**РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ.**

С конца XX – начала XXI столетия в России отмечается повышенный интерес специалистов различного профиля (социологов, демографов, экономистов, психологов, педагогов и т. д.) к проблемам современной семьи. Традиционная семья воспринимается, как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребёнка. С первых месяцев ребёнок осознаёт себя через отношения с родителями, и этот процесс не только внешнего, но и внутреннего взаимодействия продолжается на протяжении всей жизни.

Поток информации, расширение человеческих контактов, развитие многообразных форм массовой культуры, рост темпа жизни приводят к увеличению объёма знаний, необходимых для жизни современному человеку.

Нарушение зрения в зависимости от глубины его поражения по – разному влияет на формирование личности ребёнка. Однако семья – ближайшее и постоянно социально окружение ребенка играют очень большую роль. Не случайно Л.С.Выготский (1995) обращает внимание на то, что «слепота в разной социальной среде психологически неодинакова. Слепота для дочки американского фермера, сына украинского помещика, немецкой герцогини, русского крестьянина и шведского пролетария – психологически разные факторы». (Выготский Л.С., 1995).

Родительские отношения насыщают субъективный опыт ребёнка, закрепляя одни переживания, ослабляя другие и образуя, таким образом фундаментальный, базисный слой эмоциональной сферы ребёнка. К сожалению, современная семья в ситуации всеобщей нестабильности переживает серьёзный кризис, он выражается в усугублении трудностей семейного воспитания, ослаблении внимания к духовным ценностям. Отсутствие у молодых родителей осознанного отношения к родительству, сниженность социальной установки на воспитание детей противоречивость представлений о целях, задачах воспитания, закономерностях психического развития ребёнка отрицательно влияют на стабильность молодой семьи и полноценное становление личности ребёнка. Семья, где растёт и воспитывается ребёнок со зрительной патологией, требует особой заботы и внимания. Ведь, кроме травмирующего влияния на ребёнка, болезнь является психической травмой и для родителей. (Солнцева Л.И., 2004) .

Поэтому совместно с семьёй, мы стремимся развить в детях заложенное в физиологии чувство общности, избавится от чувства неполноценности, усилить чувство реальности, ответственности, доброжелательности, готовности жить в согласии с собой и окружающими. (Солнцева Л.И., 2004) .

Дошкольное образование стало рассматриваться как первая ступень во всей системе непрерывного обучения.

Изучение опыта социальной адаптации выпускников школ для слепых и слабовидящих показывает, что многие из них страдают комплексом неполноценности (Никулина Г.В., 2002).

Неправильное отношение к своему дефекту в сочетании с негативными свойствами личности, отклонениями в поведении имеют весомые негативные последствия, так как они неуклонно задерживают развитие ребёнка. Последнее особенно относится к нарушениям самооценки и внимания, которое вполне можно охарактеризовать как «тормоз развития» (Лаут Г.В. 2008) который пагубно сказывается на развитии личности. У детей с нарушением зрения нет каких – то совершенно особых качеств личности, которых не имеется у нормально видящих. Вместе с тем зрительный дефект оказывает отрицательное влияние на развитие различных компонентов личности: коммуникабельности, активности, самостоятельности.

«Самое главное и определяющее личность – её отношение к людям, являющееся одновременно и взаимоотношениями. Отношения человека представляют сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь с его различными сторонами жизни. Она выражается в его действиях, реакциях, переживаниях. Отношения характеризуют степень интересов, силу эмоций, желания или потребностям» Мясищев В.Н.(Никулина Г.В., 2006). Б.Ф. Ломов в контексте данного подхода считает, что в процессе общения осуществляется взаимный обмен представлениями, идеями, установками, развивается и проявляется система отношений «субъект – субъект», а результатом процесса служит возникновение отношений с другим человеком. (Никулина Г.В., 2006).

Принципиально вывод, сделанный отечественными тифлологами о наличии зависимости адекватного отношения к дефекту инвалида по зрению и уровня реабилитированности инвалида по зрению. Этот вывод даёт основание утверждать, что чем выше степень адекватного отношения инвалида к своему дефекту, тем выше уровень общей реабилитированности (Головина Т.П., 1990).

Главным источником формирования самооценки является обобщение практического знания человека о других людях, на основе которого происходит оценка себя. Если перевести данный вывод в тифлологическую плоскость, становится очевидным, что особенно для людей с ограниченными возможностями чрезвычайно важным является вопрос о выборе образа для сравнения, так как суждения и оценка других и построение отношений происходит по аналогии с самим собой, в процессе сравнения по сходству или различию. (Никулина Г.В., 2006).

В соответствии с взглядами И. С. Кона (1980), познание индивидом себя осуществляется посредством познания членов социальной группы, в которой он существует. «Индивид познаёт себя не непосредственно, а только опосредованно, через познание членов той социальной группы, в которой он действует. Его критическим моментом является тот, когда он осознаёт, что отличается от других. Эта точка зрения перекликается с мнением А.Г.Литвака(1996) о том, что само по себе отсутствие зрения не является негативным психологическим фактом. Оно становится таковым только тогда, когда человек вступает в общение с отличающимися от него здоровыми людьми.

Р. Бернс (1986) важнейшую роль в развитии самооценки отводит сопоставлению образа «Я» реального с образом «Я» идеального. При этом автор указывает на то, что человек чувствует себя комфортно при совпадении двух категорий «Я». В соответствии с классической концепцией У.Джемса представление об актуализации идеального «Я» положено в основу понятия самооценки, которое определяется как математическое отношение реальных достижений индивида к его притязаниям. Самооценка в данном контексте представляется как результат соотношения успеха и притязаний.

М. И. Мнацканян рассматривает самооценку как часть самопознания и определяет её место в структуре самосознания, которое видит в его оценочно – волевом компоненте. Р.Бернс говорит о процессе интериоризации с социальных реакций на данного индивида, что в переводе в тифлопедагогическую плоскость позволяет выделить в качестве пути изменения самооценки инвалида по зрению, изменения оценочного отношения к нему со стороны других людей, прежде всего, нормально видящих (Никулина Г.В., 2006).

Чрезвычайно продуктивны с тифлологической точки зрения взгляды А. И. Липкиной на которые ссылается в своей работе Никулина Г. В. Она рассматривает самооценку в качестве сложного личностного образования, которое проявляется не только как отношение человека к своим способностям, возможностям, личным качествам, но и как отношение к личному облику, выделяет правильную (адекватную) и неправильную (неадекватную) самооценки. Под правильной самооценкой А.И.Липкина понимает такую, в которой мнение человека о самом себе совпадает с тем, что он действительно из себя представляет. Соответственно под неправильной самооценкой автор понимает состояние, когда человек оценивает себя не объективно, когда его мнение резко расходится с тем, каким его считают другие. (Никулина Г. В., 2006)

Предложенное А. И. Липкиной понятие «завышенной» («заниженной») самооценки применительно к инвалидам по зрению позволило провести изучение данного феномена в более тонкой в содержательном плане плоскости. В рамках данного исследования важен вывод Головиной Т.П.(1990) о связи самооценки и отношения инвалида по зрению к своему дефекту. Это отношение инвалида по зрению является одним из центральных вопросов в тифлологии и занимает в одной из разработанных в данной области моделей реабилитированности приоритетное место.

Л. Н.Силкин (1984) изучая специфику самооценки инвалидов по зрению, сумел определить условия формирования адекватной и неадекватной оценки. Адекватная самооценка у инвалидов по зрению, по мнению автора, будет формироваться только в случае, когда инвалид по зрению будет брать «за точку отсчёта своё фактическое состояние со всеми вытекающими отсюда последствиями». Ссылаясь на работы Т. П. Головиной (1990), В.М. Сорокин делает вывод об опосредовании отношения к социальному окружению через отношение к себе. «Отношение к себе (отношение к дефекту) опосредует отношение к социальному окружению и, стало быть, определяет характер общения с представителями этого окружения… Преодоление коммуникативных затруднений возможно лишь при учёте позиции незрячего по отношению к себе (Сорокин В.М., 1995).

С. А Хрусталёв (1986) опирается на вывод Л. С. Выготского о том, что дефект, нарушая социальные контакты, изменяет статус инвалида и влияет на его психическое здоровье, провоцируя возникновение у слепого целого ряда специфических социальных установок. «Прямым коммуникативно–поведенческим следствием данных установок чаще всего может быть избегание социальных контактов, что снижает уровень реализованности потребности в общении и обостряет чувство одиночества», что в свою очередь ведёт к избеганию контактов.

Продуктивен вывод, сделанный Э. Фромом (2008), который в своей работе «Бегство от свободы» доказывает наличие двух потребностей индивида (потребности в связи с другими индивидами и потребности в свободе, или автономии) и вводит понятие «физическое и моральное одиночество» Причиной возникновения одиночества Р.В. Бернс (1986) считает несоответствие между тремя «Я» индивида: реального, идеального, зеркального. Немов Р. С.(1994), связывая одиночество с переживанием ситуации, субъективно воспринимаемых нежелательно, личностно неприемлемый для человека дефицит общения и положительных интимных отношений с окружающими людьми, в качестве причины возникновения одиночества называет низкую самооценку: «Низкая самооценка порождает внутреннее самоотчуждение человека и сопровождается системой таких установок и поведенческих тенденций, которые сами по себе затрудняют межличностное общение».

Очевидно, что, в конечном счете, заниженная самооценка провоцирует возникновение «нежелания оказаться в ситуации межличностного общения, где человек подвергается риску получить отказ в установлении нужных взаимоотношений, почувствовать смущение и разочарование» (Головина Т. П., 1995). Результатом одиночества может быть возникновение состояния фрустрации, агрессивности и депрессии. «Повышенная склонность к покорности или, наоборот, к проявлению враждебности положительно коррелирует с фактическим одиночеством среди людей» (Лаут Г. В., 2008). В возрасте 4 – 6 лет большинство детей уже в состоянии осознать свои познавательные возможности, личностные качества и оценивать правильность собственного поведения. Они имеют возможность и в состоянии оценивать себя как личность, но ещё в ограниченных пределах, самооценочные возможности детей в этом возрасте весьма ограниченны, они оценивают главным образом те свойства личности, когнитивные способности и особенности поведения, на которые неоднократно обращали внимание окружающие люди.

Детям приходится сталкиваться с разнообразными социальными требованиями. В результате неправильного воспитания формируются и закрепляются негативные модели общения, которые лишь способствуют углублению проблем у таких детей. В результате возможность овладения социальными навыками у таких детей оказываются значительно ограниченными. Им часто не хватает значительных развивающих контактов..

Таким образом, можно заключить, что самооценка выделенная в качестве самостоятельного феномена влияет на процесс межличностного взаимодействия, на процесс развития лиц, находящихся в условиях зрительной депривации