

Психологические особенности детей с ОВЗ

1. Умственно отсталые дети

Специфика нарушений состояния психического здоровья у умственно отсталых детей характеризуется в первую очередь тотальным недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженном стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения.

Осознание дефицитарности интеллектуального развития умственно отсталых детей является психотравмирующим фактором для их родителей (Р. Ф. Майрамян, 1976; В. В. Ткачева, 1999). Как пишет В. В. Ткачева, «Именно ведущий дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей психотравмирующим фактором, так как данная аномалия, несмотря на имеющийся потенциал к развитию позитивной динамики в целом, исключает возможность полного выздоровления ребенка, успешной социально-трудовой адаптации и самостоятельной полноценной жизни в социуме. Это может приводить к актуализации своеобразной психологической защиты, проявляющейся в эмоциональной отчужденности, дистанцированности от ребенка. Ребенок начинает восприниматься, как носитель иных, не свойственных данной семье качеств («Он не такой, как все», «Он не похож на нас, значит, он чужой»)). Автор подчеркивает, что родители умственно отсталых детей чрезвычайно боятся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.). Г. А. Мишина (1998) выделяет в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста, ряд особенностей:

- неумение создавать ситуацию совместной деятельности,
- неэмоциональный характер сотрудничества,
- неадекватность родительской позиции по отношению к ребенку,
- неадекватный стиль воспитания,
- недостаточная потребность в общении с ребенком,
- низкая социальная активность.

В связи с этим специалисты подчеркивают необходимость включения родителей умственно отсталых детей в коррекционно-воспитательный процесс, разрабатывают приемы и методы психокоррекционной помощи (В. В. Ткачева, 1999, 2000). Следует отметить, что среди родителей детей с умственной отсталостью высок процент лиц, имеющих интеллектуальные нарушения. Это значительно снижает возможности семьи по созданию реабилитационных условий, обеспечивающих оптимальное развитие умственно отсталого ребенка.

2. Дети с детским церебральным параличом

Детский церебральный паралич (ДЦП) проявляется прежде всего в двигательных расстройствах. При одних заболеваниях больше страдают руки, при других - ноги. Нарушения движения могут носить односторонний характер. Может выявляться недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук. У некоторых детей при достаточном объеме движений, при нормальном мышечном тоне отмечаются нарушения, которые носят название апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия, движения). Такие дети с трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек и т. д. В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушениях равновесия и координации движений.

При некоторых формах заболевания затруднено выполнение всех произвольных движений главным образом из-за насильственных, непроизвольных движений - гиперкинезов.

Независимо от степени двигательных дефектов у детей с церебральным параличом встречаются нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта. Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям и пугливости. У одних детей отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность, безынициативность и двигательная заторможенность. Интеллектуальное развитие часто неравномерно задержано: одни психические функции развиваются соответственно возрасту, другие - значительно отстают. У 10-15% детей с церебральным параличом имеются нарушения слуха, особенно они характерны для больных с гиперкинезами. Важное значение для развития речи у ребенка имеет овладение ходьбой и манипулятивной деятельностью. Неправильное или позднее развитие этих функций в большой мере обуславливает отставание в развитии речи. В связи с ограниченной подвижностью мышц языка и губ, насильственными движениями в дыхательной и артикуляционной мускулатуре (в мышцах лица, языка) часто нарушается звукопроизношение.

Доминирующим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является **гиперопека**. Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной ему преданности. Такое отношение к ребенку сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей. Известно, что такая модель воспитания приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга.

Как правило, родители, проявляющие этот стиль воспитания, снижают свою трудовую и социальную активность.

Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестоком обращении (пример: ребенок, прикрепленный цепью к собачьей будке). Причем модель семейного воспитания часто зависит от психологических особенностей самих родителей, их ценностного отношения к ребенку и культурного уровня.

3. Дети аутисты

Швейцарский психиатр Л. Каннер в 1943 г. впервые дал целостное описание синдрома, наблюдаемого в детской психиатрической практике, который он обозначил как ранний детский аутизм (РДА). Основным нарушением в описанных им клинических случаях он считал неспособность детей с самого рождения устанавливать отношения с окружающими людьми и правильно реагировать на внешние ситуации. Сначала это расстройство Каннер относил к детской форме шизофрении, но затем признал его самостоятельность, а причины искал то в аффективной сфере, то в кругу органических нарушений. С тех пор не утихают споры относительно этиологии, патогенеза, клиники, лечения, прогноза этого психического расстройства (В. В. Ткачева, 2003). Холодность и безразличие аутичных детей даже к близким часто сочетаются с повышенной ранимостью и эмоциональной хрупкостью. Дети пугаются резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет их взаимодействие с близкими и требует постоянного создания специальных условий для их жизнедеятельности. Особая недостаточность энергетического потенциала ребенка травмирует личность родителя, повышает его собственную ранимость и часто превращает родителя в эмоционального донора. В настоящее время в работе с родителями аутичных детей используется **метод холдинг-терапии**.

Холдинг-терапия. Метод разработан доктором М. Либлингом (1983) как психотерапевтическая техника и выглядит очень просто. В специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки, крепко прижимает его к себе. Ребенок должен сидеть у матери на коленях, прижатым к груди, так, чтобы у матери была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к своему сыну или дочке и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему (см. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. // Дефектология, 1996. - № 3). Обычно на «ситуацию удержания» аутичный ребенок реагирует отчаянным сопротивлением, воспринимая такое «лишение свободы» как витальную опасность. Поэтому многое зависит от того, что именно родители говорят ребенку, какие эмоциональные аргументы они подбирают для того, чтобы объяснить ему ситуацию. Страх и вызванное им сопротивление всегда уходят, когда родители настойчиво объясняют ребенку, как он им нужен, говорят, что не хотят его обидеть, а наоборот, хотят с ним пообщаться и поиграть. Задача родителей во время холдинга

поэтому состоит в том, чтобы удержать ребенка не только физически, сколько эмоционально, уговаривая его не уходить, не покидать маму и папу, повторяя, как важно быть всем вместе. Автор метода выделяет в процедуре холдинга три стадии: конфронтацию, отвержение (или сопротивление) и разрешение. «Первая стадия любой сессии холдинга - это конфронтация. Обычно ребенок противится началу холдинга, хотя часто на протяжении всего дня ждет его. Он (или она) может находить любые поводы, лишь бы уклониться от начала «процедуры». «Когда так или иначе матери удастся настоять на своем, усадить ребенка себе на колени и заключить его в свои объятия, после конфронтационной паузы наступает фаза активного отвержения. Наступление этой фазы не должно пугать мать или находящегося рядом с матерью и с ребенком отца, который может обнимать их двоих. Ее наступление как раз говорит о том, что холдинг проходит нормально. В эти минуты нельзя ни в коем случае поддаться жалобам и плачу ребенка или испугаться и отступить под его физическим натиском. Ребенок может рваться из объятий, кусаться, царапаться, плевать, кричать и обзывать мать разными обидными словами. Правильная реакция матери состоит в том, чтобы, глядя ребенка, успокаивать его, говорить ему, как она его любит и как переживает, что он страдает, но она ни за что не отпустит его именно потому, что любит. После различной по продолжительности второй стадии неизбежно наступает третья стадия - стадия разрешения. На этой стадии ребенок перестает сопротивляться, устанавливает контакт глазами, расслабляется, у него появляется улыбка, ему становится легко проявить нежность; мать и ребенок получают возможность говорить на самые интимные темы и переживать чувство любви» (цитируется по статье Либлинга М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. //Дефектология. - 1996. - № 3).

Метод холдинг-терапии позволяет выработать у ребенка формы позитивного эмоционального контроля, снять эмоциональное напряжение, тревогу, страхи. В результате холдинга прогрессирует речевое развитие аутичных детей, формируются новые формы эмоционального контакта. Этот метод дает возможность также улучшить понимание родителями проблем и возможностей аутичного ребенка, обучить родителей адекватным способам взаимодействия с ребенком и конкретным приемам коррекционной работы. Определяются показания к проведению семейного холдинга (присутствие отца и матери ребенка во время процедуры), а также режимные характеристики проведения процедуры и противопоказания (тяжелые соматические заболевания; ситуация неполной семьи или отказ отца от участия в холдинге; сопротивление родителей, их эмоциональная неготовность к холдинг-терапии).

4. Дети с задержкой психического развития, осложненной выраженными нарушениями поведения

ЗПР - обратимое замедление темпа психического развития, обнаруживаемое при поступлении в школу. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости интеллектуальной деятельностью. Ребенок с ЗПР отличается от олигофрена сообразительностью в пределах имеющихся знаний.

Дети с задержкой психического развития относятся к аномалии, имеющей более благоприятное будущее, чем другие дети с проблемами в развитии. Возможная «обратимость» возникших нарушений в случае проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает этих детей одной из перспективных для сознания родителей категорий.

Однако сопутствующие нарушения, возникающие в ряде случаев у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, осложняющие процесс развития ребенка с ЗПР. Эти нарушения свидетельствуют о наличии тенденции к аномальному развитию личности по типу психической неустойчивости. Они наблюдаются в первую очередь при психогенной задержке, которая возникает в результате патологического влияния социального окружения на ребенка с первых дней его жизни. Несомненно, родительское отношение и внутрисемейная атмосфера играют при этом первостепенную роль. Как правило, психогенная задержка возникает как результат социальной депривации ребенка, когда-либо отсутствует по каким-то причинам семейная среда, либо применение родителями неадекватных моделей воспитания оказывает деформирующее воздействие на детскую личность. Результаты подобного влияния близких проявляются незамедлительно в виде искажения коммуникативного взаимодействия с социальным окружением, в первую очередь, с самими родителями. В связи с этим особое фрустрирующее воздействие на родителей детей этой группы имеют различные формы нарушения их поведения, проявляющиеся в бессмысленном упрямстве, немотивированной грубости, злобности и агрессивности, в наличии постоянного желания быть в центре внимания, ярко выраженном эгоизме. Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком.

К группе детей с ЗПР относят и детей, имеющих проблемы в развитии из-за тяжелых длительных соматических заболеваний (пороки внутренних органов, рак, ВИЧ-инфекция и др.). Их родители тяжело переживают из-за состояния здоровья детей. Соматическая инвалидизация детей требует от родителей особых усилий по уходу, соблюдению режимных моментов, профилактике инфекционных заболеваний.

Особую категорию представляют собой дети с синдромом ДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), которые в силу определенных нарушений испытывают огромные трудности в плане социального приспособления с раннего возраста (Н. Н. Заваденко, 2001). Проблемы коммуникативного поведения, высокая возбудимость и гиперактивность детей требуют от родителей повышенного внимания и напряжения. Особенности ребенка «проглатывают» внутренний энергетический потенциал родителя, истощают его психическое состояние.

5. Дети с недостатками речевого развития

Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей. Нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях. Нарушение речевого развития ребенка выступает как психотравмирующий фактор, снижающий возможности успешной адаптации его как в группе сверстников, так и при установлении отношений со значимыми взрослыми (учителями, воспитателями). Переживания, связанные с затруднениями в общении, формируют у ребенка с нарушениями речевого развития чувство неполноценности. Здесь огромная помощь может быть оказана к нему со стороны родителей. И то, как они настраивают ребенка, какие установки ему дают, является основным формирующим компонентом отношения его к своему речевому дефекту.

6. Дети с сенсорными нарушениями

Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями изучены практиками и представлены в научной литературе наиболее полно (Т. А. Басилова, Р. М. Боскис, Л. П. Григорьева, В. З. Денискина, М. В. Жигорева, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева, С. В. Сташевский, Л. И. Тигранова и др.). В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей, согласно исследованию Н. В. Мазуровой (1997), не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными.

Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие личности глухих детей.

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности их пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиболее важных.

Родители постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно.

С другой стороны, у детей с нарушениями зрения часто формируются инфантильные и эгоистические черты, личностная незрелость, проявляется «эмоциональная глухота» к потребностям близких. Именно поэтому родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, также часто характеризуются как неадекватные (В. З. Денискина, Л. И. Солнцева, С. М. Хорош).

Специфические проблемы психологии воспитания детей с патологией зрения изложены в пособиях «Психология воспитания детей с нарушениями зрения» (под редакцией Л. И. Солнцевой и В. З. Денискиной, 2004) и «Воспитание и обучение слепого дошкольника» (под редакцией Л. И. Солнцевой, Е. Н. Подколзиной, 2005), Авторы излагают родительские позиции и приводят практические приемы коррекции недостатков психического развития детей с нарушениями зрения в процессе их социализации и вхождения в жизнь. По мнению практиков, в сознании не каждого слышащего и зрячего родителя формируется потребность к усвоению специальных форм взаимодействия (дактилологии и жестовой речи) с ребенком, имеющим бисенсорный дефект. В некоторых случаях (например, при синдроме Ушера) отсутствие таких навыков может ограничивать как контакты самого ребенка с окружающим миром, так и возможные формы взаимодействия с ним родителей. Это также обуславливает возникновение коммуникативного барьера между ребенком и его родителями

Выраженные нарушения сенсорных функций, отягощенные интеллектуальными расстройствами, вызывают особо тягостные переживания родителей. У детей со сложным дефектом оказывается стабильно нарушена возможность взаимодействия с окружающим миром и, таким образом, возможность развития. Чаще всего такие дети обучаются в специальных учреждениях интернатного типа (г. Сергиев Посад) или же в учреждениях социальной защиты. Принять подобное решение некоторые семьи длительно не решаются, оставляя ребенка дома. Но отдельные родители, преодолев многие, как внутренние, так и внешние, преграды, устраиваются на работу по месту обучения и проживания ребенка. Итак, анализ жалоб родителей, включающих переживания по поводу основного дефекта ребенка, раскрывает характер и глубину травматизации их личности. Детям с нарушением зрения свойственна меньшая познавательная активность. Проблема социализации в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей с недостатками зрения является определяющей в их абилитации. Именно отсутствие таких качеств, как самостоятельность в передвижении и самообслуживании, несформированность навыков общения с детьми и взрослыми, как знакомыми, так и незнакомыми, неумение пользоваться современной бытовой техникой, приводит к дезадаптации детей с нарушениями зрения, выявляет их неприспособленность к самостоятельной жизни в обществе, затрудняет интеграцию в массовые учебные заведения. В

последние годы в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями зрения больше всего внимания уделялось развитию познавательных процессов, что привело к значительным успехам интеллектуального развития детей, но ослабило их социальную адаптацию. Зависимость от взрослых и товарищей, боязнь новых условий и перемен, отстранение от общества - вот то, что формируется при отсутствии должного внимания к социализации детей с нарушениями зрения с раннего возраста

Карта психологического изучения семьи

Карта психологического изучения семьи имеет два раздела. Первый раздел включает общие сведения о семье. Второй направлен на определение психологического типа родителей и избранной ими модели воспитания в семье.

РАЗДЕЛ I. Сведения о семье

Сведения о семье могут быть получены из документации о ребенке, в процессе беседы с родителями, а также в результате наблюдения.

1. Состав семьи: полная, неполная, родители в разводе (<i>нужное подчеркнуть, отметить</i>)			
ребенок с отклонениями в развитии (<i>указать ФИО, возраст</i>)			
отец (Н, А) ¹		мать (Н, А)	
бабушка (Н, А)		бабушка (Н, А)	
дедушка (Н, А)		дедушка (Н, А)	
брат (Н, А)			
сестра (Н, А)			
другие лица, если имеется отклонение от нормального психофизического развития (<i>указать ФИО, кем приходится ребенку</i>)			
2. Материальное благосостояние семьи			
2.1. Проживает в коммунальной, отдельной одно-, двух-, трехкомнатной квартире, отдельном доме/особняке; с прародителями или без них (<i>указать по линии отца или матери, проживают ли бабушка и дедушка с семьей ребенка, имеющего отклонения в развитии</i>)			
2.2. Работающие члены семьи:			
отец (<i>указать профессию, место работы</i>)			
мать (<i>указать профессию, место работы</i>)			

другие члены семьи (<i>указать ФИО, профессию, место работы</i>)		
2.3. Является ли ребенок инвалидом (<i>подчеркнуть нужное, указать диагноз</i>).		
ребенок является инвалидом		
инвалидность не оформлена		
инвалидизирующих заболеваний нет		
пользуется льготами (<i>машина, путевки, талоны на такси, льгота на лекарства, бесплатный проезд и др.</i>)		
получает пенсионное пособие		
2.4. Кто является опекуном ребенка-инвалида, подростка-инвалида:		
мать		
отец		
родственник (<i>указать ФИО, профессию, место работы и др.</i>)		
другое лицо (<i>указать ФИО, профессию, место работы и др.</i>)		
2.5. Средний достаток семьи (<i>выше или ниже прожиточного минимума в расчете на одного человека</i>):		
2.6. Имеются ли в семье транспортные средства:		
у мужа		
у жены		
2.7. Есть ли в семье другие инвалиды (<i>указать</i>):		
3. Социально-культурный уровень членов семьи		
3.1. Образование (<i>указать профиль полученного образования — гуманитарное, педагогическое, дефектологическое, техническое, название образовательного учреждения</i>):		
	отец	мать

высшее		
среднее специальное		
среднее		
3.2. Кем работает (указать должность):		
	отец	мать
3.3. Каких взглядов придерживается:		
	отец	мать
религиозных:		
православие		
католицизм		
мусульманство		
иудейство		
других		
атеистических:		
3.4. Культурные интересы и предпочтения:		
	отец	мать
4. Особенности общения по наблюдению (нужное подчеркнуть, отметить)		
4.1. Поведение во время консультации:		
	отец	мать
корректное		
некорректное (в чем проявляется)		
скрытен		
тревожен		
держит дистанцию		

склонен к конфликтам		
стремится к контакту		
другое		
4.2. Отношения в семье (с точки зрения каждого из родителей):		
	отец	мать
конфликтные		
отчужденные		
псевдосолидарные		
адекватные		
гармоничные		

Информация для психолога, консультирующего родителя, имеющего ребенка с ОВЗ

Психологические характеристики семьи с психически и соматически больным ребенком

Следует отметить, что семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья (с психически и соматически больным ребенком), не обязательно попадает в разряд «проблемных семей», не способных конструктивно решать задачи развития. Однако рождение больного ребенка может быть деструктивным фактором, который нарушает привычное функционирование семьи и в конечном итоге приводит к трансформации ее структуры. Именно в этом случае психологическая помощь семье в рамках психолого-педагогического сопровождения становится наиболее актуальной. Выделим основные характеристики такой семьи

Чаще всего эта трансформация выражается в распаде супружеской подсистемы, когда отец, не выдержав нервно-психической и физической нагрузки, возникающей в связи с особым уходом и воспитанием ребенка-инвалида, уходит из семьи. Однако болезнь ребенка может выступать в роли фактора, стабилизирующего семейную систему, поскольку супруги не «позволяют» себе выяснять супружеские отношения и предъявлять друг другу претензии как мужу и жене в присутствии больного ребенка.

Семья с больным ребенком превращается в проблемную и в том случае, когда болезнь становится единственным стабилизатором, сохраняющим брак. Внутренние реальные проблемы членов семьи будут маскироваться преувеличенной заботой о ребенке, поддерживая в нем желание остаться навсегда больным. Накопившееся, но тщательно скрываемое эмоциональное раздражение родителей может приобретать неожиданные формы проявления: скандалы «на пустом месте», депрессия, нахождение утешения одним из родителей в увлечении разнообразными околонуточными и религиозными учениями и т. п.

Семья с больным ребенком может рассматриваться как проблемная при нарушениях отношений между здоровым и больным ребенком, вызванных рядом ограничений жизнедеятельности и эмоциональным принятием дефекта. Д. Н. Исаев изучавший семьи, имеющие в своем составе физически или психически неполноценного человека, подчеркивает, что физическая и психическая неполноценность может оказывать неблагоприятное воздействие как на общее самочувствие членов семьи, так и на всю систему взаимоотношений в целом.

Например, ребенок, имеющий, брата или сестру инвалидов, неизбежно сталкивается со следующими проблемами:

- * уменьшается интенсивность его контактов со сверстниками на своей территории, так как ребенок, стыдясь внешнего вида и поведения инвалида, не приглашает в гости друзей, стремится реже бывать дома;
- 4 из-за болезни другого ограничивается общая (физическая и психическая) активность ребенка внутри семейного пространства;

* изменяется родительское поведение; снижается ответственность, забота и надзор вследствие ухудшения общего физического тонуса больных родителей.

Семья с больным ребенком становится проблемной (в первую очередь для ребенка) в зависимости от отношения родителей к ребенку, имеющего дефект психологического или соматического характера. Тип отношения к дефекту во многом усиливает либо, напротив, ослабляет компенсаторные возможности ребенка, успешность его адаптации и развития.

Традиционно выделяются несколько типов реакции родителей и соответствующих им стратегий поведения.

1. Принятие ребенка и его дефекта

Родитель принимает дефект своего ребенка, объективно его воспринимает, адекватно оценивает и проявляет настоящую преданность ребенку. Родители не испытывают чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом считается: «Необходимо достигнуть как можно большего там, где это возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка дает родителям душевную силу и поддержку. Такой тип поведения обеспечивает наиболее эффективную адаптацию ребенка во внешней среде.

2. Реакция отрицания

Отрицается, что у ребенка имеется дефект, что ребенок аномальный, что его дефект оказывает воздействие на эмоциональное состояние родителей. Планы относительно образования и профессии ребенка свидетельствуют о том, что никакие ограничения не принимаются и не признаются. Ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности. У самого ребенка, вероятнее всего, могут происходить срыв адаптации и истощение психоэмоциональных компенсаторных ресурсов, что приводит к ухудшению его состояния. У родителей наступают разочарование и отвержение ребенка вследствие нереализованности их родительских амбиций.

3. Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки

Родителей переполняет чувство жалости и сочувствия, они защищают ребенка от всех опасностей. Мать проявляет чрезмерную любовь, родители стараются все сделать для ребенка и за него, поэтому он может долго, а иногда всю жизнь находиться на инфантильном уровне. У него формируются пассивность, несамостоятельность, психическая и социальная незрелость. Ребенок лишается возможности развивать сохраненные психические процессы и компенсировать дефект, что затрудняет его дальнейшее обучение и общую адаптацию.

4. Скрытое отречение

Дефект считается позором. Отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно внешне заботливым, предупредительным, внимательным поведением. Скрытое эмоциональное отвержение ребенка родителями компенсируется педантичным формальным выполнением функциональных родительских обязанностей. Эмоциональная холодность родителей травмирует ребенка, снижая его самооценку, деформирует развитие эмоциональной сферы личности.

5. Открытое отречение, отвержение ребенка

Ребенок с дефектом открыто принимается с отвращением, и родитель полностью осознает свои враждебные чувства к нему. Оправдание агрессии, рационализация враждебных чувств и преодоление чувства вины за их проявление у родителей реализуется по типу психологической защиты. Общество, врачи, учителя объявляются виноватыми во всех бедах. В случае конфликтных отношений с прародителями либо разрушенных супружеских отношений «ответственной» за дефект может объявляться «дурная наследственность» со стороны отвергаемого супруга. Родитель чужой виной обосновывает свою враждебность и испытывает от этого облегчение.

Следует отметить, что появление в семье больного всегда изменяет сложившуюся структуру отношений. Американский исследователь К. Теркельсон предложила *концепцию «трех уровней вовлечения»*, описывающую типичную ситуацию в семье с появлением больного ребенка. В результате этих изменений семья как малая группа делится на три слоя, окружающих больного человека.

Первый слой (внутренний). В него входят сам больной и один из членов семьи, берущий на себя заботу о больном. Чаще всего таким главным опекуном становится мать, привычная жизнь которой полностью меняется и переключается на удовлетворение потребностей больного. Через этого человека больной связан с внешним миром.

Второй слой (внутрисемейный). Этот слой образуют другие члены семьи, в меньшей степени задействованные в уходе и опеке. У представителей второго слоя в связи с появлением в семье хронического больного может появиться стремление найти более важные дела, чтобы отгородиться от контактов с больным (например, начать усиленно заниматься профессиональной карьерой и т. п.). Между ними и главным опекуном может нарастать отчуждение, что приводит к разрушению былой семейной сплоченности.

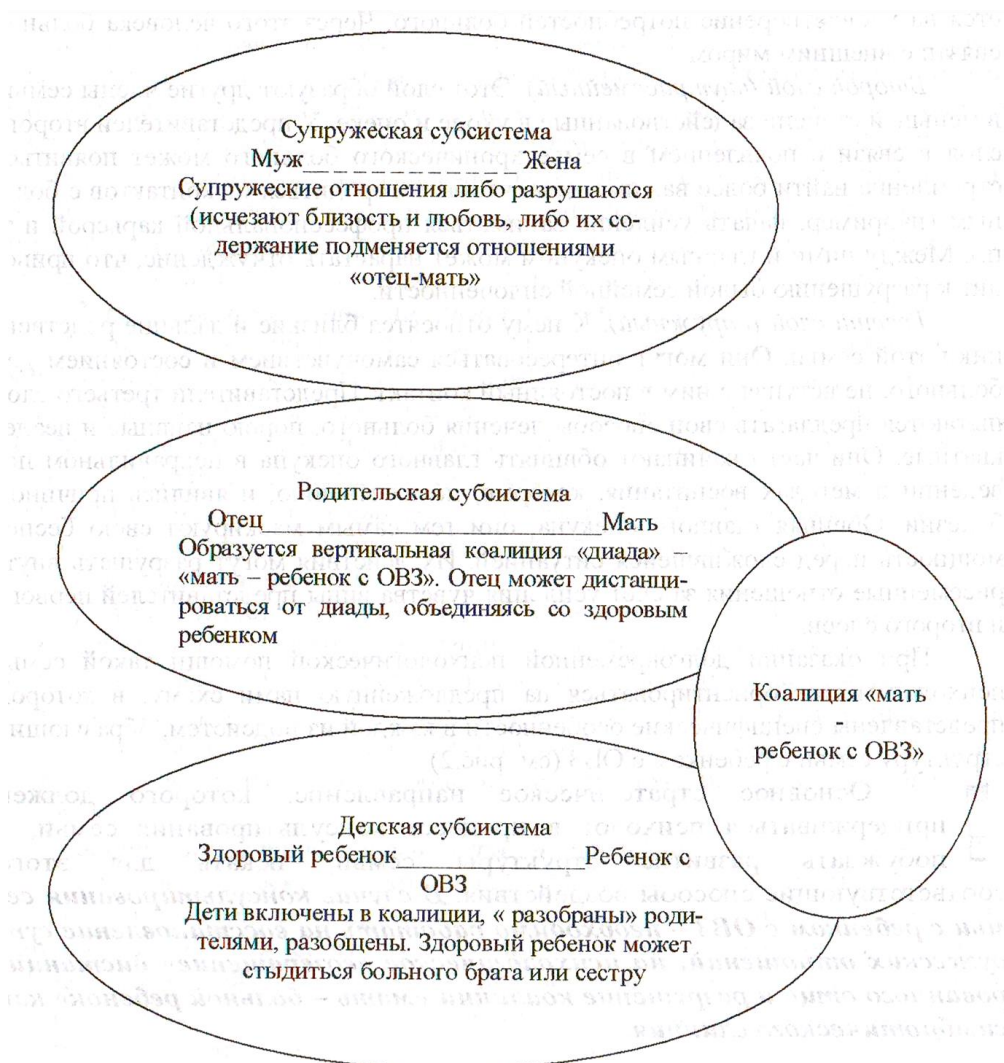
Третий слой (наружный). К нему относятся близкие и дальние родственники этой семьи. Они могут интересоваться самочувствием и состоянием дел больного, не вступая с ним в постоянный контакт. Представители третьего слоя пытаются предлагать свои способы лечения больного, порою наивные и неадекватные. Они часто начинают обвинять главного опекуна в неправильном поведении и методах воспитания, которые, по их мнению, и явились причиной болезни. Обвиняя главного опекуна, они тем самым маскируют свою беспомощность перед сложившейся ситуацией.

Их действия могут разрушать внутрисемейные отношения за счет усиления чувства вины представителей первого и второго слоев.

При оказании долговременной психологической помощи такой семье психолог может ориентироваться на предложенную нами схему, в которой представлены специфические особенности в каждой из подсистем, образующих структуру семьи с ребенком с ОВЗ (см. рис.2).

Основное стратегическое **направление, которого** должен придерживаться психолог в **процессе** консультирования **семьи** - побуждать развитие структуры **семьи, искать** для этого соответствующие способы воздействия. **В случае консультирования семьи с ребенком с ОВЗ - необходимо работать на восстановление супружеских отношений, на психологическое «возвращение» дистанцированного отца и разрушение коалиции «мать - больной ребенок» как симбиотического слияния.**

Рис. 2 Структура проблемной семьи, имеющей ребенка с ОВЗ



Жизненный цикл семьи, имеющей ребенка с ОВЗ

Семья не является чем-то статичным, с течением времени она меняется. Для описания изменений, происходящих с семьей на протяжении всего времени ее существования используется понятие «жизненный цикл семьи». В первую очередь это понятие применяется для описания характерных для семьи важнейших событий, а расстояние между событиями называется стадией или фазой. На каждой стадии жизненного цикла по аналогии с задачами возраста можно выделить задачи развития семьи. *Задачи развития - это те требования, предъявляемые внешней средой, с которыми семья должна справиться, чтобы успешно развиваться дальше и становиться все более высокоорганизованной и сложной системой.* Цикл обычно состоит из семи стадий развития, в каждой из которых стиль жизнедеятельности семьи относительно устойчив: брак, рождение детей, поступление в школу, подростковый возраст, «вылет птенцов из гнезда», постродительский период (стадия пустого гнезда), старение. Проживание событийного ряда жизненного цикла в семьях с ребенком с ОВЗ имеет свою специфику. Речь идет о том, что *эмоциональная жизнь семей, в которых рождается ребенок с отклонениями в развитии (главным образом здесь речь идет о родительской подсистеме), по сравнению с обычной семьей, характеризуется переживанием ряда специфических этапов ('фаз),*

Первая фаза - «шок» характеризуется состоянием растерянности и шока. Родители не в состоянии принять случившееся. Возникшее чувство вины и собственной неполноценности, шоковое состояние трансформируются в негативизм и отрицание поставленного диагноза.

Вторая фаза - «отрицание». Во второй фазе отрицание дефекта выполняет защитную функцию, направленную на сохранение определенного уровня надежды и ощущения стабильности перед лицом факта, который способен разрушить существующий ранее жизненный сценарий. Это неосознаваемое стремление избавиться от эмоциональной подавленности и тревоги. Крайним проявлением этой фазы является отказ родителей от обследования ребенка и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Данная фаза «негативизм - отрицание» недолговременна по продолжительности, и по мере того, как начинается принятие диагноза и осознание его смысла, родители входят в третью фазу

Третья фаза — «хроническая печаль». Третья фаза характеризуется депрессионными состояниями, связанными с осознанием реальной ситуации. Эта фаза получила название «хроническая печаль». Данный синдром является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений, несоциализируемости ребенка в связи с его психическим и физическим дефектом.

Четвертая фаза - «зрелая адаптация». Наступление данной фазы обозначает начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, когда родители в состоянии реалистично оценить жизненную ситуацию, готовы начать руководствоваться интересами самого ребенка, устанавливать

адекватные эмоциональные контакты со специалистами. Показателями адаптации являются следующие признаки: уменьшение переживания печали; усиление интереса к окружающему миру; появление готовности активного решения проблемы с ориентацией на будущее.

Во многих семьях, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, формируется деструктивный тип внутрисемейных отношений, что оказывает травмирующее воздействие на ребенка, лишая его психологической поддержки в преодолении трудностей развития и адаптации. В работах В. В. Ткачевой подчеркивается, что *деструктивная внутрисемейная атмосфера возникает в результате следующих причин:*

1) *высокого уровня психической травматизации членов семей вследствие рождения ребенка с отклонениями в развитии;*

2) *отсутствия как мотивов к оказанию помощи проблемному ребенку, так и элементарных психолого-педагогических знаний у родителей;*

3) *непринятия особенностей ребенка, что может быть обусловлено как особенностями личности родителей, так и их культурно-ценностными ориентациями в отношении такого ребенка.*

В целом общее состояние родителей можно охарактеризовать как «внутренний» (психологический) и «внешний» (социальный) тупик. Автор выделила три уровня качественных изменений, имеющих место в семьях данной категории: психологический, социальный, соматический.

На психологическом уровне у матери ребенка наблюдается стресс, имеющий пролонгированный характер, который, в свою очередь, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада.

На социальном уровне семья становится малообщительной, избирательной в контактах.

Происходит деформация во взаимоотношениях между родителями больного ребенка, вследствие чего нередко наблюдаются разводы.

На соматическом уровне возникает патологическая цепочка: заболевание ребенка ведет к психогенному стрессу у матери, который, в свою очередь, провоцирует ее соматические или психические заболевания.

Создание благоприятного психоэмоционального климата в таких семьях, формирование положительных установок в сознании родителей является одной из основных целей оказания им психологической помощи. Необходимо создание комплекса психологических мероприятий, направленных на поддержку семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. К таким мероприятиям относятся:

- **психологические консультации** (как индивидуальные, так и семейные), направленные на повышение эффективности функционирования семейной системы, в которой воспитывается такой ребенок;
- **группы психологического образования для родителей.** Участие в такого рода группах позволяет получить родителям объективную информацию о

состоянии и заболевании ребенка, что поможет им правильно организовать свои усилия, направленные на его реабилитацию и воспитание.

Примечание. Следует специально отметить, что специалисту по сопровождению, организующему работу данных групп, необходимо в меньшей степени фокусироваться на передаче информации о ребенке, а в большей степени на формировании мотивации к самостоятельному заинтересованному поиску необходимой информации в различных источниках.

Уровни деформации внутрисемейных взаимоотношений

Трудности, которые постоянно испытывает семья с проблемным ребенком, значительно отличаются от повседневных забот, которыми живет семья, воспитывающая нормально развивающегося ребенка. Анализ литературы по вопросам семьи позволяет выделить основные функции, наиболее часто приписываемые обычной семье. Среди них:

- рождение и воспитание детей;
- осуществление связи между поколениями, сохранение и передача детям ценностей и традиций семьи;
- удовлетворение потребности в психологическом комфорте и эмоциональной поддержке, тепле и любви;
- создание условий для развития личности всех членов семьи;
- удовлетворение сексуально-эротических потребностей;
- удовлетворение потребности в общении с близкими людьми;
- удовлетворение индивидуальной потребности в отцовстве или материнстве, в контактах с детьми, их воспитании, самореализации в детях;
- охрана здоровья членов семьи, организация отдыха, снятие стрессовых ситуаций.

Из бесед с родителями и из других данных следует, что практически все функции, за небольшим исключением, не реализуются или не в полной мере реализуются в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Анализ наблюдений за развитием межличностных отношений в подобных семьях свидетельствует о том, что такое положение, видимо, объясняется следующими причинами.

В результате рождения ребенка с отклонениями в развитии *отношения внутри семьи, а также контакты с окружающим социумом искажаются*. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями больного ребенка, а также с колоссальной эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи в связи с длительно действующим стрессом. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их

положение можно охарактеризовать как *внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик*.

Качественные изменения в таких семьях проявляются на следующих уровнях: психологическом, социальном и соматическом.

Психологический уровень.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка «не такого, как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада. Деформируются:

- сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений;
- система отношений членов семьи с окружающим социумом;
- особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей больного ребенка.

Все надежды и ожидания членов семьи в связи с будущим ребенка оказываются тщетными и рушатся в один миг, а осмысление происшедшего и обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. На наш взгляд, это может быть обусловлено многими причинами, среди которых:

- психологические особенности личностей самих родителей, их способность принять или не принять больного ребенка;
- наличие комплекса расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития, степень их выраженности;
- отсутствие положительно поддерживающего воздействия социума в контактах с семьей, воспитывающей аномального ребенка.

Распределение обязанностей между мужем и женой, отцом и матерью в большинстве российских семей носит традиционный характер. Проблемы, связанные с внутренним состоянием и обеспечением жизнедеятельности семьи (хозяйственные, бытовые), а также с воспитанием и обучением детей, в том числе и с отклонениями в развитии, в основном ложатся на женщину. Мужчина — отец больного ребенка — обеспечивает в первую очередь экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения больного ребенка и, таким образом, не исключается, как мать ребенка, из привычных социальных отношений. Его жизненный стереотип, согласно нашим наблюдениям, не столь сильно подвергается

изменениям, так как бóльшую часть времени он проводит в той же социальной среде (на работе, с друзьями и т. д.). Отец больного ребенка меньше, чем мать, проводит с ним времени в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием этой семейной обязанности. Поэтому его психика не подвергается патогенному воздействию столь же интенсивно, как психика матери больного ребенка. Приведенные характеристики, как правило, являются наиболее распространенными. Но, безусловно, есть и исключения из правил.

Эмоциональное воздействие стресса на женщину, родившую больного ребенка, неизмеримо значительнее. Сам факт того, что именно она произвела на свет вместо «чуда» больное существо, заставляет ее невыносимо страдать. У матерей часто наблюдаются истерики, депрессивные состояния. Страхи, одолевающие женщин по поводу будущего ребенка, рожают чувство одиночества, потерянности и ощущение «конца жизни». Матери находятся с детьми-инвалидами постоянно. Они жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает силы, вызывает утомление. Часто для таких матерей свойственно снижение психического тонуса, заниженная самооценка, что проявляется в потере вкуса к жизни, перспектив профессиональной карьеры, невозможности реализации собственных творческих планов, потере интереса к себе как к женщине и личности.

По нашим наблюдениям, выраженные психофизические нарушения ребенка, а также личностные особенности матери могут служить источником материнской депривации. Любовь к ребенку как специфическое чувство возникает у женщины еще в период беременности. Но именно это светлое чувство укрепляется и расцветает в ответ на эмоциональную взаимность ребенка: его улыбку, комплекс оживления при появлении матери и др. Депривация материнских чувств может инициироваться недостаточностью этих социально-психологических проявлений у ребенка.

Вследствие того что рождение больного ребенка, а затем его воспитание, обучение и в целом общение с ним являются длительным патогенно действующим психологическим фактором, личность матери может претерпевать значительные изменения (В. А. Вишневский, 1987). Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности и существенно нарушить ее социальную адаптацию.

Социальный уровень

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страха, стыда).

Это испытание оказывает также деформирующее воздействие на взаимоотношения между родителями больного ребенка. Одним из самых печальных проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка с отклонениями в развитии, является *развод*. Не всегда внешней причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего родители детей, объясняя причину разрыва семейных отношений, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие, охлаждение чувств.

Тем не менее объективным стрессором, фрустрирующим психику членов семьи, является сам факт рождения больного ребенка и состояние его здоровья в последующий период. Сложившаяся новая ситуация становится испытанием для проверки подлинности чувств как между супругами, так и между каждым из родителей и больным ребенком. Известны случаи, когда подобные трудности сплывали семью. Однако часть семей не выдерживает такого испытания и распадается, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка с отклонениями в развитии. Неполные семьи, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, по нашим данным, составляют от 30 до 40%.

В силу этой причины (одиначества матерей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии), а также и других, среди которых могут быть и генетические (правомерный страх родителей перед рождением еще одного аномального ребенка), некоторые семьи отказываются от рождения других детей. В таких семьях ребенок-инвалид является единственным.

Есть семьи, в которых воспитывается еще один или два здоровых ребенка. В большинстве из них ребенок с нарушениями развития является последним из родившихся. Тем не менее, в таких семьях имеется больше благоприятных возможностей для нормализации психологического состояния родителей по сравнению с объективными возможностями родителей, воспитывающих единственного ребенка-инвалида. Родители, у которых здоровые дети родились после больных или являются одним ребенком из двойни, составляют немногочисленную группу.

Отношения в семье могут ухудшаться не только между супругами. Они могут изменяться между матерью ребенка с отклонениями в развитии и ее родителями или родителями ее мужа. Особенности ребенка трудно принять неподготовленному человеку. Жалость к своему внуку и его матери могут длительное время пронизывать взаимоотношения близких людей. Однако с возрастом силы слабеют: бабушки и дедушки постепенно отстраняются от такой семьи. Иногда со стороны бабушек и дедушек звучат горькие упреки в сторону ребенка с отклонениями в развитии и его матери («Ты виноват в том, что бабушка болеет» или «Ты виновата в том, что у меня нет здоровых внуков» и др.).

Различен образовательный уровень родителей. Неверным оказывается бытующее до сих пор в обществе мнение о том, что «больные» дети рождаются лишь в семьях с низким социальным и культурным уровнем. Согласно нашим данным, свыше 40% родителей воспитанников специальных коррекционных учреждений имеют высшее образование (половину из них составляют матери). Многие родители имеют высокий и очень высокий социальный статус (директора фирм, образовательных учреждений, служащие банков, преподаватели и т. п.).

Однако часть матерей в силу сложившихся обстоятельств после рождения больного ребенка вынуждены изменять профиль своей работы или же вообще оставить ее. Уход женщины с любимой работы не только лишает ее заработка, но и изменяет ее социальный статус, ставит в зависимое положение от мужа, от семьи. Таким образом, в лице матери больного ребенка общество теряет квалифицированного специалиста в связи с невозможностью для нее продолжать работу по избранной до рождения ребенка специальности.

Заслуживает внимания также тенденция, проявившаяся у отдельных матерей, воспитывающих детей с множественными и выраженными дефектами развития. В связи с тем что проблема воспитания и обучения такого ребенка лишь частично обеспечивается системой государственного образования, отдельные матери находят в себе силы и возможности для получения специального образования и использования новых знаний для развития и обучения как своего ребенка, так и других детей.

Длительное изучение проблем, возникающих в семьях воспитанников специальных учреждений, и наблюдение за их разрешением позволяют выделить еще одну особенность, характеризующую социальную позицию значительной части родителей в отношении воспитания, развития и преодоления проблем больного ребенка. Эту позицию можно назвать *иждивенческой* или *безынициативной*. Родители считают, что преодолением проблем их ребенка должны заниматься специалисты и сотрудники учреждений, в которых их дети воспитываются, обучаются или продолжительно лечатся и живут.

Соматический уровень

Стресс, возникший в результате комплекса необратимых психических расстройств у ребенка, может вызывать различные заболевания у его матери, являясь как бы пусковым механизмом этого процесса. Возникает патологическая цепочка: недуг ребенка вызывает психогенный стресс у его матери, который в той или иной степени провоцирует возникновение у нее соматических или психических заболеваний. Таким образом, заболевание

ребенка, его психическое состояние может являться психогенным и для родителей, в первую очередь матерей.

Согласно литературным данным (В. А. Вишнеvский, 1985, 1987; М. М. Кабанов, 1978; В. В. Ковалев, 1979, 1982; Р. Ф. Майрамян, 1974, 1976; В. Н. Мясищев, 1960) и нашим наблюдениям, соматические заболевания у родителей больных детей имеют следующие особенности. Матери больных детей жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции. Чем старше становится ребенок, т. е. чем длительнее психопатогенная ситуация, тем в большей степени у некоторой части матерей проявляются нарушения здоровья. Возникают: расстройства менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергия; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом (Р. Ф. Майрамян, 1976). Наши наблюдения свидетельствуют о том, что матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии и тоски.

Безусловно, физическая нагрузка у родителей таких детей чрезвычайно велика, особенно это касается родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом (постоянная физическая помощь ребенку при его перемещении по дому, еженедельная перевозка ребенка различными видами общественного транспорта из дома в школу и назад при отсутствии надлежащих вспомогательных средств). Трудности, с которыми сталкиваются родители умственно отсталых детей, имеют свою специфику, так как ежедневное сопровождение ребенка в школу (если это не школа-интернат) и домой в большом мегаполисе занимает много времени и в некоторых случаях соответствует во временном отношении целому рабочему дню.

Тем не менее при наличии огромной физической нагрузки, которая, несомненно, истощает силы и влияет на соматическое состояние родителей, психологический фактор и ничем не измеримая тяжесть переживаемого играют первостепенную роль. Как известно, «патогенно то переживание, которое занимает значимое место в системе отношений личности к действительности» (Н. И. Фелинская, 1982, с. 16). Для родителей больных детей в первую очередь патогенными являются перечисленные ранее психологические особенности развития их детей: признаки интеллектуального недоразвития, внешнее калечество, двигательные и речевые нарушения. «Шоковые травмы, равно как и пролонгированные травмы, обычно задевают аффектологические регистры психического аппарата и вызывают расстройства в виде эмоциогений» (А. Д. Зурабашвили, 1982, с. 14). Чувства страха, неуверенности в себе, различные формы депрессий — все эти болезненные состояния родителей являются не только ответной реакцией их личности на травмирующее переживание, но и

ответной защитной реакцией всего их организма.

Среди осложнений или отдаленных последствий перенесенного стресса некоторые авторы усматривают возможность изменения нервно-психической реактивности организма родителей «вследствие повышения психогенной „ранимости“ даже после однократно перенесенного психогенного заболевания и возможность возникновения резидуальных невротических состояний» (В. В. Ковалев, 1982, с. 12).

Особо значимым в данном контексте является воздействие на отдельных матерей повторных психотравм, уже не связанных непосредственно с состоянием здоровья и особенностями развития их ребенка. К таким травмам могут относиться как достаточно легкие — конфликты в транспорте или в магазине, конфликт с начальством, увольнение с работы, ссора с родственниками, страх перед исключением ребенка из учебного учреждения по причине неуспеваемости, так и более тяжелые — уход мужа в другую семью, развод, смерть близкого человека. Новая травмирующая ситуация оценивается такими родительницами как более тяжелая, длительная и глубокая. Они как бы принимают от жизни удар за ударом, и каждый новый травмирующий их психику стресс низвергает их все ниже и ниже. Повторное внешнее воздействие даже другого характера — «второй удар», по А. Д. Сперанскому (1955¹), — способствует выявлению тех нарушений, которые имели место при прошлых болезненных состояниях, а также следов давних психических травм, не приведших в момент своего действия к развитию болезненных реакций.

Оказывается, что отзвучавшие системы переживаний при определенных условиях могут иметь влияние на переживания данного момента. Важнейшими из этих условий являются степень завершенности отключенной системы переживаний и ее эмоциональная значимость. По мере взросления больных детей переживания их матерей могут лишь несколько сглаживаться, и то не всегда, однако это вовсе не означает, что переживание завершается и отключается от настоящего, как это имеет место в некоторых случаях у больных невротиками.

Соприкосновение с сигнальным раздражителем, которым может быть любой из приведенных выше факторов, вызывает повторение болезненного эмоционального переживания. Сигнальный раздражитель частично возобновляет ранее пережитую систему, актуализируя лишь эмоциональный фон, в то время как интеллектуальный смысловой компонент пережитой системы не воспроизводится в сознании. Длительная психотравма ведет к нарушению эмоциональной регуляции и смещению уровней аффективного реагирования.

В результате перенесенных психотравм у матерей этой категории могут развиваться различные соматические заболевания. Ведущей подсистемой, объединяющей биологический уровень адаптации (гипоталамический,

нейродинамический уровень) и психологические процессы защиты, является эмоция. При развитии психогенного процесса дезадаптационные механизмы проявляются в различной последовательности и в зависимости от того, в каком звене эмоциональной системы имело место перенапряжение. На уровне психологической защиты (эмоционально-социальный стресс) это приводит к развитию невротических состояний.

«Однако при развитии психосоматических процессов выступает обратное соотношение — эмоционально-социальный стресс нейтрализуется процессами психологической защиты, невротизация не развивается, а перенапряжение суммируется и проявляется в дезадаптации физиологического уровня реагирования — гипоталамической дезинтеграции, приводящей к соматической дезадаптации» (Н. А. Михайлова, 1982, с. 33). Это обуславливает формирование порочного круга, что в дальнейшем может привести к вторичной невротизации — реакции личности на болезнь.

Влияние нарушений развития ребенка на родителей

В качестве психотравмирующего фактора, определяющего личностные переживания родителей детей с отклонениями, выступает комплекс психических, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих ту или иную аномалию детского развития. Безусловно, выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость влияют на глубину переживаний родителей больных детей. Следует также отметить, что психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических отклонений. Предметом нашего изучения являются особенности психоэмоционального состояния именно такой категории родителей.

Родители, сами имеющие сенсорные, двигательные, а тем более интеллектуальные отклонения, часто психологически легче адаптируются к проблемам ребенка. Нарушения его развития практически не травмируют родителей. В этом случае родители идентифицируют дефект ребенка со своим собственным, что в их сознании воспринимается как норма. К сожалению, дифференциация переживаний родителей в зависимости от характера и степени нарушений у различных категорий детей с отклонениями в развитии затруднена в силу отсутствия валидного диагностического инструментария. К настоящему времени накоплено недостаточно фактов, чтобы на должном уровне анализировать эту проблему.

Умственно отсталые дети

Специфика нарушений состояния психического здоровья у умственно отсталых детей характеризуется в первую очередь *тотальным недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженном стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения* (Т. А. Власова, Г. М. Дульнев, М. С. Певзнер, С. Я. Рубинштейн, Ж. И. Шиф).

Особенности познавательной деятельности умственно отсталых детей характеризуются недифференцированностью процессов восприятия и внимания, несформированностью мыслительных и счетных операций, узким объемом механической памяти, недифференцированностью и низким уровнем мнемических образов. Развитие произвольности психических процессов связано с большими трудностями.

Недостатки речевого развития умственно отсталых детей носят комплексный и системный характер, характеризуясь несформированностью всех сторон речевой деятельности, выраженными трудностями порождения речевого высказывания (А. К. Аксенова, В. В. Воронкова, М. Ф. Гнездилов, В. Г. Петрова).

Нарушения *эмоционально-волевой сферы* особенно ярко проявляются у детей с тяжелой степенью умственной отсталости. Эти нарушения характеризуются отсутствием способности контролировать свои непосредственные влечения, наличием немотивированных страхов, слабой критичностью, неспособностью к анализу собственного поведения и, что самое главное, очень низкими социально-адаптивными возможностями.

Исследования В. И. Лубовского, А. Р. Лурии, М. С. Певзнер и других ученых показали, что у умственно отсталых детей имеются довольно грубые изменения в условно-рефлекторной деятельности. Им также свойственна несбалансированность в протекании процессов возбуждения и торможения. Все это определяется физиологическими причинами нарушений психического развития умственно отсталых детей, включая не только процессы познания, но и эмоции, волю и личность.

В целом особенности психики умственно отсталых детей исследованы достаточно полно и нашли свое отражение в специальной литературе (И. М. Бгажнокова, Л. В. Занков, В. Г. Петрова, Б. И. Пинский, С. Я. Рубинштейн, И. М. Соловьев, Е. А. Стребелева, Ж. И. Шиф и др.).

Особенности внутрисемейной атмосферы, межличностных внешних социальных контактов и переживаний родителей, воспитывающих умственно

отсталых детей, изучены в значительно меньшей степени. Однако определенные параметры этих отношений выделяются отдельными авторами.

Предметом глубоких эмоциональных переживаний родителей и близких умственно отсталых детей являются особенности их психофизических нарушений, и в первую очередь недостаточность интеллектуальной деятельности. В связи с этим тяжесть патогенного воздействия нарушений развития умственно отсталых детей на психику их родителей зависит от таких характеристик умственной отсталости, как стойкость (т. е. необратимость), длительность (в течение всей жизни), степень выраженности (тяжесть, глубина поражения) и характер интеллектуального дефекта.

Интеллектуальный дефект умственно отсталых детей, рассматриваемый как ведущий, оказывает особое дестабилизирующее, угнетающее воздействие на психику их родителей (Р. Ф. Майрамян, 1976; В. В. Ткачева, 1999). *Именно ведущий дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей психотравмирующим фактором*, так как данная аномалия, несмотря на имеющийся потенциал к развитию позитивной динамики в целом, *исключает возможность полного выздоровления ребенка, успешной социально-трудовой адаптации и самостоятельной полноценной жизни в социуме.*

Рождение ребенка с интеллектуальным дефектом дестабилизирует психологическое состояние родителей еще и потому, что в бытовом сознании это событие часто воспринимается как признак наличия несвойственных человеку характеристик («*Он не такой, как все*», «*Он не похож на нас, значит, он чужой*»). У родителей такого ребенка окружающие начинают выискивать отклонения от нормы и воспринимать их как психически больных лиц либо как людей с вредными привычками (алкоголиков, наркоманов). Это, естественно, возводит невидимую стену между семьей и социальным окружением. Родители умственно отсталых детей чрезвычайно боятся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.).

Умственно отсталый ребенок, подросток или взрослый воспринимается как близкими людьми, так и в обществе чаще негативно, с насмешкой, хотя в отдельных случаях такое отношение сопровождается избирательной жалостью или снисхождением. Даже в среде специалистов термины «умственная отсталость», «олигофрения», «дебильность», которые, по сути, означают то же самое, что и диагноз любого соматического заболевания, используются для негативных, унижительных, дискриминирующих характеристик детей и их близких (*олигофрен, дебил* в обыденном сознании означает *дурак*). Эта ситуация не повторяется ни с какой другой категорией детей с отклонениями в развитии.

Стереотип негативного восприятия умственно отсталого человека, согласно данным В. В. Юртайкина и О. Г. Комаровой (1996), оказывается

устойчивым, ригидным образованием. Анализ результатов исследований, проведенных этими авторами, показал, что умственно отсталый ребенок воспринимается различными социальными группами испытуемых, в том числе и родителями, негативно. Это и объясняет глубину переживаний родителей умственно отсталых детей.

Отношение матерей к умственно отсталым детям имеет противоречивый характер (О. Б. Чарова, Е. А. Савина, 1999). С одной стороны, матери проявляют жалость к детям. Несостоятельность умственно отсталых детей заставляет матерей их опекавать и контролировать. С другой стороны, у матерей умственно отсталых детей часто проявляется усталость, раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать интересы ребенка в силу их примитивности. Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, чувством вины, горя, стыда и страдания (Р. Ф. Майрамян, 1974, 1976).

В работах отдельных авторов все большее значение придается роли семьи в процессе формирования личности проблемного ребенка, эмоциональному характеру оценок, даваемых родителями своему ребенку (Г. А. Мишина, 1998). В этой связи особое значение имеет культура общения педагога с аномальными детьми. Уважение ребенка и его близких понимается как одно из средств коррекции личности таких детей и оказания психологической поддержки их семьям.

Отклонения в психофизическом развитии детей раннего возраста не только являются возможным следствием органических и функциональных нарушений, но имеют и вторичный характер, обусловленный дефицитом общения и отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми. Г. А. Мишина (1998) выделяет шесть неадекватных моделей сотрудничества родителей с ребенком: изолированность, предполагаемую взаимосвязанность, речевую взаимосвязанность, «молчаливое сопresутствие», «влияние и взаимовлияние», активную взаимосвязанность.

В поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста, выделяется ряд особенностей. Среди них: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком.

С каждым годом все актуальнее звучит тема о насущной потребности родителей детей с отклонениями в развитии в оказании им психокоррекционной помощи. В связи с этим специалистами подчеркивается необходимость включения родителей умственно отсталых детей в коррекционно-воспитательный процесс их детей, разрабатываются приемы и методы психокоррекционной помощи (В. В. Ткачева, 1999, 2000). Считается, что критериями готовности родителей к коррекционно-

ориентированному воспитанию детей с нарушением интеллекта являются: педагогическая грамотность, активное участие в воспитательном процессе, ценностное отношение к ребенку (В. В. Сабуров, 1999).

О тяжести и глубине психотравмирующего влияния дефекта ребенка на психику родителей (особенно если этот дефект характеризуется как выраженный) свидетельствует и факт более низкой социальной активности родителей умственно отсталых детей по сравнению с родителями других категорий детей. Так, в настоящее время существуют ассоциации, объединяющие родителей аутичных детей, детей с сенсорными нарушениями (с синдромом Ушера) и др. Высокую активность проявляют родители детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, сотрудничая с различными отечественными и зарубежными инвалидными обществами и организациями. Как показывает практика, родители умственно отсталых детей демонстрируют более пассивную социальную позицию, стремление быть «в тени». Они избегают декларирования проблем ребенка, особенно связанных с его интеллектуальным дефектом.

Интеллектуальный дефект, резко травмирующий психику родителей ребенка, тормозит их активность. Сознание родителей «поражает» понимание того, что их ребенок с недостатками ума никогда не сможет стать полноценным человеком и что его будущее, несмотря на их титанические усилия, обречено.

Следует отметить, что среди родителей детей с умственной отсталостью высок процент лиц, имеющих интеллектуальные нарушения. Это значительно снижает возможности семьи по созданию реабилитационных условий, обеспечивающих оптимальное развитие умственно отсталого ребенка.

Дети с детским церебральным параличом

Нарушения при детском церебральном параличе (ДЦП) характеризуются сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и расстройствами сенсомоторной чувствительности (Л. А. Данилова, М. В. Ипполитова, И. Ю. Левченко, И. И. Мамайчук, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, Н. В. Симонова).

Двигательные расстройства — основной клинический синдром ДЦП — включают параличи, парезы, нарушения координации, насильственные движения, формирование костных деформаций и множественных контрактур (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина, 1988; Э. С. Калижнюк, 1987; И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько, 2001, и др.). Патология двигательной системы у детей с ДЦП является одним из важнейших факторов, замедляющих и искажающих их психическое развитие.

Уровень интеллектуальных нарушений у детей с церебральным

параличом различен. Определенная часть детей, имеющих двигательные нарушения, близка к нормально развивающимся сверстникам. Большая часть детей с ДЦП имеет задержку психического развития вследствие раннего органического поражения мозга. У части детей интеллектуальное недоразвитие более резко выражено.

Третья группа нарушений при ДЦП — это *речевые расстройства*: чаще различные дизартрии, реже алалия, а также нарушения письменной речи — дислексия, дисграфия.

Первый опыт изучения влияния тяжелой двигательной патологии ребенка на психоэмоциональное состояние родителей был осуществлен в рамках медицинских исследований (В. А. Вишневский, 1987; Р. Ф. Майрамян, 1976; И. А. Скворцов и др., 1995). В работах этих авторов рассматривались различные формы реагирования матерей на проблему нарушения развития ребенка в различные периоды его жизни.

Оказалось, что наиболее фрустрирующими психику родителей детей с ДЦП являются двигательные расстройства. Во-первых, они сопровождаются внешней уродливостью: обезображенная фигура ребенка, гримасы, характерные нарушения речи, модуляции голоса, постоянная саливация. По свидетельствам родителей, признаки «внешнего» калечества привлекают постоянное внимание окружающих и таким образом травмируют сознание близких ребенка (В. В. Ткачева, 1999).

Во-вторых, обездвиженность или особые трудности при передвижении предполагают необходимость постоянной физической помощи больным детям, постоянного ухода за ними, что требует от самих родителей особых усилий. Поиск, покупка и использование специальных транспортных средств включают и повышенные материальные затраты родителей в спектр их переживаний и забот. Даже те дети, у которых в минимальной степени нарушено передвижение, все равно вызывают у родителей глубокие эмоциональные переживания. Это объясняется тем, что темп передвижения у таких лиц медленный, походка неустойчивая, отдельные элементы передвижения требуют дополнительных приспособлений (например, при подъеме и спуске по лестнице, входе и выходе из общественного транспорта). Любой спешащий по своим делам пешеход на улице или в метро может нечаянно задеть, толкнуть подобную неуклюжую фигуру и, не желая того, нанести больному вред.

Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является гиперопека (И. И. Мамайчук, В. Л. Мартынов, Г. В. Пятакова, 1989; В. С. Чавес, 1993). Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной ему преданности. Такое отношение к ребенку

сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), *матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей*. Известно, что такая модель воспитания приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга. Как правило, родители, проявляющие этот стиль воспитания, снижают свою трудовую и социальную активность.

Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестокое обращение (пример: ребенок, прикрепленный цепью к собачьей будке). Причем модель семейного воспитания часто зависит от психологических особенностей самих родителей, их ценностного отношения к ребенку и культурного уровня.

Аутичные дети

Симптоматика нарушений при раннем детском аутизме отличается большим полиморфизмом. Отечественная дефектологическая школа (В. В. Лебединский, К. С. Лебединская, С. А. Морозов, О. С. Никольская) рассматривает в качестве основного симптома у детей этой группы особую дефицитарность эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер, а именно: *сенсоаффективную гиперстезию и слабость энергетического потенциала*, проявляющиеся в отсутствии или значительном снижении потребности в контактах с окружающим миром.

Особенности коммуникативно-потребностной сферы аутичного ребенка проявляются не только в нарушениях акта коммуникации, но и в особенностях его речи (мутизме, речевых штампах, эхολалиях, аутодиалогах), а также в факторах, сопровождающих речевое высказывание (несформированности мимики и жеста). Одновременно недостаточность структурных компонентов коммуникативной сферы сопровождается при аутизме несформированностью у детей мотивации к общению. Это, в свою очередь, объясняет недостаточность навыков социально-бытовой ориентации и влечет за собой особую потребность в формировании навыков самообслуживания и создании особых условий приема пищи.

Особенности сенсорной сферы и недостаточность развития предметной деятельности определяют своеобразие интеллектуального развития аутичных детей. Большая группа детей имеет интеллектуальные расстройства, часть из них выраженные. У некоторых детей развивается парциальная одаренность в какой-либо из областей знаний.

Специфические особенности в развитии личностной сферы возникают в самом начале жизненного пути аутичного ребенка. Уклонения от глазного контакта с матерью и близкими, отсутствие или вялость протекания «комплекса оживления», нежелание (вплоть до полного избегания) вступать

в речевой контакт, отсутствие использования местоимения «я», речевая стереотипность, препятствующая критичной самооценке, и многое другое определяют личностное своеобразие аутичного ребенка или подростка. Особое негативное влияние на формирование личностной зрелости аутичного ребенка оказывает нарушение понимания себя как «системы Я», отражающееся в нарушении идентификации себя с речевым знаком — местоимением первого лица (В. В. Ткачева, 2003).

Наш практический опыт показывает, что для родителей аутичных детей особой психотравмирующей проблемой является отсутствие возможности помещения ребенка в специально созданное для таких детей образовательное учреждение. Незавершенность нормативно-правовой базы, обеспечивающей обучение детей этой категории в специальных условиях, является причиной отсутствия такого вида учреждений в нашей стране. В настоящее время большинство аутичных детей обучаются как в массовых, так и в различных специальных коррекционных образовательных учреждениях, преимущественно VIII вида. Их число неуклонно растет. Часть детей получают специализированную помощь в различных реабилитационных и психолого-медико-педагогических центрах, в основном сосредоточенных в столице или крупных городах. Аутичные дети, живущие на периферии, лишены и этой помощи. Перечисленные особенности аутичных детей требуют от родителей создания дома специфических условий внутрисемейного быта и формирования особых моделей взаимодействия и воспитания.

Травмирующим фактором, влияющим на эмоциональный статус родителей, безусловно, является нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с ними лично. Впоследствии эта черта ребенка проявляется в виде социально-бытовой неприспособленности и нарушения социальной адаптации. Родители тяжело страдают из-за отсутствия потребности у ребенка к адекватному контакту (прижаться, приласкаться к матери или отцу, посмотреть им в глаза, побеседовать).

Холодность и безразличие аутичных детей даже к близким часто сочетаются с повышенной ранимостью и эмоциональной хрупкостью. Дети пугаются резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет их взаимодействие с близкими и требует постоянного создания специальных условий для их жизнедеятельности (Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, 2004).

Особая недостаточность энергетического потенциала ребенка травмирует личность родителя, повышает его собственную ранимость и *часто превращает родителя в эмоционального донора.*

В настоящее время в работе с родителями аутичных детей используется метод холдинг-терапии, разработанный доктором М. Welch (1983). Метод

холдинг-терапии позволяет выработать у ребенка формы позитивного эмоционального контроля, снять эмоциональное напряжение, тревогу, страхи. В результате холдинга прогрессирует речевое развитие аутичных детей, формируются новые формы эмоционального контакта.

Этот метод дает возможность также улучшить понимание родителями проблем и возможностей аутичного ребенка, обучить родителей адекватным способам взаимодействия с ребенком и конкретным приемам коррекционной работы. Определяются показания к проведению семейного холдинга (присутствие отца и матери ребенка во время процедуры), а также режимные характеристики проведения процедуры и противопоказания (тяжелые соматические заболевания; ситуация неполной семьи или отказ отца от участия в холдинге; сопротивление родителей, их эмоциональная неготовность к холдинг-терапии).

Дети с задержкой психического развития, осложненной выраженными нарушениями поведения

В последние годы значительно расширился круг специалистов, занимающихся изучением проблемы детей с задержкой психического развития (Н. Ю. Борякова, Г. А. Бутко, Т. Н. Волковская, Е. Е. Дмитриева, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский, И. Ф. Марковская, У. В. Ульenkova и др.). В научно-методической литературе широко обсуждаются вопросы обучения и воспитания детей данной категории. Дети с задержкой психического развития относятся к аномалии, имеющей более благоприятное будущее, чем другие дети с проблемами в развитии. Возможная «обратимость» возникших нарушений в случае проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает этих детей одной из перспективных для сознания родителей категорий.

Однако сопутствующие нарушения, возникающие в ряде случаев у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, осложняющие процесс развития ребенка с ЗПР. Эти нарушения свидетельствуют о наличии тенденции к аномальному развитию личности по типу психической неустойчивости. Они наблюдаются в первую очередь при психогенной задержке, которая возникает в результате патологического влияния социального окружения на ребенка с первых дней его жизни. Несомненно, родительское отношение и внутрисемейная атмосфера играют при этом первостепенную роль. Как правило, психогенная задержка возникает как результат социальной депривации ребенка, когда-либо отсутствует по каким-то причинам семейная среда, либо применение родителями неадекватных моделей воспитания оказывает деформирующее воздействие на детскую личность. Результаты подобного влияния близких проявляются

незамедлительно в виде искажения коммуникативного взаимодействия с социальным окружением, в первую очередь с самими родителями.

В связи с этим особое фрустрирующее воздействие на родителей этой группы имеют различные формы нарушения поведения их детей, проявляющиеся в бессмысленном упрямстве, немотивированной грубости, злобности и агрессивности, в наличии постоянного желания быть в центре внимания, ярко выраженном эгоизме. Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком.

К группе детей с ЗПР относят и детей, имеющих проблемы в развитии из-за тяжелых длительных соматических заболеваний (пороки внутренних органов, рак, ВИЧ-инфекция и др.). Их родители тяжело переживают из-за состояния здоровья детей. Соматическая инвалидизация детей требует от родителей особых усилий по уходу, соблюдению режимных моментов, профилактике инфекционных заболеваний.

Особую категорию представляют собой дети с синдромом СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), которые в силу определенных нарушений испытывают огромные трудности в плане социального приспособления с раннего возраста (Н. Н. Заваденко, 2001). Проблемы коммуникативного поведения, высокая возбудимость и гиперактивность детей требуют от родителей повышенного внимания и напряжения. Особенности ребенка «проглатывают» внутренний энергетический потенциал родителя, истощают его психическое состояние.

Дети с недостатками речевого развития

Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей. Именно нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях. Проблемы речевого развития ребенка выступают как фактор, снижающий возможности социального общения ребенка. Такой ребенок может рассматриваться родителями как имеющий меньшие социальные перспективы в будущем.

Для специалистов, работающих с детьми с разной речевой патологией, взаимодействие с родителями приобретает все большую значимость. Важную роль играет сотрудничество между логопедическим детским садом и семьей. В публикациях последних лет описываются основные формы работы с родителями, проводимые в специализированных учреждениях, приводятся методические рекомендации, которые следует соблюдать родителям в домашних условиях.

Дети с сенсорными нарушениями

Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями изучены практиками и представлены в научной литературе наиболее полно (Т. А. Басилова, Р. М. Боскис, Л. П. Григорьева, В. З. Денискина, М. В. Жигорева, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева, С. В. Сташевский, Л. И. Тигранова и др.).

В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей, согласно исследованию Н. В. Мазуровой (1997), не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными.

Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие личности глухих детей.

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиболее важных. Они постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно.

С другой стороны, у детей с нарушениями зрения часто формируются инфантильные и эгоистические черты, личностная незрелость, проявляется «эмоциональная глухота» к потребностям близких. Именно поэтому родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, также часто характеризуются как неадекватные (В. З. Денискина, Л. И. Солнцева, С. М. Хорош).

Специфические проблемы психологии воспитания детей с патологией зрения изложены в пособиях «Психология воспитания детей с нарушениями зрения» (под редакцией Л. И. Солнцевой и В. З. Денискиной, 2004) и «Воспитание и обучение слепого дошкольника» (под редакцией Л. И. Солнцевой, Е. Н. Подколзиной, 2005). Авторы излагают родительские позиции и приводят практические приемы коррекции недостатков психического развития детей с нарушениями зрения в процессе их социализации и вхождения в жизнь.

По мнению практиков, в сознании не каждого слышащего и зрячего родителя формируется потребность к усвоению специальных форм взаимодействия (дактилологии и жестовой речи) с ребенком, имеющим бисенсорный дефект. В некоторых случаях (например, при синдроме Ушера)

отсутствие таких навыков может ограничивать как контакты самого ребенка с окружающим миром, так и возможные формы взаимодействия с ним родителей. Это также обуславливает возникновение коммуникативного барьера между ребенком и его родителями (И. В. Саломатина, 2001, 2002).

Глубина эмоциональных переживаний родителей и потребность в обретении психологического покоя отражаются в некоторых зарубежных публикациях, переведенных на русский язык (Н. Браун, 1997).

Выраженные нарушения сенсорных функций, отягощенные интеллектуальными расстройствами, вызывают особо тягостные переживания родителей. У детей со сложным дефектом оказывается стабильно нарушена возможность взаимодействия с окружающим миром и, таким образом, возможность развития. Чаще всего такие дети обучаются в специальных учреждениях интернатного типа (г. Сергиев Посад) или же в учреждениях социальной защиты. Принять подобное решение некоторые семьи длительно не решаются, оставляя ребенка дома. Но отдельные родители, преодолев многие, как внутренние, так и внешние, преграды, устраиваются на работу по месту обучения и проживания ребенка.

Итак, анализ жалоб родителей, включающих переживания по поводу основного дефекта ребенка, раскрывает характер и глубину травматизации их личности.

Особенности личностного развития детей и детско-родительских отношений

В психолого-педагогических исследованиях Л. И. Божович, А. И. Захарова, М. И. Лисиной, В. С. Мухиной и др. подчеркивается, что на протяжении дошкольного возраста (от трех до семи лет) стремительно структурируются отношения ребенка с ближайшим окружением. Одновременно под воздействием социального окружения и отношения значимых близких лиц к ребенку в структуре его личности формируются характерологические черты (А. Я. Варга, А. С. Спиваковская).

Недостаточность познавательных процессов у детей с отклонениями в развитии является причиной своеобразия формирования их эмоционально-волевой, личностной и поведенческой сфер (Ж. И. Шиф и др.). Не следует также забывать об особенностях преморбидных личностных характеристик, которые каждый ребенок наследует от своих родителей. Становление вышеупомянутых сфер у детей происходит на измененной основе, что, несомненно, ведет к качественным отличиям от нормативных эталонов. С другой стороны, недостаточность и неадекватность взаимодействия родителей с детьми в эмоциональном плане усугубляет их дефект, искажает личностное развитие и снижает возможности социально-приспособительных характеристик.

Изучение личностных особенностей детей осуществляется с помощью известных психодиагностических методов: наблюдения, личностных опросников, проективных методик.

Результаты исследований (Т. Н. Волковская, 2003; А. И. Захаров, 1976; М. М. Либлинг, 1996; Н. В. Мазурова, 1997; И. И. Мамайчук, 1989; Г. А. Мишина, 1998; Л. И. Солнцева, 1988; В. В. Ткачева, 2005) показывают, что у любого ребенка с отклонениями в развитии имеют место нарушения во взаимодействии с родителями. В качестве критерия оценки детско-родительских отношений используется эмоциональная (позитивная или негативная) апелляция детей к родителям в продуктах деятельности, а также непосредственная оценка отношений с родителями, данная детьми.

Анализ результатов наблюдений, бесед, экспериментальных исследований по изучению детско-родительских отношений позволяет определить тенденции в личностном развитии детей и в их отношениях с родителями.

1. Каждый ребенок с отклонениями в развитии демонстрирует высокую потребность в эмоционально-положительных контактах с родителями, их тепле и близости.

В беседах дети тепло отзываются о родителях, часто скрывая их холодность и недостаток внимания и любви. Практически каждый ребенок (до 92% случаев) высказывает острую потребность в теплых аффилиативно-насыщенных отношениях с родителями. Об этом свидетельствуют примеры из протоколов и дневников наблюдений за детьми.

Из беседы с Мишей П.: «Я бы хотел, чтобы мама чаще бывала дома...»
Из беседы с Костей Н.: «Я хочу пойти с папой в парк, но он все время в командировке. Поэтому я всегда хожу гулять с тетей Таней» (гувернанткой).

У части детей отношения с родителями как доминирующие складываются лишь с каким-то одним родителем (чаще матерью), что свидетельствует, как правило, либо об отсутствии второго родителя в семье, либо о его занятости, невнимательном и холодном отношении к ребенку с отклонениями в развитии.

Результаты исследований, полученные с помощью рисуночных тестов, методики САТ, свидетельствуют о том, что наказания, которые применяют к детям родители, воспринимаются детьми в силу их психической недостаточности как адекватные.

Из беседы с Никитой А. по картинке, изображающей наказание щенка матерью-собакой за неумение пользоваться туалетом: «На картинке собака а-та-та, а-та-та... щенок маленький (показывает рукой). Ай, ай, нельзя! Мама будет ругать».

Пример беседы с Машей П. по картинке, изображающей зайчика, одиноко сидящего в кровати в темной детской комнате: «Это зайчик, он маленький. Мне его жалко. Я кричу: „Мама, мама!..“ А мама ушла!»

Вызывают особую настороженность данные о том, что у 15% детей образ

отца в ответах вообще отсутствует. Некоторыми детьми образы отца и матери вообще не дифференцируются, а родители воспринимаются ими как нечто абстрактное (шкала «родители как чета» по методике Р. Жилия). Дети не идентифицируются по половому признаку с кем-либо из родителей (мальчики с папами, а девочки с мамами).

2. Недостаточность и неадекватность родительско-детского общения проявляется в замещении родителей другими субъектами.

Результаты анализа выполнения детьми экспериментальных заданий (методики «Два дома», «Лесенка для детей», «Фильм-тест» Р. Жилия) показывают, что в качестве самых близких им людей могут доминировать не родители, а другие лица или предметы: братья, сестры, учителя, близкие родственники, домашние животные и игрушки. Это доказывает низкую значимость родителей в межличностных контактах детей.

Форма обучения в специальном коррекционном образовательном учреждении влияет на развитие взаимоотношений членов семьи с детьми. Обучение ребенка вдали от дома (в интернате) не позволяет сформировать необходимую глубину привязанности детей к родному очагу и близким лицам. Однако потребность в проявлении человеческого тепла и любви у детей не исчезает. Возникает феномен «переориентации» аффилиативных чувств к тем лицам, которые находятся в этот момент рядом с ребенком. Ими оказываются учителя и воспитатели интернатного учреждения.

Так, например, глухие учащиеся, воспитанники интерната, больше ориентированы на общение с учителем (22,8%) и сверстниками (19,4%) по сравнению с нормально слышащими детьми (шкала «учитель, воспитатель» — 13%, шкала «друг, подруга» — 18,5%). Отношения с матерью у них эмоционально обеднены — 32,5% (слышащие: шкала «мать» — 52%). Взаимодействие с отцами чрезмерно насыщено отрицательными эмоциями — 9,5% (слышащие — 11,5%). Этот пример является свидетельством того, что многие слышащие родители, имеющие глухих детей, не умеют устанавливать с ними естественные родственные отношения. Отсутствие ребенка дома не вызывает у родителей переживаний. Они воспринимают этот факт как естественную необходимость, в то же время потребность в эмоционально-насыщенных отношениях с детьми постепенно утрачивается.

Однако, как показывает практика, рядом с детьми могут оказаться и другие лица, возможно, и ведущие асоциальный образ жизни, что, несомненно, качественно повлияет на личностное развитие ребенка. **Отсутствие родительского тепла изменяет личностную сферу ребенка, формируя вместо позитивно устойчивых черт характера, необходимых для успешной адаптации в социуме, неадекватные личностные характеристики.**

3. Взаимодействие детей с социальной средой приобретает неадекватные формы, возникают коммуникативные проблемы и барьеры. Отношения с людьми окрашиваются в сознании ребенка в неблагоприятные тона, для них характерны отгороженность, тревожность, агрессия.

Изучение личностных особенностей детей с помощью экспериментальных методик («Фильм-тест» Р. Жилия, САТ, СТО) позволяет выявить в качестве доминирующих следующие характеристики: агрессивность, конфликтность, тревожность, отгороженность.

Ценную информацию об особенностях сферы общения детей со значимыми близкими дают рисуночные тесты и методики «Два дома», «Лесенка». В рисунках четко проявляется отсутствие контакта и *отгороженность* детей от близких взрослых. Одной из характеристик, отражающей в рисунках детей особенности межличностной и коммуникативной сфер, является изолированность, проявившаяся довольно разнообразно:

- отсутствие себя на рисунке или дорисовывание себя после дополнительного вопроса психолога («А где ты? Разве ты не член семьи? Почему ты забыл нарисовать себя?»);
- изоляция себя от родителей и других членов семьи (изображение себя в отдельной комнате, на другом этаже дома или в стороне от близких); дети также располагали себя отдельно от родителей в «красный» домик, а их оставляли в «черном» домике;
- расположение себя в отдельной группе с кем-либо из сверстников (братом, сестрой, друзьями) или домашним животным, игрушкой;
- изображение членов семьи как бы уходящими от ребенка (члены семьи уезжают в легковой машине, ребенок остается один);
- изображение себя уходящим от всех, в никуда (ребенок уходит куда-то во тьму, в глубь пещеры) или умершим;
- изображение себя повесившимся на перекладине (вариант проектируемого суицида).

Признаки *отгороженности* проявляются в содержании рисунков детей при изображении:

- себя спиной к зрителю;
- отсутствия дверей у дома, за окном которого нарисован человек;
- картин потустороннего мира («Когда я умру...»);
- своеобразной прорисовки глаз (когда либо отсутствует зрачок, важнейший элемент, осуществляющий зрительный контакт, либо глаз может быть полностью закрашен темной краской, т. е. вместо

живого зрачка пустая темная дыра);

- плотно сомкнутых губ (отсутствия потребности в вербальном контакте).

Результаты психолого-педагогического наблюдения показывают, что *тревожность* детей проявляется уже при первом контакте. Об этом свидетельствуют:

- взгляд ребенка (выражение глаз говорит о незащищенности, сензитивности, наличии страхов) или отказ от глазного контакта;
- манера поведения (робость, осторожность и неуверенность в осуществлении поведенческих актов, стремление спрятаться за спиной взрослого);
- поза тела (неуверенность осанки, сгорбленность, сутулость, стремление казаться меньшим по росту);
- застенчивость улыбки.

В рисунках детей тревожность проявляется также в различных вариантах:

- в печальной позе (руки опущены, волосы изображены ниспадающими линиями, идущими вниз), в печальном выражении лица и глаз;
- в изображении фигуры человека, охватывающей весь лист;
- в изображении фигуры человека, непропорционально вытянутой вверх, с приподнятыми плечами.

Агрессивность детей чаще выражается в виде импульсивности реакций, стремлении подчинить себе детский коллектив, вербальных угрозах, неадекватных поведенческих действиях. Агрессивные тенденции в рисунках проявляются:

- в характерном изображении позы ребенка (сжатые кулаки, широко расставленные ноги);
- в выражении лица, глаз (наглое, агрессивное, насмешливое);
- в обильной прорисовке острых линий (зубов, когтей, торчащих волос, чешуи, панциря).

4. Неадекватное отношение родителей (других лиц) к детям отражается в их продуктивной деятельности.

Агрессивность и авторитарность родителей в отношениях с детьми находит свое отражение в рисунках детей. Родители изображаются детьми

с использованием агрессивной символики: руки подняты вверх, размер ладоней увеличен, на пальцах когти или острые ногти, большой рот открыт, видны зубы.

Результаты, полученные с помощью методик «Лесенка для детей» и «Два дома» и рисуночных тестов, показывают, что значимость родителей в сознании ребенка уменьшается, если их отношение к нему приобретает неадекватные формы. Дети избирают в качестве объектов общения любых лиц, кроме родителей. Неосознанно ранжируя качество отношения к себе разных людей, в том числе и родителей, дети могут оставлять их в иерархии межличностных контактов на последнем месте (от 23% до 65%).

Оценивая личностные и межличностные особенности детей с отклонениями в развитии, следует отметить, что формирование характерологических черт их личности обусловлено двумя факторами:

- особенностями, унаследованными от родителей;
- негативным воздействием значимого социального окружения, т. е. использованием родителями ребенка неадекватных форм взаимодействия с ним.

У детей с психофизическими нарушениями конституциональные особенности усиливаются под влиянием дефекта. Базовая составляющая структуры личности преломляется через первичный дефект. Так, у слепых в результате воздействия первичного дефекта в личностных контактах доминирует неуверенность, робость, тревога. Следствием сенсорного нарушения в личностной сфере глухих часто является импульсивность, истеричность, агрессия.

С другой стороны, социальная ситуация, в которую оказывается включен ребенок и в которой осуществляется коррекционно-воспитательный процесс, не соответствует цели воспитания гармоничной личности ребенка. Это происходит в силу того, что у самого родителя, осуществляющего взаимодействие с ребенком, в сложившихся обстоятельствах под влиянием психотравмирующей ситуации обостряются личностные черты (возникают акцентуации).

Одновременно родители, как правило, не имеют достаточных знаний об особенностях воспитания ребенка с отклонениями в развитии и не всегда демонстрируют стремление к их обретению. Многие из родителей ориентируются в этом вопросе на традиции семьи, рода и исключают возможность получения педагогических знаний через специалистов. Перечисленные причины, несомненно, негативно влияют на ребенка и искажают его личностное развитие.

Итак, два фактора, определяющие личностное развитие ребенка с отклонениями в развитии, оказываются неоптимальными:

- **биологическая составляющая** (конституциональные особенности ребенка, преломляясь через дефект, усиливаются, заостряются);
- **социальная составляющая** (воспитание детей осуществляется травмированными родителями, которые часто имеют низкий уровень психолого-педагогических знаний).

Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность в эмоционально-теплых отношениях провоцируют развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным миром и формируют дезадаптивные характерологические черты личности.

Недостаточность детско-родительских отношений приобретает эмоционально-неблагоприятные оттенки: отвержение, изолированность, агрессия, страх. Лишь у части детей формируются гармоничные и адекватные отношения с близкими лицами.

У всех детей с отклонениями в развитии наблюдаются девиации в личностном развитии, обусловленные не только конституциональными особенностями и воздействием дефекта, но и нарушениями межличностного взаимодействия и контактов. Доминирующими негативными личностными тенденциями являются: агрессивность, конфликтность, тревожность, отгороженность, коммуникативные нарушения.

Все это в совокупности обуславливает острую необходимость оказания детям психологической помощи, включающей не только коррекцию личностных нарушений, но и оптимизацию внутрисемейных отношений.

Личностные характеристики родителей детей с отклонениями в развитии.

Типология психологических портретов родителей

Современная наука изучает психологические свойства личности с позиций целостного системного подхода. Личность в этом случае понимается как «конструкт, включающий в себя биологическую базу в качестве основы, на которой развиваются более высокие уровни человеческой психики» (Л. Н. Собчик, 2002, с. 5). Актуальное состояние личности рассматривается в тесной связи с ее устойчивыми свойствами и отношением к психотравмирующей ситуации, выступающей в качестве патогенного фактора. В современных психологических исследованиях личности выделяются три основных типа реагирования индивида в ситуации эмоционального стресса: стенический (сильный), гипостенический (слабый) и смешанный (Л. Н. Собчик, 1990, 2002).

Для определения направлений коррекционной помощи родителям, имеющим детей с отклонениями в развитии, необходимо учитывать как присущие им характеристики индивидуальных различий, так и особенности реагирования этих лиц на стрессовую ситуацию, вызванную рождением в семье ребенка с отклонениями в развитии.

Переживания, которые испытывают родители детей с психофизическими недостатками, влияют на их самосознание, эмоциональную и когнитивную системы. Эмоциональная система человека является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы функционирования человеческого организма. Морфологическим субстратом эмоциональной регуляции являются древние подкорковые и возникшие позднее лобные образования головного мозга. В процессе своей жизнедеятельности человеческий организм постоянно испытывает потребность в поддержании активных стенических состояний. Эти потребности нормально развивающегося организма обеспечиваются постоянным эмоциональным тонизированием, как внешним, так и внутренним (В. В. Лебединский и др., 1990).

Онтогенетическое развитие аффективной сферы человека обусловлено преобладанием стенических эмоций (радости, гнева) над астеническими (меланхолии, тревоги). Особенно важным и сложным в этом процессе является поддержание оптимального уровня тонизирования человеческого организма положительными эмоциями. В жизни этот процесс протекает естественным путем и ничем не регламентируется. Степень оптимального уровня эмоционального тонизирования положительными эмоциями для лиц с разными типами реагирования на стресс различна и дифференцируется в зависимости от присущих им характеристик.

Согласно функциональной типологии высшей нервной деятельности, разработанной в середине XX в. И. П. Павловым, «свойства нервных процессов обуславливают высшее приспособление организма к окружающим условиям, или, иначе говоря, совершенное уравновешение организма как системы с внешней средой, т. е. обеспечивают существование организма».

Таким образом, лица с сильным типом реагирования на стресс характеризуются динамично протекающим процессом возбуждения. В силу характерных особенностей стеничности нервной системы их потребность в позитивном эмоциональном тонизировании невелика. Напротив, лицам со слабым типом реагирования на стресс присуща динамичность протекания процессов торможения. Свидетельством этому служит высокий уровень эмоциональной лабильности и быстрой пресыщаемости, которые проявляются на наиболее энергоемком корковом уровне. При смешанном типе реакций на стресс чередуются характеристики первых двух типов нервной деятельности.

Осуществленное нами психологическое исследование семей (В. В. Ткачева, 1999, 2005), воспитывающих детей с нарушениями психофизического развития, позволило обобщить основные характерологические черты исследуемой категории родителей и выделить группы лиц со сходными типологическими особенностями.

Первая группа родителей представлена лицами, имеющими *смешанный тип реагирования*, сочетающий как гипо-, так и гиперстенические свойства. Для этих родителей характерно «перекрытие каналов поведенческого и невротического отреагирования проблем» (Л. Н. Собчик, 1990, с. 55).

У родителей первой группы проявляется предрасположенность к высокой нормативности поведения и сдержанности в проявлении эмоций. Этим родителям свойственно внутреннее субъективно-индивидуалистичное переживание своей проблемы, что сопряжено с возникновением психосоматических заболеваний. Именно последняя характеристика и послужила причиной названия обследуемой группы — **психосоматичные**.

Как показывает практика, психосоматичные родители, характеризующиеся лабильно-ипохондричной и субъективно-индивидуалистичной личностными доминантами, представляют наиболее многочисленную группу. Данные по разным учреждениям могут отличаться друг от друга. Однако численность этой категории родителей обычно составляет от 60 до 80% лиц.

Одной из главных отличительных характеристик родителей этой группы является очень низкий процент лиц с акцентуированными личностными чертами по сравнению с составом второй и третьей групп: всего 1,2% в группе подверженных сверхконтролю.

Вторая группа родителей характеризуется *гипостеническим типом реагирования*.

В состоянии психогенного стресса, каковым является рождение ребенка с отклонениями в развитии, ослабляются и деформируются, переходя рубеж возможного, именно те уровни психологического гомеостаза, которые у гипостеников, в силу их слабых конституциональных возможностей, являются недостаточными и изначально имеют место в преморбиде.

Родители с тревожно-сензитивными личностными тенденциями получили название **невротичные**. Эта группа родителей занимает второе место по числу акцентуированных лиц — 6,3%.

У невротичных родителей эмоциональная реакция на стресс, вызванный рождением больного ребенка, проявляется повышенной тревожностью, различными страхами, глубокой депрессией (гипостенический тип реагирования). Эти особенности родителей в их взаимодействии с больным ребенком приобретают характер подчинения сложившимся обстоятельствам. Часто это проявляется в виде педагогической некомпетентности, воспитательской неумелости, а в отдельных случаях отторжения самого

ребенка, вызывающего стресс. Фрустрирующая ситуация для этих родителей постепенно приобретает непреодолимый характер.

Родители **третьей группы**, имеющие *стенический тип реагирования* с тенденцией к асоциальным формам взаимодействия, были названы **авторитарными**.

В этой группе самый высокий процент акцентуированных лиц — 7,5%.

Родители с импульсивно-инертными чертами (авторитарный тип) характеризуются тенденцией к резистентности и усиленной сопротивляемостью к фрустрирующему воздействию сложившихся обстоятельств, в крайнем случае проявляется тенденция к обособленности позиции. Возможно, что преобладание лиц с указанными личностными особенностями среди родителей детей с выраженной и тяжелой патологией объясняется как их конституционально-типологическим развитием, так и тенденцией к изменению личностных черт, т. е. к патохарактерологическому развитию в результате длительного психопатогенного стресса.

Родители с депрессивной и тревожной симптоматикой и родители с импульсивно-инертными характеристиками представлены обычно в равных пропорциях. Каждая из этих групп может составлять примерно одну пятую часть от общего числа родителей детей с отклонениями в развитии.

Приведем психологические портреты этих трех групп родителей.

Психологические портреты родителей

Портрет родителя авторитарного (импульсивно-инертного) типа

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). К родителям авторитарного типа мы относим две категории. Первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме. Вторая категория, представленная преобладающей частью родителей, проявляет другую позицию — стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. На предложение отказаться от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление. Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолеть проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не видеть преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-либо может произойти чудо и с их ребенком.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливая тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка и, таким образом, решают проблему ребенка в целом.

Отрицательные свойства этой категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). *«Пусть общество приспосабливается к нам и нашим детям, а не мы к ним»* — это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей.

В отношениях с ребенком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстраненности от его проблем. Поведение таких родителей может перерасти иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Многим из авторитарных родителей свойствен неравномерный характер применения воспитательных мер: довольно часты жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, избиение). При этом сами родители не испытывают никаких угрызений совести. Такая форма взаимодействия с ребенком становится причиной возникновения тиков, энуреза (иногда и энкопреза), формирования пониженной самооценки у ребенка. Авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не соответствующие его возможностям.

Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка. Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития. *«Не все дети одинаковые»* или *«Ну не всем же быть учеными»*, — считают они. Такие родители излишне опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Проявляющееся у таких родителей настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимых для родителей лиц) не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.

Портрет родителя невротичного (тревожно-сензитивного) типа

Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим образом: *«Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!»* У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта

категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать: *«А нам никто не говорил о том, что нужно заниматься с ним. Мы ничего и не знали!»* Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Они не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности.

Часть родителей, относящихся к этой группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем, и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего.

В плане воспитания эти родители также часто проявляют несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Это объясняется как проявлением инертности и нежелания соприкасаться с проблемами ребенка, так и собственной слабостью характера при реализации поставленной воспитательной цели. Такие родители непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствуют требовательность, а порой и необходимая строгость. Они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают» его, а иногда их «сверхнежные» отношения переходят в сюсюканье. Межличностные связи «родитель — ребенок» в таких семьях могут приобретать симбиотический характер.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребенку. Это, в свою очередь, передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротических черт характера.

Родители тревожно-сензитивного типа недостаточно критично оценивают возможности своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдать желаемые результаты развития за действительные.

Часто встречается и другая особенность родителей: они гиперболизируют проблемы своего ребенка, отрицают возможности разрешения хотя бы их части. Собственное эмоциональное бессилие не позволяет таким родителям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Прожитая жизнь воспринимается ими как несложившаяся, несчастливая, загубленная рождением в семье аномального ребенка. У невротичных матерей часто наблюдаются истерики, подавленное настроение, затяжные депрессивные

состояния, стремление уйти от принятия решения, снижение социального статуса, примитивизация поведения. Такие матери воспринимают все в трагических красках, себя — чаще всего как несостоявшегося, не сумевшего реализоваться в детях, в семье, в профессии человека, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.

Портрет родителя психосоматического типа

Это самая многочисленная категория родителей. У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первой, так и второй категорий. Эти родители эмоционально более лабильны, чем представители двух других групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у первых и вторых. Они не устраивают скандалов и ссор, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования проблемы, фрустрирующей психику, у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний. У первых двух категорий родителей он проявляется во внешнем плане (у невротичных — слезы, истерики, у авторитарных — скандалы, агрессия, окрик). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей.

Для этих родителей характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Иногда такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнурая себя. Они практически не отдыхают и не жалуются, как невротичные, на потребность в этом. Порой кажется, что желание отдохнуть у них отсутствует даже при большой нагрузке и возникшей усталости (особенно в первые годы жизни ребенка). Этим родителям, так же как и невротичным родителям, свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, услугу, а иногда и сделать за него то, что он не может еще сам. Они склонны гиперопекать своих детей.

Психосоматичные родители, так же как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высокопрофессиональными

специалистами и успешно оказывают помощь не только своим детям, но и чужим.

Выделенные особенности родителей являются основополагающими для определения позиций родителя и семьи по отношению к больному ребенку. На них затем наслаиваются мировоззренческие, культурные, социальные и другие характеристики.

Следует подчеркнуть, что проблема взаимодействия и взаимовлияния биологических и социальных характеристик в личности родителей относительно их родительской позиции не полностью изучена и не нашла отражения в психологической литературе.

Можно лишь предположить, что истинные ценности культуры, которыми в течение жизни овладевает человек, развивают в нем чувство сопереживания и сочувствия к проблемам слабых и больных лиц, в том числе и детей. Эти характеристики формируются с раннего возраста в соответствии с определенными канонами воспитания. У некоторых лиц в силу поставленных задач воспитывается повышенная чувствительность. Например, если ребенок обучается музыке или другим искусствам, в нем формируется особая чувствительность к звучанию музыкальных инструментов, краскам, формам и проявлениям природы и др. С другой стороны, воспитание чувствительности может трансформироваться в сензитивность, а это уже черта личности.

Приведем примеры возможного переплетения преморбидных и социальных характеристик в позициях родителей.

Невротичная мать, высокий культурный уровень, традиции семьи — ребенка, каким бы он ни был, воспитывать в семье. Авторитарный родитель, низкий культурный уровень, неприятие аномалии как таковой. Отказ от ребенка и его помещение в учреждение социальной защиты понимаются как социальная норма.

Представленная типология личностных деформаций родителей позволяет определить выбор средств, направленных на оказание семьям психокоррекционной помощи.

Ценностные ориентации и мотивационные установки родителей

Изучение мотивационно-потребностной сферы и ценностных ориентаций родителей возможно с помощью анализа родительских высказываний в процессе бесед-интервью, психологического наблюдения за их взаимодействием с ребенком. На экспериментальном уровне с этой целью можно использовать родительское сочинение «История жизни с проблемным ребенком» и «Адаптированный тематический апперцептивный тест» (АТАТ) (В. В. Ткачева).

В развитой форме потребности, мотивы и ценностные ориентации родителей могут быть представлены следующим образом: родительские установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции, родительская ответственность, стиль семейного воспитания. Ценностные ориентации объединяют людей в семью и создают перспективу развития. Они определяют цели порождения и пути воспитания детей в семье. Ценностные ориентации объединяют членов семьи, определяют перспективы ее развития. Сходство семейных ценностей понимается как социально-психологическое качество, отражающее единство взглядов супругов на общечеловеческие нормы, правила, принципы формирования и развития семьи как малой социальной группы. Качественные характеристики супругов как родителей проявляются в виде родительских установок и ожиданий.

Родительские установки — это определенный взгляд на свою роль родителя, включающий репродуктивный компонент, основанный на когнитивном, эмоциональном и поведенческом аспектах. Родительские ожидания тесно связаны с родительскими установками (Р. В. Овчарова, 2003). Они дают родителям право ожидать от других признания их ролевой позиции как родителей. Родительские установки и ожидания включают три уровня презентации:

- репродуктивные установки супругов в аспекте их отношений (мы — родители);
- установки в родительско-детских отношениях (мы — родители нашего ребенка);
- установки и ожидания в отношении ребенка (детей).

Анализ родительских сочинений «История жизни с проблемным ребенком» свидетельствует о том, что каждое из них — это отдельная исповедь, история о жизненных испытаниях, любви и горе. Любая семья создается ради рождения ребенка. То, каким он будет, имеет для любого родителя особый смысл. Главное, о чем мечтают родители, — это здоровье и счастье ребенка. Практически каждое родительское сочинение начинается с этой мысли.

В большинстве мировых культур ребенок — одна из высочайших ценностей, которой наградила человека природа. Что ценно для родителя в ребенке? Во-первых, то, что он есть. Важно также и то, что это — его ребенок, его кровь и плоть, его творение и продолжение рода. Значима возможность воплощения себя в ребенке, продолжения после смерти своих идей и мыслей в жизни ребенка. С другой стороны, ребенок дает возможность передать через него другим поколениям созданные родителем как материальные, так и духовные ценности.

Родители мечтают о том, чтобы в их ребенке воплотились те качества и черты, которые они считают в себе лучшими. Матери пишут: «Я мечтала,

что мой ребенок будет...», «Когда я его носила, я думала, что он будет...». Смысл ценности ребенка также связан для родителей с возможностью развития в нем желаемых для них качеств и способностей. Наследуемые ребенком способности обладают такими свойствами, что при организации особых развивающих условий они многократно умножают свои качества. Одним из примеров может служить передача профессиональных способностей от отцов и матерей к детям в семейных династиях музыкантов, художников, скульпторов, учителей, мастеров прикладных искусств и др.

Свое взаимодействие с ребенком родители строят на основе традиций той культурной среды, носителями которой сами являются. Именно родители в процессе взаимодействия с ребенком формируют в нем те качества, которые затем вырастают в его личностные свойства.

Наблюдения показывают, что потребность в рождении ребенка в создаваемых семьях, как правило, достаточно высокая. А вот мотивация на осуществление воспитательных действий присутствует не у всех родителей. Согласно традициям русской культуры, родители должны осуществлять целенаправленное воспитание ребенка. Однако многие семейные пары ограничивают свои обязанности лишь материальными заботами. В силу занятости на работе родители предпочитают решать вопрос о воспитании детей путем передачи своих педагогических обязанностей близким лицам (бабушкам, дедушкам) или няням, гувернерам, репетиторам, образовательным учреждениям. В отношении ребенка мотивация родителя определяется задачей контроля в выполнении рекомендаций специалистов. Отсутствие потребности к осуществлению воспитательских целей не формирует в родителях и мотивации к повышению своей педагогической компетентности, уважения к личности ребенка.

Успешность овладения ребенком знаниями, профессией рождает в родителе чувство самоуважения, гордости и удовлетворения (*«Он весь в меня»*). Эти эмоции возникают у родителей в зависимости от того, какими способностями и талантами наделены их сын или дочь и в какой степени они в них развиваются.

В семье с ребенком с отклонениями в развитии ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. В том случае, если мать или отец принимают дефект ребенка и особенности его развития, в их сознании возникает мотивация на оказание помощи ребенку, на преодоление тех недугов, которыми он страдает (из сочинения матери Тани М.: *«Когда дочери исполнилось пять лет, я поняла, что у нее есть проблемы с речью, поэтому мы обратились к логопеду»*). При этом переживание чувства боли за ребенка, страх, возникающий перед его будущим, формируют в родителе мотивацию на поиск средств, позволяющих преодолевать проблемы ребенка, на адаптацию окружающей среды к его возможностям. Как правило, этот тип мотивации возникает у авторитарных и психосоматичных родителей (из сочинения матери Коли Н.: *«Меня постоянно мучает вопрос: „Что я еще не сделала для своего ребенка? Что я еще могу для него сделать?“*»).

Сила любви к ребенку, проявление отцовских и материнских чувств зависит и от особенностей личности родителя. Любящий, но тревожный, сензитивный родитель постесняется появиться с проблемным ребенком в общественном месте, хотя поначалу и может испытывать в этом высокую потребность. Родитель с завышенной самооценкой почувствует унижение, встречая жалеющие или любопытствующие взгляды соседей или прохожих на улице, и откажется от прогулки. Чувство стыда может оказаться сильнее, чем потребность в оказании помощи ребенку. В суете повседневных забот эта потребность может постепенно раствориться.

Наш практический опыт показывает, что родители, не готовые принять недостатки в развитии ребенка, испытывающие стыд из-за того, что у них родился больной ребенок, пользуются мотивацией отказа. Такие родители чаще скрывают наличие в семье ребенка с отклонениями в развитии. Его ценность открыто или подсознательно ими отвергается.

У части родителей может наблюдаться и другая тенденция: отец не принимает ребенка с психофизическими нарушениями и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, унижает его мать. В контактах отца с больным ребенком и бывшей женой чаще доминирует мораль общества, дискриминирующая положение лиц с отклонениями в развитии. Такой отец отказывает ребенку в своей любви и поддержке. Следует отметить, что, с другой стороны, любовь матери к ребенку с отклонениями в развитии обеспечивается биологическими механизмами материнского инстинкта (Г. Г. Филиппова, 2002). Мать протестует против дефекта ребенка, свой протест она связывает именно с болезнью ребенка, а не с ним самим.

В зависимости от личностных характеристик (жесткости, грубости или мягкости и альтруизма), культурных и семейных традиций родители могут испытывать чувство жалости и стыда по поводу состояния ребенка. Но ценность и значимость этот ребенок как человек для них теряет.

Экспериментальное изучение ценностных ориентаций и мотивационных установок родителей можно осуществить с помощью методики АТАТ. Родителям предлагается ответить на несколько вопросов и написать небольшой рассказ по каждой из шести предложенных картинок, на которых изображены дети-инвалиды в различных жизненных ситуациях. Анализ рассказов родителей показывает, что в их оценке отсутствуют оптимизм, уверенность в будущем ребенка, перспективы его трудоустройства и личной жизни. Отношение родителей к изображенным на картинках детям-инвалидам неоднозначно. Одни родители сожалеют о том, что дети страдают такими недугами (из сочинения мамы Никиты П.: *«Ребенок лишен многих красок жизни. Ему очень горько!»*). Другие считают, что дети сами виноваты в своей беде. Большинство родителей возмущены отношением здоровых детей к детям-инвалидам (из сочинения мамы Ани К.: *«Здоровым детям трудно понять инвалидов»*). Родители осуждают жестокость здоровых взрослых и детей по отношению к больным детям. В своих рассказах по картинкам родители жалеют детей-инвалидов, но одновременно

подчеркивают ущербность их позиции в обществе. Они считают, что будущее инвалидов трагично и неизвестно.

У родителей проявляется позиция отстраненности от положения детей-инвалидов. Многие родители рассматривают ситуацию, изображенную на картинке, не связывая ее с возможным будущим и своего ребенка. На вопрос: *«Как вы считаете, как относятся к детям-инвалидам, изображенным на картинках, их родители?»* — каждый второй из родителей отвечает, что отрицательно. Остальные — что жалеют.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии практически у половины родителей мотивации на принятие дефекта ребенка. Именно смысловое содержание этой характеристики взаимодействия (принятие или отвержение ребенка с нарушениями в развитии) и определяет в итоге особенности родительского отношения к ребенку и модель его воспитания. В его основе, видимо, лежит ригидный конструкт, связанный с идеальным представлением о человеке, его способностях и возможностях. Родительские ожидания проявляются в максимальном соответствии идеальному представлению о ребенке. Смысл родительской потребности выражается в следующей фразе: *«Хочу, чтобы у меня был здоровый ребенок!»* Но далее возникает вопрос: *«А если ребенок не соответствует принятым в социуме нормативам об идеале? Что тогда? Тогда он не Ваш?»*

Потребность в принятии дефекта приводит к потребности любить ребенка независимо от тех трудностей, которые встречаются на его жизненном пути. Отсутствие потребности к принятию дефекта ребенка приводит к явному или скрытому его отвержению.

Наш практический опыт свидетельствует о том, что родители, принявшие недостатки ребенка, проявляют удивительные личностные качества, позволяющие создать для него оптимальные условия развития. Многие из них преодолевают огромные препятствия на своем пути, создавая общественные организации, новые образовательные учреждения для детей с тяжелыми нарушениями развития. Такие родители, несмотря на колоссальные трудности, испытывают огромное счастье от контактов со своим ребенком. Они благодарят судьбу за то, что именно такой ребенок у них есть (из сочинения папы Лены К., страдающей детским церебральным параличом: *«Я благодарен судьбе, что у меня есть Лена-Леночка-Ленуся»*).

В семье с ребенком, имеющим нарушения развития, возникают также изменения ценностных ориентаций супругов в их межличностных взаимоотношениях. Обесценивается значимость каждого из них друг для друга. Так, в сознании отца ребенка с нарушениями в развитии в силу ранее возникших репродуктивных установок резко снижается оценка его жены как женщины, которая родила такого ребенка. Традиционно супруги оценивают друг друга, используя различные критерии, как социальные, так и биологические. Подсознательно или же осознанно женщине дается оценка как матери (как ухаживает за ребенком, как его воспитывает) и как родительнице (кого родила, мальчика или девочку, здорового или больного ребенка), оцениваются также ее качества как жены и спутницы жизни и т. д.

В случае рождения ребенка с отклонениями в развитии преобладает резко сниженная оценка женщины как родительницы. Репродуктивные установки супруга качественно изменяют его отношение к матери ребенка с психофизическими недостатками. Причем это отношение не может изменить даже высокая социальная оценка женщины как матери, посвятившей свою жизнь больному ребенку. В большинстве знакомых нам случаев даже полное посвящение женщиной себя ребенку с нарушениями развития не сохраняет к ней прежней любви и уважения со стороны супруга и не возвращает ей утраченный межличностный статус в отношениях с ним.

Подобная позиция отца ребенка, к сожалению, является отражением социальных взглядов на проблему отношения к лицам с психофизическими нарушениями, бытующих и по сей день в сознании наших современников.

Изменившаяся ценностная установка отца вследствие психологического стресса приводит к охлаждению чувств, разводу и уходу из семьи. В отдельных случаях на месте остывших чувств может возникнуть жалость к жене, снисхождение к ее трудностям, терпение, что, как правило, зависит от уровня культуры взаимоотношений бывших супругов.

Подобное отношение со стороны близкого человека травмирует личность матери ребенка, снижает ее самооценку, формирует невротичные и психосоматические черты личности. С другой стороны, в сознании матери снижается статус супруга как отца ребенка. Неприятие отцом нарушений развития ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы по отношению к ребенку со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она постепенно отдаляется от супруга, что также приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.

Отношения между супругами могут измениться в лучшую сторону, если в семье появится здоровый ребенок, и они могут не ухудшиться до такой степени, если в семье уже растет здоровый ребенок. Дополнительные мучительные испытания представляет для матери больного ребенка ситуация, если у мужа от первого брака есть здоровые дети или если после развода он создал другую семью и у него родился здоровый ребенок.

Родительские сочинения «История жизни с проблемным ребенком» полны жалоб, слез и боли. Они являются ярким свидетельством отчаяния многих матерей в связи с невозможностью осуществления для них ранее сформировавшихся репродуктивных установок и ожиданий в отношении их ребенка.

Анализ данных по изучению мотивационно-потребностной сферы и ценностных ориентаций родителей свидетельствует о возникновении внутреннего конфликта в родительских установках и ожиданиях. Уровни презентации родительских установок и ожиданий (репродуктивные установки супругов и ожидания в отношении ребенка) вступают в конфликт с установками в родительско-детских отношениях и стилем родительского воспитания (мы — родители нашего ребенка). Этот внутренний конфликт окрашивается негативными эмоциональными переживаниями. По сути, он и

определяет качественные характеристики снижения внутренней самооценки большинством родителей.

Модели семейного воспитания

Вопрос о роли семьи в формировании личности ребенка издавна являлся предметом изучения многих поколений ученых, начиная с древности. Античная педагогика выразила взгляды на проблему воспитания в трудах Аристотеля, Гераклита, Демокрита, Платона, Протагора, Сократа и др. Творческая мысль античных педагогов-философов стремилась определить методы, содержание и средства воспитания детей. Одной из актуальнейших проблем античной педагогики, не потерявшей своего первостепенного значения и в настоящее время, являлась проблема воспитательной роли семьи. Древнеримский оратор и педагог М. Ф. Квинтилиан изложил свои педагогические воззрения в известном труде «Наставления оратору». В нем поддерживалась идея семейного воспитания и наставничества.

В педагогике XVII века особую роль родительскому воспитанию, в частности материнскому, придавал известный чешский педагог Я. А. Коменский. Свои педагогические воззрения Я. А. Коменский строил на основе лучших педагогических традиций того времени. «Великая дидактика» — фундаментальный труд Я. А. Коменского. Идеи «Великой дидактики» продолжены в другом, не менее знаменитом творении чешского педагога — «Материнской школе». В этом произведении Я. А. Коменского представлена разработанная им стройная система обучения и воспитания ребенка под руководством матери. Важность семейного воспитания и воспитательной функции родителей подчеркивали педагоги и в последующие исторические эпохи: Д. Локк, Ж.-Ж. Руссо, И. Г. Песталоцци, Д. Дьюи, М. Монтессори, О. Декроли и др.

Современная отечественная педагогическая наука подтверждает положения, выдвинутые Я. А. Коменским, о важности и незаменимости адекватного материнского общения с ребенком с момента его рождения (Е. М. Мастюкова, Р. Е. Овчарова, Г. Г. Филиппова и др.).

В семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, в силу описанных выше причин родителями часто используются неправильные модели воспитания. Ниже приводятся их характеристики.

Гиперопека. Родители стремятся сделать за ребенка все, даже то, что он может сам. Ребенка как бы помещают в тепличные условия, в связи с чем он не обучается преодолевать трудности, у него не формируются навыки самообслуживания и т. д. Жалея ребенка и стремясь ему помочь, родители сами ограничивают возможности его развития. Однако родителям ребенка с отклонениями в развитии, как правило, трудно определить, что может сделать сам ребенок, а в чем ему необходимо помочь. Модель воспитания

«гиперопека» часто встречается у родителей детей с отклонениями в развитии. Тяжелый дефект (при детском церебральном параличе, умственной отсталости, раннем детском аутизме) провоцирует родителей на использование неадекватного воспитательного подхода.

Противоречивое воспитание. Ребенок с отклонениями в развитии может вызывать у членов семьи разногласия в использовании воспитательных средств. Так, например, родители ребенка могут быть сторонниками жесткого воспитания и предъявлять к нему соответствующие требования. Одновременно бабушка и дедушка, живущие в семье, могут занимать более мягкую позицию и поэтому разрешать ребенку делать все, что ему захочется. При таком воспитании у ребенка не формируется адекватной оценки своих возможностей и качеств, он обучается «лабиринтовать» между взрослыми и часто сталкивается друг с другом.

Воспитание по типу повышенной моральной ответственности ведет к постоянному перенапряжению у ребенка. Родители или другие близкие постоянно возлагают на ребенка такие обязанности и такую ответственность, с которой ребенку с отклонениями в развитии в силу имеющихся нарушений трудно справиться. У ребенка возникает повышенная утомляемость, отсутствует адекватная оценка своих возможностей. Он всегда чуть-чуть не дотягивает до оптимального результата, поэтому неуспешен. Его часто ругают, он всегда чувствует себя виноватым, что, несомненно, формирует у него заниженную самооценку.

Авторитарная гиперсоциализация. К этой модели чаще тяготеют родители, которые сами имеют высокий социальный статус. Они все время завышают возможности ребенка, стремясь с помощью собственных авторитарных усилий развить у него социальные навыки. Родители, использующие такую модель, как правило, переоценивают возможности своего ребенка.

Воспитание в «культе» болезни. Многие родители формируют в семье отношение к ребенку как к больному. При таком характере взаимоотношений у ребенка формируется мнительность, страх перед любым недугом, например простудой. Ребенок относится к себе как к больному, в связи с чем у него формируется представление о себе как о слабом, неспособном к большим достижениям человеку. Его внутренняя позиция всегда ближе к отказу от решения проблемы, чем к ее преодолению.

Модель «симбиоз» развивает у родителей полное растворение в проблемах ребенка. Чаще эта модель встречается у матерей больных детей, воспитывающих их в неполных семьях. Такие матери создают для своих детей особую атмосферу внутри семьи — атмосферу абсолютной любви к ребенку. Они практически полностью забывают о собственных проблемах, профессиональной карьере и личностном росте. Такая материнская любовь

искажает возможности личностного развития ребенка. В результате такого воспитания у ребенка формируется эгоистическая личность, неспособная к проявлению любви.

Модель «маленький неудачник». Эти родители приписывают своему ребенку социальную несостоятельность и уверены в том, что он никогда не добьется успеха в жизни. Родители испытывают чувство досады и стыда из-за того, что дети проявляют неуспешность и неумелость. Некоторые рассматривают жизнь с таким ребенком как непосильную ношу, как крест на всю жизнь.

Гипоопека. Эта модель воспитания чаще встречается в семьях с низким социальным статусом (семьях наркоманов, алкоголиков) или в семьях, где ребенок с отклонениями в развитии не имеет ценности в силу нарушений развития. Родители практически не осуществляют за ним уход, ребенок может быть плохо или неопрятно одет, плохо накормлен. Никто не следит за его режимом дня и соблюдением условий, обеспечивающих его развитие. Однако в таком же положении могут быть и его здоровые братья и сестры.

Отвержение ребенка. Отсутствие любви к ребенку может быть в семьях не только с низким, но и с высоким социальным статусом. Отвержение ребенка может быть сопряжено в сознании родителей с идентификацией себя с дефектом ребенка. Чаще это встречается у отцов. В случае материнского отвержения ребенка ситуация объясняется незрелостью личностной сферы матери и несформированностью материнского инстинкта.

Интересные данные представляют материалы по изучению моделей семейного воспитания, полученные с помощью наблюдения и психодиагностических методик. С этой целью используется несколько методик: методика PARI (Шефер и Белл), методика ОРО («Опросник родительского отношения», А. Я. Варга, В. В. Столин), методика АСВ («Анализ семейного воспитания», Э. Г. Эйдемиллер) и разработанная нами анкета «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» (В. В. Ткачева).

Особенности внутрисемейной жизни и особенности родительско-детских отношений оцениваются с помощью методики PARI. Следует отметить, что данный опросник определяет внутренние позиции родителей по обеим исследуемым проблемам и дает субъективную оценку измеряемым параметрам.

В первом блоке оценивается степень интегрированности семьи. Под интегрированностью семьи понимается внутренняя сплоченность данной социальной группы, выражаемая в ценностно-ориентационном единстве ее членов. Выделяют три позиции: низкую, среднюю и высокую интегрированность. Особенности семейной жизни раскрываются

раскрываются путем анализа межсупружеских, хозяйственно-бытовых отношений и педагогических позиций родителей.

Анализ взаимоотношений между родителями свидетельствует о том, что большинство обследованных лиц считают, что они живут в семьях с низким уровнем интегрированности. Члены семей не демонстрируют общности интересов и целей, во взаимоотношениях проявляются существенные расхождения в понимании семейных ролей между мужем и женой, родителями и детьми подросткового или юношеского возраста, отсутствует чувство духовной близости. Родители признают, что могут использовать неадекватные приемы воспитания, вплоть до жестоких. Лишь около трети родителей оценивают свои семейные отношения как имеющие нормальный уровень интегрированности. Среди родителей детей с отклонениями в развитии практически полностью отсутствуют лица, которые могли бы оценить взаимоотношения в своей семье на высоком уровне.

Второй блок характеризует особенности, свойственные родителю-детским отношениям. Отношения родителей к детям характеризуются следующим образом:

- около трети рассматривают свои взаимоотношения с ребенком как теплые, оптимальные, эмоционально-насыщенные;
- более трети родителей считают правомерным оказание дополнительной помощи ребенку при имеющихся у него трудностях и проявляют тенденцию к гиперопеке или откровенно гиперопекают своих детей, стремятся во всем им помочь, не позволяя детям реализовать собственные возможности;
- приблизительно одна пятая часть родителей рассматривают свои отношения с ребенком как неуравновешенные, характеризующиеся зависимостью родителя от дефекта ребенка;
- небольшая часть (около 15%) относятся отстраненно к проблемам детей, не считают необходимым оказывать им поддержку.

Можно увидеть связь между моделью воспитания и психологическим типом родителя. Эмоциональной насыщенностью, пониманием проблем ребенка, любовью к нему характеризуются отношения психосоматичных родителей. Гиперопекаемые отношения в наибольшей мере проявляются у авторитарных и психосоматичных родителей. Гипоопекаемые отношения доминируют у невротичных и у незначительной части авторитарных родителей. Эти факты являются свидетельством того, что родители, относящиеся к психосоматичному и авторитарному психологическим типам, имеют максимально выраженные возможности для осуществления обучения и воспитания своих больных детей. Эти родители настроены на установление оптимальных отношений с детьми. В то же время невротичные родители подобную возможность демонстрируют неустойчиво.

Методики ОРО и АСВ позволяют изучить особенности родительского

отношения к ребенку и выявить данные об использовании родителями моделей воспитания, как правильных, так и неправильных.

Так, тест-опросник родительского отношения (ОРО) показывает, что у части родителей во взаимодействии с ребенком доминирует отвержение. Эти родители озлоблены, их раздражение и обида направлены на ребенка. Они не уважают интересов ребенка и его личности. В целом ребенок воспринимается родителями как неуспешный и неприспособленный к жизни. Небольшая часть родителей признаются в беседах, что согласились бы поместить ребенка в хороший интернат закрытого типа. Как «маленького неудачника» воспринимают своего ребенка более трети родителей. Авторитарной гиперсоциализации подвергают своих детей около половины родителей. Они стараются во всем навязать детям свою волю, пристально следят за их достижениями. Симбиотические связи с детьми проявляются у небольшой группы родителей. Эти родители стремятся во всем слиться с ребенком, удовлетворять его потребности, ограждать от трудностей. Чаще эта неправильная модель воспитания формируется у матерей. И лишь 2% родителей, по данным методики ОРО, используют правильную модель воспитания, сотрудничая с ребенком (шкала «кооперация»).

Исследование родительских моделей воспитания с помощью методики АСВ подтверждает доминирование выделенных выше родительских позиций по методикам PARI и ОРО. Так, модель воспитания «эмоциональное отвержение» коррелирует с данными шкалы «тенденция к гипоопеке» по методике PARI. Эта модель оказывается достаточно популярной: в соответствии с данными двух методик в каждой пятой семье наблюдается гипоопека. Такие родители рассматривают отчужденность от проблем ребенка и отрицание меры воздействия на него как одну из составляющих средств воспитания. Они чаще уповают на то, что ребенок сам все поймет и сам всему научится. В результате у ребенка не формируются аффилиативные чувства к родителям и искажается восприятие характера межличностных взаимоотношений между людьми.

Данные по шкале АСВ «повышенная моральная ответственность» коррелируют с данными, полученными по шкале ОРО «авторитарная гиперсоциализация». Модель воспитания «повышенная моральная ответственность» (АСВ) характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Результаты, полученные по шкале АСВ «потворствующая гиперпротекция», соотносятся с данными, полученными по шкале PARI «гиперопека», и данными шкалы ОРО «симбиотическая связь».

Качественная оценка всего фактического материала позволяет обобщить параметры воспитательского отношения родителей к детям и выделить две модели воспитания, доминирующие в этих семьях, а именно:

- модель «сотрудничество», которая означает контакт и помощь родителя ребенку;
- модель «отказ от взаимодействия», которая свидетельствует об отвержении ребенка самыми близкими людьми.

Завершая анализ моделей воспитания, используемых родителями детей с отклонениями в развитии, следует отметить, что отношения, которые устанавливает родитель с больным ребенком, осуществляются чаще всего в виде воспитательного процесса. Поэтому выбор родителем форм контакта с ребенком и определяет модель его воспитания. В том случае, если родители принимают ребенка, то его дефект заставляет их как приспосабливаться к особенностям ребенка, так и адаптировать его к окружающей жизни и к своим требованиям. Отсюда преобладание гиперопеки как формы ухода за неприспособленным к жизни ребенком. Собранный нами огромный фактический материал свидетельствует о том, что там, где рождается желание помочь, чаще формируется гиперопека, а там, где возникает страх или неприятие недуга ребенка, вырастает отчуждение (гипоопека).

Возможно установление связи между психологическим типом родителей и моделью воспитания, которую они избирают. Эта связь достаточно условна, однако некоторые тенденции все же можно проследить. В связи с тем что в основе воспитательного влияния родителей лежат особенности их взаимодействия с детьми, включающие принятие или непринятие дефекта ребенка, доминирующие (качественные) характеристики конкретного психологического типа могут влиять на определение родителями модели воспитания.

Сопоставительный качественно-количественный анализ психологических особенностей родителей и моделей воспитания ребенка («сотрудничество», «отказ от взаимодействия») позволил установить следующие тенденции. Наиболее способными к оказанию помощи детям с отклонениями в развитии являются родители, относящиеся к авторитарному типу. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что родители с такими психологическими характеристиками демонстрируют самые высокие количественные показатели (в 60,1% случаев) по установлению оптимальных взаимоотношений с ребенком (модель «сотрудничество»). Это объясняется тем, что в основе авторитарного психологического типа лежит стенический тип реагирования на стресс, качественные характеристики которого предполагают возможность преодоления и разрешения любых проблем, в том числе и проблем ребенка с отклонениями в развитии.

Родители, относящиеся к невротичному типу, демонстрируют самые высокие показатели по установлению неадекватных взаимоотношений с ребенком (в 86% случаев). Эти родители используют воспитательскую модель «отказ от взаимодействия». Невротичный психологический тип опирается на особенности гипостенического типа реагирования, что и объясняет причину низкого уровня потенциальных возможностей невротичных родителей для преодоления проблем ребенка и его адекватного

воспитания.

Психосоматический тип строится на смешанном типе реагирования, что обуславливает наличие у лиц данной группы как стенических, так и гипостенических характеристик.

Журнал регистрации консультируемых семей

Данные о состоянии здоровья ребенка

Фамилия, имя	
Дата рождения	
Какое учреждение посещает или посещал (ДОУ, школа, класс, реабилитационный центр)	
Особенности протекания беременности и родов	
Раннее развитие и перенесенные заболевания	
Диагноз	
Состояние интеллекта	
Состояние речи	
Состояние двигательной сферы	
Состояние эмоционально-волевой сферы	
Особенности личности и межличностных отношений	

Анкета для родителей

Фамилия, имя **ребенка** _____
Дата рождения ребенка _____
Класс (школа № ...), где обучается ребенок _____

Фамилия, имя, отчество **матери** (лица, ее заменяющего)

Возраст _____
Домашний адрес _____
Телефон _____
Образование _____
Занимаемая должность _____

Фамилия, имя, отчество **отца ребенка** (лица, его заменяющего)

Возраст _____
Домашний адрес _____
Телефон _____
Образование _____
Занимаемая должность _____

Состав семьи (*подчеркнуть*):

- ребенок с нарушениями в развитии;
- другие дети в семье, которые родились:
 - до него,
 - после него,
- ребенок с нарушениями в развитии является одним из двойни;
- мать
- отец
- бабушка
- дедушка
- другие родственники

Материальные условия проживания семьи
