

## Психологические особенности родителей детей с ОВЗ

В данной главе рассмотрим:

- типы родителей, воспитывающих детей с ОВЗ;
- проблемы и перспективы семей, имеющих детей с ОВЗ;
- практические аспекты деятельности специалистов по обеспечению психолого-педагогического сопровождения родителей детей с ОВЗ;
- индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение родителей детей с ОВЗ.

В связи с увеличением количества числа детей с различными аномалиями очень значимой становится проблема социальной адаптации не только ребенка, но и семьи. Рождение такого ребенка, с одной стороны, структурно деформирует семью (пример: разводы), с другой — психологически вводит родителей в состояние хронического стресса. Детско-родительские отношения в семьях детей с ОВЗ представляют собой чрезвычайно важную и сложную проблему. Таким образом, родители, оказавшиеся в ситуации, где появился больной ребенок, испытывают трудности психологического и социального характера. Л.С. Выготский отмечал, что взаимоотношения детей с окружающими как вторичные осложнения основного дефекта в большей степени поддаются коррекции, чем первичные нарушения. Таким образом, социальная адаптация аномального ребенка напрямую зависит от правильного родительского поведения.

В моей практике я встречалась с мамами, которые не желали жизни такому ребенку.

*Анна, 42 года. Когда она узнала о диагнозе ДЦП с несохранным интеллектом своей дочери, она испугалась. Первые два года Анна боролась за дочь, ходила по врачам. Не верила. «Это было время очень сложное», — говорила женщина. Спустя некоторое время она приняла «свою особенность» в виде дочери. Она замкнулась. К ней никто не приходил. Ее жизнь разделилась на ДО и ПОСЛЕ. Купив домик в деревне, она переехала с дочерью туда. Смирилась.*

*«Однажды, я повезла дочь на речку. Коляска не ехала по песку. Дочери было 13 лет. И я поймала себя на мысли: «А может ее здесь*

*оставить?» Мне стало страшно от этой мысли, но я не знала, как помочь ни ей, ни себе. Я устала. И пока я раздумывала, дочь повернулась ко мне и посмотрела на меня так ясно (как никогда), что мои мысли враз улетучились. И дочь сказала: «Мама, ты хочешь меня убить?» Я не знаю, откуда у меня взялись силы, я схватила коляску с ребенком и побежала по берегу. Не знаю, сколько я так бежала, но остановилась у церкви. Мне было страшно, слезы катились по щекам. «Прости, прости!», — кричала я. И в этот момент зазвонили в колокола. Я очнулась, села на колени перед дочерью и стала рыдать. Она вновь была прежней и не понимала, что я ей говорю».*

Мария, 37 лет.

*«Мой сын родился с ДЦП (тяжелая форма). Мы с мужем уже знали о диагнозе, но надеялись на чудо. Когда диагноз был поставлен официально, муж ушел. Он не смог выдержать эту боль, я осталась одна с сыном, так как моих родителей нет в живых. Подруги постепенно тоже пропали. Я не знала, что делать. Считала себя «проклятой», но мой сыночек рос. По мере того как он рос, я менялась. В больнице я познакомилась с мамами — такими же, как и я. И мы стали общаться. Я поняла, что в этом мире не одна. Мне помогали волонтеры, социальные работники, а вскоре я встретила и своего нового мужа. Сейчас у нас четверо детей. Мы счастливы. И мой сыночек находится в семье в любви».*

Елена, 45 лет.

*«У меня трое детей. Все от разных браков и все с диагнозами. Старший сын с аутизмом, дочь средняя — с легкой формой ДЦП, младший сын — с непереносимостью лактозы. Конечно, дело во мне, а не в мужьях. Они у меня хорошие и помогают с детьми. Сейчас я четвертый раз вышла замуж и хочу родить, но я боюсь. Но на мне явно проклятье, раз мои дети все с какими-то отклонениями. Я ни дня не работала, имею 4 высших образования, мне помогают мужья, государство, родственники. Наверное, я могу сказать про себя, что я счастливая женщина, но я хочу быть и счастливой мамой».*

Каждый человек обладает индивидуальными особенностями, индивидуальным пониманием жизненных проблем. Все воспринимают любую информацию или событие через призму личных характеристик. В психологии предлагаются различные типологии личности как способ классификации предметных областей, характеризующихся большим количеством объектов, занимающих промежуточное положение в систематике. Безусловно, подобный подход в науке помогает упорядочивать, выявлять сходства и идентифицировать при поиске.

Тип — это образец, служащий для объединения элементов (объектов, явлений и т.п.) на основе соотношения их существенных свойств, рассматриваемых в совокупности, и обладающий максимально выраженным своеобразием.

Опыт типологизации личности в психологии изучается давно. Нам известны уже такие типологии, как А.Ф. Лазурского, К.Г. Юнга, Э. Кречмера, А.Е. Личко. Важно понимать, что каждый ученый строит свою уникальную методику построения типологии, исходя из своего научного мировоззрения, приверженности тем или иным методам. В настоящее время в психологической литературе представлен богатейший материал, посвященный проблеме типологизации людей. Выделяемые авторами психологические типы зачастую существенно различаются по способам определения, критериям и содержанию. Это лишь подтверждает отсутствие жестких алгоритмов; применение, как правило, индуктивного метода; упрощение предметной области за счет приемов уточнения понятий, идеализации объектов.

Анализ классификаций показал, что многие авторы рассматривают типологию родителей, опираясь так же на несколько факторов:

1. Стиль воспитания
2. Личностная типология
3. Отношение к ребенку и пр.

Рассмотрим некоторые из классификаций:

Виктория Валентиновна Ткачева обобщила основные характерологические черты родителей. На основе сравнительного анализа полученных экспериментальных данных были выделены

три группы родителей со сходными индивидуально-типологическими особенностями.

#### *Портрет родителя тревожного или невротичного 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!». Такие родители не готовы принять и решать проблему ребенка. Обычно родители начинают оправдываться: «А нам никто не говорил о том, что нужно заниматься с ним. Мы ничего и не знали!». Частая родительская позиция: пусть идет, как идет. В некоторой степени «родительская незрелость» не позволяет им увидеть, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а их собственной родительской педагогической несостоятельности. Другие родители этой группы предпочитают ограждать детей от всех возможных проблем. В плане воспитания эти родители также проявляют свою 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 в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствует требовательность, а порой и необходимая строгость. Они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают» его, а иногда их «сверхнежные» отношения переходят в сюсюкание. 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 избегании трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях — и в отказе от решения проблем. У части таких родителей сохраняется постоянный 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 тревожного типа некритично оценивают возможности своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его

дефект и выдать желаемые результаты развития за реально существующие. Часто встречается и другая особенность родителей: они гиперболизируют проблемы своего ребенка. 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 авторитарного (импульсивно-инертного) типа*

Эти родители характеризуются активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). Чаще в этой группе можно наблюдать две подгруппы родителей:

1. Первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме.

2. Вторая группа, преобладающая часть родителей этой категории, проявляет другую позицию — стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. На предложение об отказе от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка и облегчать его участь. Надо отметить, что эти родители ищут выход: лучших врачей, целителей и пр. Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка, не останавливаясь ни перед какими трудностями. 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). Такие родители считают, что общество должно приспосабливаться к ним и их детям, а не они к нему. 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 свойственно применение неадекватных 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, формирования пониженной самооценки у ребенка. Авторитарные родители часто выдвигают несоответствующие требования к своему ребенку, не оценивая его возможности реально. Некоторые родители отказываются 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 гиперопекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Проявляющееся у таких родителей настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личные жизненные установки (вопреки мнению значимых для родителей лиц) не позволяет им увидеть верные перспективы развития ребенка.

*Портрет родителя психосоматического типа [113]*

У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первой, так и второй категорий. Эмоционально они более лабильны. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в значительной степени проявляется

(как и у авторитарных родителей) тенденция к доминированию, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса. Они не устраивают скандалов, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Проблема ребенка, чаще скрываема от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования фрустрирующей психику проблемы 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). Подобное отреагирование оказывается причиной возникающих нарушений в их психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей. Для этих родителей очень характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Порой такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуряя себя. Они практически не отдыхают, однако не жалуется, 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, 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 высоко профессиональными специалистами и 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

мировозренческие, культурные, социальные и другие характеристики. Следует подчеркнуть, что проблема взаимодействия и взаимовлияния биологических и социальных характеристик в личности родителей относительно их родительской позиции не изучена полностью, и до настоящего времени никем и нигде не освещалась. 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 известными канонами воспитания. У некоторых лиц в силу поставленных задач воспитывается повышенная чувствительность. Например, если ребенок обучается музыке или другим искусствам, в нем формируют особую чувствительность к разного рода звучанию музыкальных инструментов, краскам, формам и проявлениям природы и др. С другой стороны, воспитание чувствительности может трансформироваться в сензитивность — а это уже черта личности. Хочется подчеркнуть, что мы лишь излагаем наши эмпирические наблюдения. Экспериментальные данные, к сожалению, по данному вопросу отсутствуют. Приведем примеры возможного «переплетения» преморбидных и социальных характеристик в позициях родителей. Невротичная мать, высокий культурный уровень, традиции семьи — ребенка, каким бы он не был, воспитывать в семье. Модель взаимодействия с ребенком — «сотрудничество, принятие ребенка».

Однако, как было отмечено ранее, существуют еще классификации [114]:

*Позитивно ориентированные.* Они стремятся к пониманию и объективной оценке, готовы выслушать различные точки зрения, отдают себе отчет в незнании некоторых вещей. Гибко перестраиваются. Если не завзятые оптимисты, то, по крайней мере, не лишены чувства юмора, в том числе и по отношению к собственной личности. Сочетают энтузиазм и трезвый скепсис, доброту и долю эгоизма. Общение с такой категорией родителей — самое приятное. Если возникают недоразумения, то они принимают различные способы их разрешения, сотрудничают или идут на компромисс.



*Союзники.* Организация помощи психологу и педагогу является их основной целью. Мнение психолога или педагога для них всегда авторитетно. Часто они выступают в роли посредника между родителями и педагогами, родителями и детьми, пытаются снизить уровень напряжённости во время занятий, готовы идти на компромисс и сами предлагают компромиссные решения. Легко вступают в дискуссию, сотрудничают. В случае возникновения противоречий они всегда принимают точку зрения психолога или педагога.

*Манипуляторы.* Их большинство. Они стремятся управлять окружающими с помощью изучения их сильных и слабых сторон, специально используя слабости людей, чтобы побудить их делать то, что нужно родителю-манипулятору. Если манипулятор добивается нужного ему поведения, он будет это делать каждый раз. Есть особая категория родителей, которые испытывают наслаждение от чувства власти над человеком. В этом случае они испытывают торжество, превосходство, ощущение своей значимости, вседозволенности и т. д. Если манипулятор не может добиться от вас того, чего хочет, он начинает испытывать комплекс неполноценности, который его самого заставляет страдать. В этом случае он обычно усиливает свои манипуляции: использует положение, деньги, подарки, «хлопает дверьми», настраивает всех друг против друга, ссорит, разбивает коллектив на группы. Главное орудие против манипуляторов — научиться нейтрализовать их нападки.

*Творческие.* Склонны к игре и импровизации, действуют часто не по правилам, ориентированы на новые впечатления. Спонтанны в своём поведении и независимы в суждениях. Они энтузиасты, часто склонны к идеализации. Такие родители могут видеть в событиях то, что не замечают другие. У них есть стремление действовать, а не только размышлять. Главное — не отнести их к деструктивным. Союз с ними необходим, так как эти натуры обычно несут в себе позитивное начало.

*Равнодушные.* Скептики по натуре, они никого ни на что не настраивают. При этом во время встреч демонстрируют свою значимость и равнодушие, чем очень мешают конструктивному общению. Однако на них можно проверить прочность любого

нововведения, идеи, предложения и даже, если хотите, вашей позиции.

*Деструктивные.* Для них характерны отрицательное мотивационное воздействие на личность и поведение других людей, нарушение взаимоотношений, конфликты.

Личностные наблюдения (Скрипачева Е.Н.):

*Манипуляторы.* Психологически незрелые родители. Ищут превосходства везде. Стремятся к значимости, даже за счет проблемы ребенка. Используют свое (ребенка) положение. Они эксперты: Я лучше знаю...

*Результато-ориентированные.* «Гибкие» родители, слушают специалистов, готовые к сотрудничеству, независимы в суждениях, предлагают идеи.

*Процессо-ориентированные.* Склонны к получению советов, консультаций, хорошие посредники в группе между участниками.

*Отстраненные.* В группе дистанцируются. Предпочитают не высказываться. Скептически ко всему относятся. Показывают безразличие.

*Асоциальные.* Деструктивные поведенческие реакции по отношению к себе и к ребенку.

Различают типы поведения родителей на появление ребенка с ограниченными возможностями здоровья [115]:

1. Принятие ребенка и его дефекта — родители адекватно оценивают особенности ребенка и принимают его таким, какой он есть. Вера в способности ребенка придают таким родителям психологическую силу и поддержку.

2. Реакция отрицания — родители отрицают, что ребенок имеет ограниченные возможности здоровья, не принимают и не признают своего ребенка особенным, настаивают на высокой успешности его деятельности.

3. Скрытое отречение, отвержение ребенка. Недостаток считается позором. Негативное отношение к ребенку маскируется излишне заботливым, предупредительным воспитанием.

4. Открытое отречение, отвержение ребенка. Родители осознают свои враждебные чувства, для оправдания которых и преодоления чувства вины они прибегают к определенной форме защиты: обвиняют учителей или врачей, общество в неадекватном

отношении к ребенку. Нередко родители, ожидая насмешек и сочувствия, стесняются выходить на прогулку с малышом и делают это подальше от людей.

5. Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки, охранительства. Родители чрезмерно заботятся и защищают ребенка от всех опасностей. Ребенок является предметом избыточной любви матери, родители стараются за него все сделать, в результате чего он находится на инфантильном уровне развития.

Исходя из типологии родителей, Н.Г. Корельская характеризует все семьи, воспитывающие детей с нарушениями развития, определенными признаками [116]:

1. Родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность за будущее ребёнка (нарушение временной перспективы).

2. Личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них разочарование, неудовлетворенность, горечь.

3. Семейные отношения нарушаются и искажаются.

4. Социальный статус семьи снижается — возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в её ближайшем окружении. Родители стараются скрыть факт задержки развития от друзей и знакомых, соответственно круг вне семейного функционирования сужается.

5. «Особый психологический конфликт» возникает в семье как результат. Столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

Наталья Георгиевна Корельская описывает типы семей по ситуации восприятия ребенка-инвалида в семье, которые имеют некоторые особенности:

– фрустрация ряда потребностей, таких как потребность в общении, потребность в продолжении рода и т. д.;

– длительное и иногда хроническое состояние тревоги, отчаяния, вызванное отсутствием перспектив на будущее, одиночеством, непониманием со стороны окружающих людей;

- проблемность в сохранении семьи: опасение, что муж оставит жену одну с ребенком;
- частые материальные трудности;
- проблемы в продолжении карьеры и самоактуализации;
- частые психотравмирующие ситуации, связанные с состоянием здоровья ребенка, социальными проблемами и т. д.;
- полная поглощенность проблемами, связанными с ребенком;
- изоляция от общества в целом.

Таким образом, трудности, с которыми сталкивается семья в случае рождения ребенка с нарушением психического развития, связаны как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества проблем, отличающихся от обычных трудностей.

Сложности в контакте с ребенком, проблемы ухода и воспитания, невозможность самореализации — все это нарушает воспитательную функцию семьи. Состояние ребенка может восприниматься родителями как препятствие, искажающее удовлетворение потребности в отцовстве и материнстве. Особые нужды такого ребенка требуют дополнительных материальных затрат. Ситуация «особенного» материнства удлинит период, в течение которого женщина остается вне трудовой деятельности. Часто мать не работает долгие годы, и вся тяжесть удовлетворения материальных потребностей членов семьи ложится на плечи отца. Стрессогенная ситуация ведет к нарушению сексуально-эротической функции [117]. Не видя своего продолжения в ребенке с нарушением психического развития, родители вместе с тем из-за боязни повторения ситуации отказываются от рождения второго.

Современная семья представляет собой сложную по структуре и достаточно устойчивую систему, которая создает специфическую атмосферу жизнедеятельности людей, формирует нормы взаимоотношений и поведения растущего человека. Конструируя определенный социально-психологический климат жизни ребенка, семья во многом определяет развитие его личности в настоящем и будущем. В результате рождения ребенка с отклонениями в развитии отношения внутри семьи, а также контакты с окружающим социумом искажаются. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями проблемного ребенка, а также с

большой эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи в связи с длительно действующим стрессом. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии требует от родителей особых усилий, терпения и любви. Не все родители обладают этими свойствами. Анализ детско-родительских взаимоотношений показывает, что в семьях чаще доминируют две модели воспитания: модель «сотрудничество» и модель «отказ от взаимодействия».

Татьяна Николаевна Волковская выделила следующие уровни родительской мотивации в отношении степени готовности сотрудничества с коррекционным учреждением [118].

1. Родители с высоким уровнем мотивации характеризовались следующими качественными показателями: адекватно воспринимали состояние ребенка, были готовы к полному сотрудничеству с педагогами в процессе коррекционной работы, понимали их важность и необходимость, проявляли инициативу в сотрудничестве с учреждением, прислушивались к советам и рекомендациям и применяли их в общении с детьми.

2. Родители со средним уровнем мотивации также адекватно воспринимали состояние ребенка, не отрицали необходимости сотрудничества с учреждением, но при минимальной затрате усилий с их стороны. Соглашались со всеми доводами педагогов, но мотивировали свою пассивность недостатком времени.

3. Родители с низким уровнем мотивации подразделяются на 2 типа:

1-й тип — отсутствует адекватная оценка состояния своего ребенка, пассивная внутренняя позиция родителей в сотрудничестве с учреждением (непонимание коррекционной работы), критические замечания и предложения не принимаются;

2-й тип — при адекватной оценке родителями состояния своего ребенка необходимость и возможность сотрудничества отрицается вследствие устоявшейся позиции в отношении средств воспитательного воздействия к своему ребенку, которую считают единственно верной; к этому типу относятся семьи, в которых доминирующая роль в воспитании ребенка принадлежит бабушкам.

Наибольшие трудности при организации сотрудничества вызывают родители с низким уровнем мотивации. Самые

продуктивные формы работы с такими семьями — индивидуальные формы воздействия, индивидуальное консультирование [119].

Рассматривая причины такого поведения — ранее уже говорилось — это структуризация семьи и стресс.

Стресс, с которым сталкиваются родители, так же как и периодизация жизненного цикла семьи, имеет свои четыре фазы развития, выделенные психологами Робертом Францовичем Майрамяном, Оганесом Карапетовичем Агавеляном [120]:

*«Шок»*. На данной фазе родители находятся в состоянии растерянности, у них возникает чувство неполноценности, беспомощности, страха. Члены семьи могут начать искать «виновного», мать также может испытывать чувство вины или вовсе начать испытывать негативные чувства к ребёнку.

*«Неадекватное отношение к дефекту»*. Эта фаза характеризуется тем, что родители проявляют своего рода защитные реакции на поставленный диагноз негативизмом и или отрицанием как такового.

*«Частичное осознание дефекта ребёнка»*. На этой фазе родители начинают понимать, что несут ответственность за ребёнка, однако чувствуют собственную беспомощность в вопросах воспитания и ухода за ним. На данном этапе они осознают, что нуждаются в советах специалистов.

*«Начало социально-психологической адаптации всех членов семьи»*. Родители принимают ситуацию, смиряются с ней и начинают строить свою деятельность с учётом особенностей ребёнка, сотрудничая со специалистами.

По данным исследований Р.Ф. Майрамяна, сообщение о таком состоянии ребенка вызывает у 65,7% матерей острые эмоциональные расстройства, аффективно-шоковые и истерические расстройства [121]. В дальнейшем затяжной психический стресс приводит к возникновению различных психосоматических расстройств. Со временем он может не только не уменьшиться, но даже усилиться, поскольку растут заботы, связанные с взрослеющим ребенком, растет и тревога.

Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику

родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Положительные эмоции, связанные с рождением ребенка, «гасятся» сведениями о недостатках его физического развития. Становление новых жизненных ценностей у родителей чаще всего растягивается на длительный период.

Это обуславливается многими причинами:

- психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка);
- комплексом расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития;
- воздействием социума при контактах с семьей [122].

Причины ошибок в семейном воспитании детей с отклонениями в развитии можно условно дифференцировать на три группы:

- низкий уровень психолого-педагогических знаний родителей о психофизических и возрастных особенностях их ребенка;
- личностные особенности родителей, влияющие на характер взаимоотношений с их ребенком;
- позиция социума, некий «социальный барьер», способствующий «замыканию» родителей в собственных проблемах и препятствующий их преодолению.

Таким образом, при выстраивании работы с семьей необходимо рассмотреть процесс преодоления кризисного состояния, который протекает своеобразно в каждой семье. Одни родители полностью справляются с новой жизненной ситуацией, другие застревают на этапе осознания удара, остаются в социальной изоляции, нуждаясь в поддержке специалистов. И.Ю. Левченко и В.В. Ткачева указывают, что качественные изменения в жизни семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, проявляются на различных уровнях: психологическом, социальном и соматическом [123].

*Психологический уровень:*

Причины затруднения приобретения новых жизненных ценностей:

- психологические особенности личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка);

- комплекс расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития;
- воздействие социума при контактах с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

*Социальный уровень:*

- семья малообщительна, избирательна в контактах;
- более чем 30% матерей оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности;
- деформация взаимоотношений между родителями.

*Соматический уровень:*

Переживания, выпавшие на долю матери ребенка ОВЗ, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах.

Основные проблемы родителей:

1. Социальные:

Работа — трудоустройство, отсутствие и пр.

Окружение — друзья, родственники

2. Психологические:

Обида, одиночество, тревожность, страх

Учитывая вышесказанное, сегодня как никогда необходим поиск новых подходов при подготовке специалистов, которые могут работать с родителями, а именно в части развития «включенности» родителей в процесс успешного развития детей с ОВЗ.

Исходя из вышесказанного, мы бы хотели затронуть тему работы психолога с такими семьями. На этапе консультирования специалисту необходимо учитывать ряд особенностей и вести особую тактику, позволяющую более эффективно достичь необходимых целей. Эта тактика определяется рядом задач:

1. Установление контакта на уровне «обратной связи», предполагающей установку доверительного контакта, цель которого — убедить родителей в том, что им, действительно, сочувствуют и понимают. «Обратная связь» также направлена на установку доброжелательного контакта, при котором родитель может раскрыть свои глубинные переживания.



2. Коррекция понимания родителями проблем ребёнка. Нам уже известно, что с момента осознания диагноза ребёнка родители находятся в состоянии эмоционального стресса, особенно сильно он проявляется у матерей. Задача психолога здесь состоит в том, чтобы перевести уровень восприятия проблемы с эмоционального на рациональный. Направить родителей на коррекционный образовательный процесс, в котором они сами могли бы принимать участие, так как это уникальная возможность занять активную позицию в формировании будущего собственного ребёнка.

3. Коррекция межличностных и внутрисемейных отношений. Коррекция отношений с ребёнком строится прежде всего на воспитании в нём чувства любви, привязанности к дому и родителям. Нарушения отношений между родителями также решаются психологом во время консультирования. Особенно эффективными методами здесь будут являться групповые занятия для родителей и индивидуальные с родителями и ребёнком

В литературе вполне подробно разработана классификация стилей семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии [124]:

1. *Гиперопека*. Родители стараются сделать за ребенка все, в результате чего он не учится преодолевать трудности, не приобретает навыки самообслуживания и т. д.

2. *Противоречивое воспитание*. У членов семьи возникают разногласия в выборе воспитательных средств, поэтому ребенок не может адекватно оценить свои возможности и качества, он приспособливается «лабиринтировать» между взрослыми и нередко сталкивается с другом.

3. *Воспитание по типу повышенной моральной ответственности*, результатом которого становится постоянное перенапряжение у ребенка. Появляется повышенная утомляемость, отсутствует адекватная оценка своих возможностей вследствие того, что родители возлагают на ребенка обязанности, с которыми ребенку с ограниченными возможностями здоровья трудно справиться. Он чувствует себя виноватым, неуспешным, что формирует у него заниженную самооценку.

4. *Авторитарная гиперсоциализация.* Эта модель характерна для родителей, имеющих высокий социальный статус. Они стремятся с помощью авторитарных усилий развить у своего ребенка социальные навыки, переоценивая его возможности.

5. *Воспитание в «культе» болезни.* В семье формируется отношение к ребенку как к больному. При этом у ребенка развивается мнительность, страх перед любым недугом, например, простудой. Ребенок приобретает внутреннюю позицию к отказу от решения проблемы, чем к ее преодолению.

6. *Модель «симбиоз».* Эта модель часто встречается у матерей, воспитывающих ребенка в неполных семьях. Такие родители игнорируют собственные проблемы, профессиональную карьеру и личностный рост, активно занимаются проблемами ребенка. Это искажает возможности личностного развития ребенка, формируется личность, которая не способна проявлять любовь.

7. *Гипоопека.* Эта модель воспитания часто встречается в семьях, где ребенок с ограниченными возможностями не имеет ценности, или в неблагополучных семьях. Родители практически не проявляют заботы за ребенком, не ухаживают за ним.

8. *Модель «маленький неудачник».* Родители уверены, что их ребенок не добьется успеха в жизни, он социально несостоятелен. Испытывают чувство досады и стыда. Для них жизнь с таким ребенком — это непосильная ноша, крест на всю жизнь.

9. *Отвержение ребенка.* Отсутствие любви к ребенку может объясняться несформированностью материнского инстинкта. В случае отвержения ребенка отцом — идентификацией родителя с дефектом ребенка.

Анализ работ по проблеме роли семьи в социализации ребенка указывает на то, что специфичность типов отношения родителей к детям с ограниченными возможностями здоровья, детско-родительских взаимоотношений, может отрицательно влиять на социализацию детей и имеющееся у них отклонение. Социализирующий потенциал семьи зависит от того, какую позицию занимают родители. Интересными представляются критерии оценки родительских позиций, предложенные Аллой Семеновной Спиваковской [125]:

Адекватность — степень ориентировки родителей в восприятии индивидуальных особенностей ребенка, его развития, соотношения качеств, объективно присущих ребенку, и качеств, видимых и осознаваемых родителями. Адекватность позиции родителей проявляется в степени и знаке искажений восприятия образа ребенка. Таким образом, параметр адекватности описывает когнитивную составляющую взаимодействия родителей с ребенком.

Динамичность — степень подвижности родительских позиций, способность изменять способы и формы взаимодействия с ребенком.

Динамичность может проявляться:

а) в восприятии ребенка: создание изменяемого портрета ребенка, либо оперирование раз и навсегда созданным статичным портретом;

б) в степени гибкости форм и методов взаимодействия в связи с возрастными изменениями ребенка;

в) в степени изменчивости воздействия на ребенка в соответствии с различными ситуациями, в связи со сменой условий взаимодействия.

Прогностичность — способность родителей к перестройке взаимодействия с детьми, восприятие дальнейших жизненных перспектив».

Прошлое для родителей делится на две очевидные части: до и после рождения ребенка.

Лебедева Светлана Владимировна выделяет следующие проблемы семей [126]:

Опыт показывает, что помощь ребёнку с ОВЗ эффективна в том случае, если в её основе положены личные, человеческие отношения, что возможно лишь в условиях семьи. При этом у семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, возникает множество проблем.

*Проблема, связанная с дефицитом эмоциональной поддержки, позитивных контактов, общения с людьми, которые в состоянии понять проблемы семьи.* Данная проблема может быть названа «социальная изоляция». Часто после рождения ребёнка с ограниченными возможностями здоровья его семья становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг

знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребёнка, а также из-за личностных установок самих родителей (страха, стыда). Нередко подобные реакции становятся результатом некорректного отношения окружающих (знакомых и незнакомых) к ребёнку и членам его семьи. Часть матерей после рождения ребёнка с ограниченными возможностями здоровья вынуждены изменять профиль своей работы или же вообще оставить её. Уход женщины с любимой работы не только лишает её заработка, но и изменяет её социальный статус, ставит в зависимое положение от мужа, от семьи. Всё это является мощным стрессогенным фактором для членов семьи ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и, в свою очередь, препятствует оптимальному развитию ребёнка.

*Проблема построения ясной жизненной перспективы.* Основная черта семей детей с ограниченными возможностями здоровья — предвидение хронической природы кризиса и тревога в связи с неопределённой жизненной перспективой. Глядя в будущее, члены семьи не видят в нём надежды на облегчение проблем. Вместо независимости, взросления, формирования личности и отделения ребёнка от семьи, им предстоит отчаяние, постоянная зависимость и социальная изоляция. Результатом многолетнего стресса таких родителей могут стать проблемы в психическом здоровье. Думая о будущем, члены семьи должны решить, как они будут жить в особых жизненных условиях. Семье в целом и каждому её члену нужно приспособиться к ситуации неопределённого будущего, для чего необходимо открыто общаться, обсуждать свои проблемы и в некоторых случаях поступаться своими интересами. У родителей может возникать ощущение, что взросление ребёнка таит в себе опасность. В результате может развиваться неосознанное стремление к удержанию ребёнка как можно дольше в детском состоянии, к появлению сверхконтролирующего поведения по отношению к ребёнку, к отсутствию принятия его взросления. Многие взрослые люди с физическими нарушениями, не имеющие значительных интеллектуальных ограничений, способны вести самостоятельную жизнь при наличии помощников или особым образом переоборудованного жилья, специального оборудования или средств

передвижения. Такие люди способны сами участвовать в планировании собственного будущего: некоторые из них могут активно участвовать в борьбе за максимально нормализованную жизнь. Для взрослого, неспособного достичь подлинной независимости, существуют возможности, зависящие от места его проживания и финансовых ресурсов семьи. Один край спектра — институционализация (помещение в интернат), другой — различные формы совместного проживания. Большинство родителей детей с ОВЗ начинают беспокоиться о будущем ребёнка, как только понимают, что с ребёнком что-то не так. Однако в период младенчества и детства родители различают рационалистические объяснения, которые позволяют им смотреть в будущее с надеждой, или просто стараются об этом не думать. Вплоть до достижения детьми среднего подросткового возраста большинство родителей детей с ОВЗ принимают идеологию жизни «одним днём».

*Проблема в недостатке знаний и навыков, касающихся решения проблем взаимодействия с ребёнком.* Родителям часто не хватает информации о закономерностях развития детей, которые определяют развитие как типично развивающих детей, так и детей с ОВЗ. Члены семьи нуждаются в знаниях о том, как правильно построить взаимодействие с ребёнком, и в обучении конкретным навыкам этого взаимодействия. Так, например, у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья часто вырабатывается гиперопекающий стиль воспитания, когда родителям трудно в чём-то отказать ребёнку, не обижая его и не испытывая при этом чувства вины. Также родителей может затруднять предъявление каких-либо требований к ребёнку. Всё это ведёт к формированию патологических черт характера у ребёнка.

*Постоянное психофизиологическое напряжение и стресс, связанные с проблемами здоровья ребёнка.* Как правило, родители детей с ограниченными возможностями здоровья испытывают тяжёлый стресс, который способен значительно снизить уровень энергии индивида, привести к снижению когнитивных способностей, постоянным неудачам, снижению иммунитета и различным заболеваниям. Для смягчения стресса родителям важно знать особенности своего состояния, способы снятия напряжения и

уметь пользоваться ресурсами, которые они могут найти с помощью группы поддержки.

Анализ научной литературы по теме исследования и опыт современной инклюзивной практики позволяет выделить следующие виды сопровождения: психолого-педагогическое, социальное, информационно-просветительское. Однако это деление относительно, поскольку в реальной жизни данные направления чаще всего осуществляются в комплексе. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, заключается в совместной командной деятельности различных специалистов (психологов, педагогов, социальных педагогов, дефектологов, тьюторов и др.), направленной на создание благоприятных условий для развития детей, их обучения и воспитания в соответствии с индивидуальными особенностями, уровнем актуального развития, состоянием здоровья.

Кстати, в исследовании Мишиной Г.А. и Тарасовой А.Д. «Прошлое, настоящее и будущее детей с ОВЗ» отмечено [127]:

– родители детей с более выраженными нарушениями психофизического развития ориентированы на открытое настоящее, реже на ближайшее будущее, не планируют отдаленное будущее; наиболее желаемым качеством личности ребенка для них является его самостоятельность, однако сами взрослые не готовы предоставлять возможности для ее формирования, жестко контролируя поведение ребенка и симбиотически проживая его жизнь; основным мотивом общения с ребенком является эмоционально-личностный;

– родители детей с ограниченными возможностями здоровья с уровнем развития, приближенным к нормативному, склонны планировать и ближайшее, и отдаленное будущее своих детей; представляют своего ребенка недостаточно самостоятельным, но успешным в некоторых сферах; совместное обучение заставляет этих родителей сравнивать своих детей с нормально развивающимися сверстниками, делает близких взрослых более чувствительными к неудачам ребенка, снижает веру в его

возможности, способствует в некоторой степени перекладыванию вины на самого ребенка, происходит «приписывание» образу ребенка негативных качеств и характеристик;

– общим для двух групп является негативно окрашенное прошлое, достаточно позитивное будущее, инвалидизация/инфантилизация образа ребенка как в открытом настоящем, так и ближайшем его будущем. Чем более выражена степень нарушения, тем временная перспектива представления становится уже.