступила в редакцию: 16.05.2022

Received: 16 May 2022

Принята к публикации: 30.05.2022

Accepted: 30 May 2022

Опубликована: 30.06.2022

Published: 30 June 2022