

УДК 159.922.76-056.34:[364.4:61]

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Е.Д. Красильникова

Тверской областной клинической психоневрологической диспансер

Гармоничная семья является основным ресурсом при реабилитации детей с нарушениями психического развития. Семьи, воспитывающие ребенка с нарушениями психического развития, характеризуются как семьи, требующие тщательного психологического сопровождения. Психологическое сопровождение семей, воспитывающих ребенка с различными вариантами нарушения психического развития, должно носить дифференцированный характер.

***Ключевые слова:** реабилитация ребенка с отклонениями развития, функционирование семьи ребенка с нарушениями психического развития, конструктивная активность родителей при реабилитации ребенка с нарушениями психического развития, психологическое сопровождение семьи ребенка с отклонениями психического развития.*

Семья – микросоциум, в котором происходит развитие ребенка, его первичная социализация. Гармоничное функционирование семейной системы определяет особенности личностного развития ребенка, успешность его вхождения в широкую социальную среду. Важную роль социальных условий в психическом развитии ребенка подчеркивали многие исследователи, рассматривая развитие ребенка как процесс присвоения им социально-культурного опыта через взаимодействие с взрослым (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин). С позиций теории отношений, психогенное или конфликтное нервно-психическое расстройство возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека (Б.Д. Карвасарский, 1985; В.Н. Мясищев, 1960).

Семьи, воспитывающие ребенка с нарушениями психического развития, характеризуются как семьи, требующие тщательного психологического сопровождения, в отличие от семьи со здоровым ребенком. Создание оптимальных условий развития ребенка с нарушениями психического развития имеет множество сложностей. Возникают сложности эмоционального принятия матерью больного ребенка; психологическая травматизация других членов семьи вследствие появления ребенка с отклонением в развитии; неправильное отношение родителей к заболеванию ребенка; высокая

фрустрированность родителей; снижение уровня удовлетворения потребностей всех членов семьи; искажение личностных особенностей самих родителей; низкая активность родителей в реабилитации ребенка и т. д.

Круг психологических проблем, с которыми сталкивается данная категория семей, весьма широк, от проблемы принятия сообщения о диагнозе ребенка до трудностей, возникающих в процессе социализации ребенка. Тем не менее эффективность реабилитации ребенка с психической патологией напрямую зависит от особенностей семейного функционирования. Гармоничная семья – основной ресурс при реабилитации детей с нарушениями психического развития. Традиционно гармонично функционирующей семьей считается семья, в которой потребности каждого ее члена удовлетворяются достаточно полно [4, с. 7]. В семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, зачастую происходит фрустрация потребностей родителей и других членов семьи, переход семейного функционирования на патологический уровень, когда адаптация семьи к новым сложным условиям жизни (появление ребенка с отклонениями в развитии) происходит за счет патологических механизмов. Известно достаточное большое количество таких механизмов. Это, например, крайне закрытые семьи, что часто бывает в семьях с детьми с умственной отсталостью. Известен механизм адаптации семьи через отрицание болезни ребенка. Часты случаи нарушения супружеских отношений, когда родители утрачивают партнерскую близость и их взаимодействие ограничивается лишь заботами о ребенке. Затруднена в таких семьях профессиональная и личностная самореализация родителей, что приводит к формированию у них внутриличностных конфликтов. Тем не менее именно гармонично функционирующая семья является средой, необходимой для эффективной реабилитации ребенка.

В настоящее время можно наблюдать отсутствие единой модели психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с различной психической патологией. Подход к таким семьям должен базироваться на биопсихосоциальной модели, при которой члены семьи являются не объектами, а субъектами, занимающими в процессе реабилитации ребенка с отклонениями развития активную сознательную позицию [2]. Следовательно, актуальным является исследование особенностей семейного функционирования, влияющих на степень конструктивной активности родителей, направленной на реабилитацию ребенка с нарушениями психического развития.

Психологическое сопровождение семей, воспитывающих ребенка с нарушениями психического развития, должно носить дифференцированный характер. Зачастую, от картины заболевания ребенка, зависят особенности восприятия родителями его болезни и

особенности воспитательных стратегий. Исследование 160 родителей в четырех основных группах (родители детей с искаженным типом дизонтогенеза (синдром раннего детского аутизма, шизотипическое расстройство, детская шизофрения), родители детей с задержкой психического развития, родители детей с умственной отсталостью, родители детей с поврежденным психическим развитием (дети с эпилепсией) и контрольной группе (родители здоровых детей), продемонстрировало необходимость дифференцированного подхода при психокоррекционной работе с семьями, воспитывающими детей с разными вариантами нарушения психического развития. Выявленные характерные особенности функционирования таких семей обуславливают необходимость разработки отдельных программ психологического сопровождения для родителей детей с разными вариантами нарушения психического развития.

Изучение родителей детей с аутизмом и шизотипическим расстройствами выявило, что аутичные дети, как правило, являются единственными детьми в семье. Отмечается некоторая стабилизация семейной системы по мере взросления ребенка. Семья с аутичным ребенком нуждается в наиболее тщательном психологическом сопровождении именно на начальных этапах реабилитации и лечения ребенка. На период сообщения семье диагноза ребенка (чаще в возрасте трех–пяти лет) у родителей наблюдается крайняя растерянность. В случае если аутичный ребенок в семье является старшим и имеет здорового сибса, то стабильность семьи и активность ее в реабилитационном процессе выше. Наличие младшего аутичного ребенка дестабилизирует семью в большей степени. Подобные факты подтверждают и другие исследования, описанные в научной литературе [3, с. 214].

При оценке особенностей семейного взаимодействия у данной категории семей отмечается ряд особенностей. Так, по стилю воспитания родители аутичных детей характеризуются как достаточно неоднородная группа. Для родителей аутичных детей характерен высокий уровень гиперпротекции как потворствующей, так и доминирующей. При этом нередки случаи эмоционального отвержения ребенка с аутизмом. Чаще случаи эмоционального отвержения наблюдаются в ситуации, когда ребенок является младшим.

Изначально эмоциональный контакт матери и аутичного ребенка является неблагоприятным. В силу эмоциональных особенностей аутичного ребенка мать длительное время не находит эмоционального подкрепления в общении с ребенком. Данное положение часто приводит к постепенному эмоциональному закрытию самой матери, которая невольно переходит на более формальный стиль общения с ребенком. Матери аутичных детей часто не могут понять,

проинтерпретировать эмоциональные реакции своего ребенка, не находят объяснения его поведению. Это приводит к их растерянности, непоследовательности при воспитании, импульсивности их реакций на поведение ребенка и общему росту воспитательской неуверенности.

Сталкиваясь со стрессовой ситуацией (наличие ребенка с отклонениями в развитии), родители аутичных детей демонстрируют достаточно высокий уровень активности, направленной на преодоление трудной ситуации. Так, при исследовании совладающего поведения родителей аутичных детей выявлено, что основными копинг-стратегиями, которыми они пользуются, являются ориентирование на решение проблемы (конструктивная копинг-стратегия) и эмоционально-ориентированное копинг-поведение (деструктивная копинг-стратегия). Родители аутичных детей часто бывают непоследовательными при лечении (мнительны относительно медикаментозного лечения, назначенного лечащим врачом; склонны часто менять врача, обращаться параллельно к разным врачам, получая противоречивые рекомендации; прибегать к методам нетрадиционной медицины). Следовательно, коррекционная работа, направленная на снижение проявления деструктивного эмоционально-ориентированного копинг-поведения, повышает степень совладания родителей аутичного ребенка с трудной ситуацией, стабилизирует их поведение и эмоциональное реагирование на проблему.

Отношение к болезни ребенка у родителей аутичных детей варьирует от тревожного до проявлений анозогнозии. При этом чем отчетливее проявления интеллектуальных трудностей у ребенка, тем чаще отмечаются признаки анозогнозического отношения к болезни ребенка. Подкреплением такого отношения часто может служить проявление у аутичного ребенка так называемых «особых способностей» (высокая способность к зрительному запоминанию, высокая механическая память, высокое развитие отдельных навыков или знаний).

Относительно семей, воспитывающих здорового ребенка, семьи с аутичным ребенком характеризуются как менее сплоченные. Для них характерен разобщенный уровень семейной сплоченности. Роль отца в воспитании ребенка также неоднозначна. Большинство отцов аутичных детей переживают чувство вины, чувство безысходности, испытывают трудности установления эмоционального контакта с ребенком, не знают, как реагировать на особенности поведения своего ребенка. Отцы аутичных детей часто находят выход в большем включении в решение материальных проблем семьи, а бремя воспитания ребенка ложится на плечи матерей. Практическая работа, направленная на повышение активности позиции отца в воспитании ребенка (обучение совместным видам деятельности, объяснения особенностей эмоционального

реагирования ребенка и пр.), показала возможность повышения семейной сплоченности, повышение уверенности у матери ребенка, повышение уровня конструктивной активности родителей в реабилитации ребенка.

В семье аутичного ребенка степень удовлетворения потребностей родителей ниже, т.к. заботы о ребенке значительно ограничивают их свободное время, снижают возможность самореализации. Для родителей аутичных детей характерен низкий уровень удовлетворения потребности в теплом эмоциональном общении с членами семьи, принятии, чувстве защищенности (эмоциональная функция семьи). Также отмечается дестабилизация супружеских отношений. Зачастую отсутствие поддержки матери со стороны супруга приводит к наличию супружеских конфликтов.

Ресурсом, повышающим эффективность реабилитации аутичного ребенка, является снижение уровня семейных (в т.ч. супружеских) конфликтов, появление возможности обращения за помощью к другим членам семьи, что, в свою очередь, ставит необходимость психологического образования для всех членов семьи аутичного ребенка.

Особенности воспитания ребенка с задержкой психического развития во многом зависят от возраста и общего образовательного уровня родителей. Так, в наибольшей помощи специалистов нуждаются более молодые родители, чаще с единственным ребенком, для которых характерен неустойчивый стиль семейного воспитания и общая воспитательская неуверенность. Именно молодые родители детей с задержкой психического развития часто не дифференцируют проблемы поведения и особенности развития ребенка как болезненно обусловленные и трактуют их как непослушание и капризы ребенка. При этом не проходящие трудности развития ребенка дестабилизируют взаимоотношения в семье. Именно для родителей детей с задержкой психического развития характерно вынесение конфликта в сферу воспитания.

Родители детей с задержкой психического развития охотно привлекают в процесс воспитания ребенка других членов семьи. Однако это не повышает качество реабилитации ребенка, и есть риск возникновения ситуации, работающей по принципу «все – значит никто». При этом именно для семей, воспитывающих детей с задержкой психического развития, наличие второго ребенка в семье является фактором, повышающим конструктивную активность родителей, направленную на реабилитацию ребенка, особенно если ребенок с задержкой развития является в семье младшим. Большая активность еще обусловлена в этом случае и более зрелым возрастом родителей. Старшие дети также оказывают влияние на младшего ребенка с

задержкой психического развития. Дети с задержкой психического развития активнее развиваются в играх со старшими детьми.

Так как картина заболевания при задержке психического развития редко является критической, то родители склонны воспринимать болезнь ребенка относительно спокойно. Степень тревоги и беспокойства родителей возрастает в зависимости от степени выраженности задержки развития, а также от уровня проявления нарушений поведения у ребенка. При совладании с трудной ситуацией родители детей с задержкой психического развития часто имеют высокие показатели копинг-поведения, ориентированного на избегание. При практической работе, как правило, требуется коррекция данной деструктивной копинг-стратегии. В данном виде помощи особенно нуждаются молодые родители, а также родители с низким уровнем образования, часто считающие, что проблемы пройдут по мере взросления ребенка.

При оценке конструктивной активности родителей детей с задержкой психического развития отмечается ее снижение за счет недостаточного применения развивающих занятий со своими детьми. Отмечается недостаточная активность родителей в организации совместной деятельности с ребенком, в обеспечении им общения со сверстниками. При лечении ребенка у лечащего врача, в связи с недооценкой болезни, родители часто не соблюдают рекомендации, редко посещают врача, часто не осведомлены о необходимости посещения дополнительных специалистов.

Психологическое сопровождение семей ребенка с задержкой психического развития должно быть направлено прежде всего на повышение эмоционального принятия ребенка, повышение воспитательской уверенности родителей, гармонизацию стиля воспитания, обучение развивающим мероприятиям, на ориентирование родителей на систематическое наблюдение у специалистов.

Наличие в семье ребенка с умственной отсталостью переживается родителями крайне тяжело. Так, Р.Ф. Майрамян в своих исследованиях указывает на наличие у 65,7 % матерей тяжелых эмоциональных расстройств (острая стрессовая реакция, суицидальные намерения и пр.) [1, с. 11]. Наше исследование продемонстрировало наличие противоречивых условий адаптации семьи с умственно отсталым ребенком. Наряду с конструктивными механизмами адаптации отмечается наличие и деструктивных механизмов, таких, как закрытость семьи, длительное игнорирование недостатков ребенка. Было выявлено, что родители, имеющие высокий уровень анозогнозии в восприятии болезни ребенка охотнее прибегают к развивающим мероприятиям для ребенка. Относительно родителей детей с другими вариантами нарушения психического развития, родители детей с

умственной отсталостью часто имеют низкие показатели эмоционально-ориентированного копинг-поведения (особенно это характерно для родителей, воспитывающих детей с большим стажем заболевания). Постепенно происходит уравнивание эмоционального реагирования у родителей. При этом восприятие безысходности положения приводит к тому, что родители стремятся сдерживать свои переживания. Это приводит к скрытым депрессиям, психосоматическим заболеваниям, снижает качество эмоционального взаимодействия в семье.

В семьях, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью, низкий уровень конструктивной активности в реабилитации ребенка часто обусловлен низкой активностью родителей в организации развивающих мероприятий для ребенка, в организации его общения со сверстниками, а также более редким использованием при воспитании ребенка помощи других членов семьи и близких родственников. В таких семьях часто образуются внутрисемейные группы (чаще всего это сильная эмоциональная связь матери и ребенка). Семьи характеризуются большой закрытостью, т. к. родители стесняются интеллектуальной неполноценности своих детей. При организации общения детей со сверстниками родители чувствуют крайнюю неуверенность.

Стиль воспитания детей с умственной отсталостью быстро приобретает черты гиперопеки. Родители воспринимают детей как несостоятельных и часто ограничивают их активность, выполняют действия, которые ребенок может выполнить самостоятельно, что не способствует развитию потенциальных возможностей ребенка. Эмоциональное восприятие ребенка родителями неоднозначно. Одни родители устанавливают с ребенком тесную эмоциональную связь, понимая, как сильна зависимость ребенка от них. Для других родителей характерно чувство вины, ощущение собственной несостоятельности, часто присутствуют проявления проекции собственных нежелательных качеств на ребенка.

Семьи детей с умственной отсталостью характеризуются как достаточно сплоченные. Однако часто отмечается сплоченность по принципу «объединение вокруг общей проблемы». Ребенок в таких семьях часто выдвигается на центральную позицию, нарушаются супружеские отношения (особенно в сфере духовного, а также сексуально-эротического общения). Семьи, в которых родители сохраняют тепло супружеских отношений, характеризуются как более эффективные при реабилитации ребенка с психическим недоразвитием. Оживление супружеских отношений при коррекционной работе с семьей ребенка с умственной отсталостью положительно влияет на весь процесс реабилитации ребенка.

При оценке степени удовлетворения потребностей родителей в семье родители детей с умственной отсталостью (относительно родителей, воспитывающих детей с другими вариантами нарушений психического развития) характеризуются как самые неудовлетворенные. В таких семьях хуже материально-бытовые условия, блокируется возможность самореализации матерей, снижается общение с друзьями, снижается теснота супружеских отношений.

Относительно семей, воспитывающих детей с другими вариантами нарушения психического развития, семьи детей с умственной отсталостью обладают своей спецификой, что обуславливает необходимость проведения с ними индивидуальных занятий в группах психологического сопровождения.

Изучение функционирования семей, воспитывающих детей с эпилепсией (как варианта поврежденного психического развития), в научной литературе освещается недостаточно полно. Картина заболевания у детей с эпилепсией такова, что родители постоянно испытывают ощущение непосредственной угрозы жизни ребенку. Для родителей характерен высокий уровень гиперпротекции в воспитании. В страхе спровоцировать очередной приступ у ребенка родители стремятся к излишнему ограничению активности ребенка, «щадящему» режиму воспитания. Именно у родителей детей с эпилепсией наиболее часто отмечаются проявления фобии утраты ребенка, а также тревожный тип отношения к болезни ребенка. В условиях психокоррекционной работы с данной категорией родителей встает необходимость снижения уровня тревоги, повышение уверенности родителей в возможностях ребенка, ориентирования их на развитие самостоятельности ребенка. Зачастую снижение конструктивной активности родителей, направленной на реабилитацию ребенка, в таких семьях связано именно с «щадящим» воспитанием и ограничением активности ребенка.

Отношение социума к эпилепсии более мягкое. Пациенты с эпилепсией реже носят клеймо психически больного человека. В связи с этим перед семьей не встает необходимость более закрытого существования. Семьи детей с эпилепсией часто являются «расширенными». В них активно включаются близкие родственники (прародители, тети, дяди и пр.). Родители активно используют помощь ближайшего окружения при воспитании ребенка, активнее используют социальную поддержку.

Степень удовлетворения потребностей родителей в семьях, воспитывающих детей с задержкой психического развития, ниже, чем в семьях, воспитывающих здоровых детей. В таких семьях хуже материально-бытовые условия, снижается уровень общения с друзьями, присутствует неудовлетворенность сексуально-эротическими

отношениями. При этом семьи детей с эпилепсией демонстрируют неплохую сплоченность. Они чаще всего имеют более высокую степень удовлетворения потребности в материнстве и отцовстве, чаще удовлетворены отношениями с ребенком. Особенно, если заболевание не вызывает у ребенка серьезных изменений познавательной сферы и не приводит к видимой интеллектуальной недостаточности.

Дифференцированный подход при организации психологического сопровождения семей позволяет сделать процесс реабилитации ребенка с психической патологией более эффективным. Программы психологического сопровождения для семей должны строиться с учетом психологических особенностей семьи и особенностей картины заболевания ребенка.

Список литературы

1. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологические и психологические аспекты проблемы): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1976.
2. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy](http://medpsy).
3. Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. 400 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF FAMILIES, RAISING CHILDREN
DIFFERENT ALTERATIONS OF PSYCHOLOGIC DEVELOPMENT
DISORDERS**

E.D. Krasilnikova

Regional clinical psycho-neurological dispensary of Tver

Harmonious functioning of the family is the main resource on rehabilitation of a child with psychologic development disorders. Families raising children with psychological pathologies are characterized as families, have need of thorough psychological support. Psychological support of families raising children with psychological pathologies must have differentiated character.

Keywords: *rehabilitation of a child under different alterations of psychologic development disorders; specificity of functioning of a family under different alterations of psychologic development disorders of child; constructive activeness parents, aimed at rehabilitation of a child; psychology to conduct of families, raising children with psychological pathologies.*

Об авторах:

КРАСИЛЬНИКОВА Елена Дмитриевна – клинический психолог Тверского областного клинического психоневрологического диспансера (170005, г. Тверь, ул. Фурманова, 12), e-mail: ked.77@mail.ru