

Пупкова Анна Сергеевна,
Учитель надомного обучения первой
квалификационной категории,
МБОУ С(К)Ш №1

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РОДИТЕЛЯМИ, КОТОРЫЕ ВОСПИТЫВАЮТ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Аннотация. В данной статье описываются стадии приспособления к горю, которые проходят родители при рождении ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития. В таких семьях наблюдаются неправильные типы воспитания такие, как гиперопека. В специальном образовании одной из задач психологической службы и других специалистов оказать помощь таким семьям.

Ключевые слова: ТМНР – тяжелые множественные нарушения развития, типы неправильного воспитания, стадии приспособления к горю, специальное образование.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии – большое потрясение для семьи. Условно можно выделить несколько стадий приспособления к этой ситуации (О. К. Агавелян [1]; В. В. Юртайкин, О. Г. Комарова [3, 5]).

Первая стадия – стадия шока, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного» в происшедшем, обвиняя друг друга или врачей. Иногда агрессия обращается и на новорожденного, мать испытывает к нему негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети. В семье растет напряженность, ухудшается социально-психологический климат. Можно встретиться с реакцией отрицания: родители не верят, что ребенок родился с отклонениями в развитии.

Вторую стадию некоторые авторы называют фазой скорби – скорби по желанному здоровому ребенку, которого нет. Отношение к аномальному ребенку зачастую лишено непосредственности: родители начинают понимать, что они ответственны за него, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода за ребенком, ищут совета у специалистов.

Наконец, третья стадия – стадия адаптации. Родители «принимают» сложившуюся ситуацию, начинают строить жизнь с учетом того, что в семье есть аномальный ребенок. Показателями адаптации являются такие признаки, как уменьшение чувства печали, усиление интереса к окружающему миру, появление готовности активно решать проблемы с ориентацией на будущее. Спонтанная адаптация может пойти разными путями – от нахождения высшего смысла в происшедшем до стремления получить максимальные материальные выгоды в виде льгот, пособий и пр. Конечно, говорить об адаптации можно лишь с большой долей условности: подавляющее большинство родителей живет в условиях постоянного психологического стресса большей или меньшей степени выраженности, поскольку по мере взросления ребенка появляются новые проблемы, которые необходимо решать. Но даже эта условная адаптация происходит не всегда.

Родители часто испытывают чувство неполноценности, ущербности, усугубляемое, к сожалению, отношением окружающих к ним и ребенку, которое может быть неблагоприятным. Даже если семьи не распадаются, в них нередко возникают проблемы межличностных отношений, конфликты по поводу воспитания ребенка, разделения обязанностей по уходу за ним. Неблагоприятный психологический статус родителей приводит



к тому, что они не могут адекватно оценить возможности ребенка, неправильно его воспитывают.

Существуют различные классификации типов неправильного воспитания. Одна из классификаций выделяет следующие типы неправильного воспитания:

- 1) гипопротекция (безнадзорность),
- 2) доминирующая гиперпротекция (мелочный контроль),
- 3) потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумира семьи»),
- 4) эмоциональное отвержение,
- 5) гиперопека и симбиоз,
- 6) воспитание посредством нарочитого лишения любви,
- 7) воспитание посредством вызова чувства вины.

Все эти типы воспитания, так или иначе, деформируют личность ребенка, затрудняют его дальнейшую социальную адаптацию.

В работах И. И. Мамайчук с соавторами [2, 4] и В. В. Ткачевой [3, 6] показано, что в семьях, где воспитываются дети с ТМНР, наиболее частый тип отношений – гиперопека, тормозящая личностное развитие ребенка, лишаящая его самостоятельности, способствующая закреплению тормозимых черт личности и формированию нереальных планов на будущее. В то же время в части семей наблюдается эмоциональное отвержение больного ребенка, что ведет к формированию у него чувства неполноценности, неуверенности в себе, а при неустойчивом типе характера вызывает реакции активного протеста. В исследовании В. С. Чавес [7] показано, что в общении с подростком с ТМНР, родители используют стиль потворствующей протекции, который проявляется в удовлетворении любых потребностей без предъявления адекватных требований. Такой стиль воспитания способствует развитию эгоцентризма, повышенной зависимости от родителей.

Таким образом, с учетом описанной социальной ситуации развития ребенка в семье, основные направления в работе специалистов представляются следующими:

- ✓ гармонизация семейных взаимоотношений,
- ✓ установление правильных детско-родительских отношений,
- ✓ помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических),
- ✓ помощь в решении личных проблем (чувство неполноценности, вины), связанных с появлением аномального ребенка,
- ✓ обучение элементарным методам психологической коррекции (аутогенной тренировке, элементам игротерапии, сказкотерапии и т. п.),
- ✓ помощь в выборе профессии и места получения профессионального образования.

Приоритетность тех или иных направлений в работе определяется после исследования семьи, бесед с родителями и ребенком, психодиагностических исследований. Соответственно и сама работа может строиться в моделях психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии (хотя надо заметить, что такое разделение весьма условно). Конкретные формы работы зависят от задач, стоящих перед психологом, и его профессиональной подготовки. Это могут быть и родительские клубы, и систематические занятия, и индивидуальная работа с матерью или отцом. Поведенческий тренинг, групповые дискуссии, игры, инсценировки, родительские сочинения – все это и многое другое может быть использовано для работы с семьей.

В ходе изучения удалось описать группу семей, особенно нуждающихся в помощи педагога-психолога. Исследование показало, что более 40 % матерей испытывают глубокое чувство вины, вплоть до суицидальных мыслей. Родители испытывают страх перед будущим,



чувство собственной неполноценности, ощущение беспомощности. Эта сложная гамма переживаний выбивает людей из привычных рамок поведения, что сказывается как на внутрисемейных, так и на внесемейных контактах. Из общего числа обследованных нами семей в 27 % случаев родители были одиночками. Некоторая часть семей не выдерживает испытаний, связанных с рождением проблемного ребенка, и распадается, что оказывает неблагоприятное влияние на развитие самого ребенка.

Распределение обязанностей между мужем и женой, отцом и матерью в большинстве случаев носит традиционный характер. Проблемы, связанные с обеспечением жизнедеятельности семьи, воспитание и обучение больного ребенка ложатся в первую очередь на женщину. Отец больного ребенка в основном обеспечивает экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения такого ребенка и не исключается, как мать, из жизни социума. Отец ребенка меньше, чем мать, проводит с ним времени в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием своих семейных обязанностей. В связи с этим психика отца не подвергается патогенному воздействию стресса столь же интенсивно, как психика матери больного ребенка.

Общее состояние родителей можно охарактеризовать как «внутренний» (психологический) и «внешний» (социальный) тупик. В. В. Ткачева [3,6] 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 оказывает сильное деформирующее воздействие на психику других членов семьи и становится условием резкого, травмирующего изменения, сформировавшегося в семье жизненного уклада. На социальном уровне наблюдается утрата контактов, семья становится малообщительной, избирательной в связях; 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 соматические или психические заболевания.

Как указывалось выше, ряд семей успешно выходит из этого состояния, но их меньшинство. Основная масса семей испытывает сложности адаптации в течение многих лет. Нами выделены следующие признаки, которыми характеризуются неблагополучные («деструктивные», «дисфункциональные») семьи:

- ❖ постоянные жалобы на ситуацию,
- ❖ саботаж реабилитационных мероприятий,
- ❖ гиперопека больного ребенка,
- ❖ наличие замкнутых систем «мать – ребенок»,
- ❖ большое число соматических жалоб со стороны членов семьи,
- ❖ социальная депривация, сознательное ограничение социальных контактов.

По мере взросления больного ребенка ситуация может измениться и появляются новые признаки:

- ❖ выраженная враждебность по отношению к ребенку-инвалиду,
- ❖ избегание его.

Два последних признака особенно часто появляются тогда, когда у ребенка имеет место выраженная двигательная патология и деформации лица, т. е. при наличии внешних, видимых окружающих дефектов.

В неблагополучных семьях выявляются такие особенности психологического климата, как конфликтность, отсутствие организованности, противоречивость, несогласованность требований, предъявляемых ребенку. У родителей формируется своеобразный защитный (компенсаторный) психологический механизм – необоснованная вера в возможность полного



излечения ребенка. Они тратят огромные средства на лечение ребенка у знахарей, «целителей», часто меняют врачей и методы лечения. «Хождение по кругу» отнимает у них силы, отвлекает их от продуктивных социальных контактов и принятия необходимых мер. В этих семьях матери, теряя основную профессию, не стремятся к перепрофессионализации; семьи проявляют выраженные иждивенческие тенденции, неготовность к активной деятельности, склонность полагаться больше на внешние обстоятельства, чем на собственные усилия. Таким образом, основная масса семей, имеющих ребенка с ТМНР, характеризуется феноменом «социального иждивенчества».

Семье, в которой есть больной ребенок, прежде всего, необходимо помочь овладеть ситуацией, раскрыть нравственные, психологические ресурсы, которые есть у каждого из ее членов. С этой целью психолог и другие специалисты могут пользоваться системой, апробированной нами в течение многих лет консультативной работы. На первом этапе необходимо помочь семье проанализировать, каковы возможные источники поддержки (материальные, нематериальные); существующие резервы (кто может помочь? как наиболее эффективно использовать помощь?); проблемы, требующие решения (материальные проблемы – деньги, питание, специальные приспособления, одежда, транспортные средства, медицинская помощь, лекарства и т.д.; нематериальные проблемы – дефицит общения, эмоциональные переживания, организация досуга и др.). Далее важно помочь проанализировать, какой способ реагирования на ситуацию предпочитается в семье и насколько он эффективен. Мы сталкивались со следующими типами стратегии поведения в подобных ситуациях:

- игнорирование проблем – члены семьи не осознают, что проблемы, связанные с наличием в семье инвалида, будут постоянно; надеются на быстрое и полное выздоровление;
- сравнение с жизнью других семей и нахождение каких-либо преимуществ в своем положении;
- духовная поддержка друг друга, поиски и нахождение высшего смысла в сложившейся ситуации (характерно для религиозных семей);
- поиск помощи государственных и общественных организаций (встречается наиболее часто);
- переоценка проблемы, формулирование адекватной защитной психологической позиции, механизмов, направленных на уменьшение эмоционального стресса.

Эти стратегии редко встречаются изолированно, чаще имеет место сочетание нескольких типов реагирования на наличие пролонгированной психотравмирующей ситуации. Ни один из этих типов поведения нельзя признать безусловно эффективным, но разумное сочетание некоторых из них часто определяет состояние достаточно устойчивой адаптации.

Затем необходимо помочь семье выработать правильное отношение к реакции окружающих на внешние проявления двигательного и речевого дефекта у ребенка с ТМНР. Эти проявления вызывают иногда у окружающих любопытство или брезгливость, оскорбительные как для больного ребенка, так и для его родных. Члены семьи должны преодолеть болезненную реакцию на неблагоприятное отношение окружающих.

Для этого необходимо следующее:

- ✓ члены семьи должны понять, что предрассудки в отношении физического уродства – результат невежества, а не негативного отношения к конкретному ребенку;
- ✓ членам семьи следует обсудить между собой (возможно совместно с психологом или другим специалистом) те переживания, которые вызывает у них отношение окружающих к ребенку, и понять, что часто эти люди не испытывают негативного отношения к больному и чувство стыда и ущербности, переживаемое родными, носит субъективный характер, отражает действие длительной психотравмирующей ситуации;



✓ необходимо помочь членам семьи определить приоритеты – важнее ли для них избежать предубежденности окружающих или их собственная свобода удовлетворять свою потребность в социальных контактах, появляясь с ребенком в общественных местах.

Последняя задача является наиболее трудной. Всегда остается некоторая доля семей, скрывающих ребенка от окружающих. Как правило, это семьи, стремящиеся, во что бы то ни стало, сохранить свой престиж в глазах знакомых и болезненно переживающие любые неудачи.

В развитии взаимоотношений между членами семьи и больным ребенком, а также друг с другом выделяется несколько кризисных моментов, связанных с определенными возрастными этапами развития ребенка. Особую остроту эмоциональные переживания родителей приобретают в следующие периоды:

- ❖ рождение ребенка с признаками перинатального поражения центральной нервной системы и установление диагноза,
- ❖ решение вопроса о возможности, форме и программе школьного обучения,
- ❖ вступление ребенка в подростковый возраст и необходимость профессионального выбора.

Именно в эти периоды организация консультативной и коррекционной помощи особенно необходима. В системе специального образования следует развивать психологическую службу, задачей которой должно стать оказание помощи семьям, имеющим детей с тяжелыми множественными нарушениями развития.

Список литературы:

1. Агавелян О. К. Общение детей с нарушениями умственного развития : автореферат дис. ... доктора психологических наук. – Москва, 1989. - 36 с.
2. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Составители Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - СПб., Дидактика-Плюс, 2003.
3. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И. Ю. Левченко, В.В. Ткачева – Москва : Просвещение, 2008. 239 с.
4. Мамайчук И.И. Методы психологической коррекции детей и подростков. СПб.: Питер, 2020.
5. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. - 400 с.
6. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. педвузов / В. В. Ткачева. - М. : АСТ : Астрель, 2007. - 320 с.
7. Чавес С. Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: Автореф. дис. ... канд. наук. - СПб., 1992.

