

# СЕМЬЯ, ВОСПИТЫВАЮЩАЯ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ



## **Тема 1.2. Семья и ребенок особой заботы: социальное пространство для взаимодействия**

1. Дисгармоничная семья как психогенный фактор.
2. Виды неправильного воспитания в семье.
3. Социально-психологическая ситуация в семье ребенка с ОВЗ.
4. Типология родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями.

### **Литература:**

#### **а) основная:**

1. Специальная психология: учеб. пособие для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. И. Лубовского. - 5-е изд., стер. - М. : Academia, 2007. - 461 с.
2. Основы специальной педагогики и психологии: Учеб. пособие для студ. вузов / Н. М. Трофимова [и др.]. - СПб. : Питер, 2006. - 304 с.

#### **б) дополнительная:**

1. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. - М.: УМК «Психология», 2004. - 192 с.
2. Психология семьи и больной ребенок: учеб. пособие: хрестоматия / сост. И. В. Добряков, О. В. Зищиринская. - СПб.: Речь, 2007. - 400 с.

## 2.1. Дисгармоничная семья как психогенный фактор

В гармоничной семье все возрастные трудности, все особенности разных типов нарушений в значительной мере сглаживаются и не ведут к социальной дезадаптации. Гармоничная семья способствует выработке своего рода «психологического иммунитета» к неблагоприятным влияниям среды, более высокой резистентности к действию психических травм.

Даже психопатоподобные изменения после перенесенных психических заболеваний в гармоничной семье скорее и полнее компенсируются (лишь при конституциональных и органических психопатиях дезадаптация может быть стойкой при самой благоприятной семейной атмосфере).

Семьи разнятся и по своему структурному составу, и по функциональным особенностям. Различают по составу семью полную (наличие отца и матери в семье) и неполную (отсутствие одного из них). Семья по составу может быть нерасширенной и расширенной (другие родственники по прямой или боковой линиям в составе семьи).

Иногда в литературе и в реальной жизни искаженной или деформированной, называют семью, где имеются отчим или мачеха. Однако не мешает вспомнить, что в трудные послевоенные годы многие семьи остались без отцов, что не помешало большинству сирот вырасти вполне социально адаптированными личностями.

Решающее значение имеет не состав семьи, а степень ее гармоничности (конечно, неполной или деформированной семье гармоничной стать труднее).

## Понятие и сущность «гармоничной семьи»

- в гармоничной семье ее члены связаны теплой эмоциональной привязанностью друг к другу;
- их роли в семье не конкурируют друг с другом, а дополняют друг друга;
- никто из членов семьи не узурпирует себе функции другого и не игнорирует свои обязанности;
- внутри гармоничной семьи отсутствуют стойкие подгруппы (например, объединение матери с сыном или дочери с отцом против других членов семьи);
- избирательные контакты одного члена семьи с другим не умаляют роли других членов;
- семья не находится в конфликте с ближайшим окружением;
- семья не изолирует себя от общества и не противопоставляет себя ему



## Понятие, сущность, виды «негармоничных (дисгармоничных) семей»

Негармоничные семьи отличаются нарушением внутренних функциональных отношений. Ниже приводится типология семей, предложенная Э. Г. Эйдемиллером с дополнениями А. Е. Личко.

- **Собственно негармоничная семья** характеризуется тем, что один из родителей занимает чрезмерно доминирующее, а другой - слишком зависимое положение («семейный перекося»). Интересы одних членов удовлетворяются в ущерб другим, или один из членов семьи игнорирует свою роль и перекладывает свои обязанности на другого. Отсутствует истинное партнерство.
- **Деструктогенная семья** отличается отсутствием способности ее членов к взаимодополнению, солидарности в решении жизненных проблем, чрезмерной автономией отдельных членов, наносящей ущерб семье в целом, неравномерностью или отсутствием взаимности в эмоциональных привязанностях.
- **Распадающаяся семья** живет в условиях обострившейся конфликтной ситуации, уход из семьи одного из родителей назревает, или его риск постоянно высок, или фактически разрыв между родителями уже произошел, но юридически развод еще не оформлен и супруги еще продолжают жить вместе.
- **Распавшаяся семья** определяется ситуацией, когда один из родителей уже отделился от семьи, может иметь другую семью, но в какой-то мере продолжает сохранять контакты с семьей прежней и несет еще часть функций ее члена.
- **Ригидная псевдосолидарная семья** отличается безоговорочным доминированием одного из членов с зависимым пассивным положением других, жесткой закостенелой регламентацией всей семейной жизни, отсутствием двусторонней эмоциональной теплоты.

## 2.2. Виды неправильного воспитания в семье

Неправильное воспитание способствует возникновению патохарактерологических реакций и неврозов, формированию психопатического развития. Оно же утяжеляет конституциональные и органические психопатии и может играть роль провоцирующего фактора для эндогенных психических болезней. Обратимся к классификации Личко А. Е.

**Гипопротекция.** В крайней форме проявляется безнадзорностью, чаще недостатком опеки и контроля, а главное - истинного интереса к делам, волнениям и увлечениям ребенка. *Скрытая гипопротекция* наблюдается тогда, когда контроль за поведением и жизнью ребенка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом. Ребенок чувствует, что старшим не до него, что они несут в отношении его лишь тяжкие для них обязанности, что на деле они бы рады от них освободиться.

**Доминирующая гиперпротекция.** Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой, каждой мыслью вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за ребенком. Непрерывные запрещения, невозможность принять когда-либо собственное решение путают его, создавая впечатление, что ему «все нельзя», а его сверстникам «все можно». Гиперпротекция не позволяет с ранних лет учиться на собственном опыте пользоваться свободой, не приучает к самостоятельности, подавляет чувство ответственности и долга.

## 2.2. Виды неправильного воспитания в семье

**Потворствующая гиперпротекция.** В крайнем проявлении речь идет о том, что ребенок становится «кумиром семьи». Чрезмерное покровительство, стремление освободить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей. Это дополняется восхищением мнимыми талантами и преувеличением действительных способностей. Такие дети растут в атмосфере похвал, восторгов и обожания, ими любуются и восхищаются. Это культивирует эгоцентрическое желание всегда быть в центре внимания окружающих, ловить полные интереса к своей особе взгляды, слышать разговоры о себе, а все желаемое получать с легкостью, без особого труда. Потворствующая гиперпротекция мешает выработке навыков к систематическому труду, упорства в достижении цели, умения постоять за себя.

**Потворствующая гипопротекция.** Здесь сочетается недостаток родительского надзора с не критичным отношением к нарушениям поведения у ребенка. Родители пренебрегают сигналами со стороны о его дурном поведении, негодуют по поводу общественных порицаний, стремятся оправдать его проступки, переваливают вину на других. Выгораживают своего сына или дочь, любыми средствами стараются освободить от заслуженных наказаний. Такое воспитание культивирует и неустойчивые, и истероидные черты. Оказавшись без привычной потворствующей защиты, такие дети при малейших трудностях и конфликтах обнаруживают склонность к истерическим реакциям (суицидальные демонстрации и т. п.).



## 2.2. Виды неправильного воспитания в семье

**Воспитание «в культе болезни».** Такое воспитание описано Е. С. Ивановым у детей и подростков с церебральными параличами. Часто встречается при хронических соматических заболеваниях (например, при бронхиальной астме) или физических дефектах. Болезнь ребенка и подростка становится центром, на котором фиксировано внимание всей семьи. Ребенок привыкает к мысли, что болезнь дает ему многие права, из-за нее все должны идти навстречу всем его желаниям, от всех неприятностей ограждать, от вполне посильных обязанностей освобождать, проступки прощать и позволять то, что не дозволено другим. Такое воспитание культивирует не только эгоцентризм, но и определенные установки, завышенные притязания. При столкновении с трудностями в жизни наиболее универсальной становится истерическая реакция с уходом в болезнь.

**Условия повышенной моральной ответственности.** В таких случаях родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они нередко лелеют мысль, что их потомок воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. Ребенок чувствует, что родители от него ждут многого. В другом случае условия повышенной моральной ответственности создаются, когда на ребенка возлагаются недетские заботы о благополучии младших и беспомощных членов семьи. Результатом часто является психопатическое развитие личности или затяжной обсессивно-фобический невроз.



## 2.2. Виды неправильного воспитания в семье

**Эмоциональное отвержение.** При этом типе воспитания ребенок постоянно ощущает, что им тяготятся, что он - обуза в жизни родителей, что без него им было бы легче, свободнее и привольнее. Еще более ситуация усугубляется, когда рядом есть кто-то другой - брат или сестра, отчим или мачеха, кто гораздо дороже и любимее (положение Золушки). Скрытое эмоциональное отвержение состоит в том, что родители, сами себе признаваясь в этом, тяготятся сыном или дочерью, хотя гонят от себя подобную мысль, возмущаются, если кто-либо им укажет на это. Силами разума и воли подавленное эмоциональное отвержение обычно гиперкомпенсируется подчеркнутой заботой, утрированными знаками внимания. Однако ребенок чувствует искусственную вымученность такой заботы и внимания и ощущает недостаток искреннего эмоционального тепла.

**Условия жестоких взаимоотношений.** Обычно сочетаются с эмоциональным отвержением. Жестокое отношение может проявляться открыто - суровыми расправами за мелкие проступки и непослушание, или тем, что на ребенке, как на существе слабом и беззащитном, срывают зло за других. Но жестокие отношения в семье могут быть скрыты от посторонних взоров. Душевное безразличие друг к другу, забота только о себе, полное пренебрежение интересами и нуждами других членов семьи, незримая стена между ними, семья, где каждый может рассчитывать только на себя, не ожидая ни помощи, ни участия, - все это может быть без громких скандалов, без драк и без избиений.

## 2.2. Виды неправильного воспитания в семье

**Противоречивое воспитание.** В одной семье каждый из родителей, а тем более бабушки и дедушки могут придерживаться неодинаковых воспитательных стилей, сочетать несовместимые воспитательские подходы, осуществлять разные виды неправильного воспитания. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом.

**Воспитание вне семьи.** Само по себе воспитание вне семьи, в условиях интерната имеют две стороны.

Положительными моментами являются: развитие самостоятельности, умение устанавливать контакты, выработка навыков социальной адаптации.

Временное отделение от семьи бывает особенно полезным, когда нарушения поведения связаны с тяжелой семейной ситуацией.

Отрицательными психогенными факторами являются недостатки в работе интернатов и других учреждений: сочетание строгого режима, граничащего с гиперпротекцией, с формализмом в его соблюдении, открывающим отдушину для скрытой безнадзорности, дурных влияний, жестоких взаимоотношений между детьми, недостаток эмоционального тепла со стороны воспитателей.

Устранить все эти дефекты вне семьи гораздо труднее, чем в гармоничной семье. Именно поэтому воспитание в такой семье, дополненное и корригируемое общественным воспитанием, было и остается лучшим для становления личности.

## **2.3. Социально-психологическая ситуация в семье ребенка с ОВЗ**

### **2.3.1. «Родители в печали и кризисе»**

Когда родители осознают, что с ребенком «что-то не так», у них обычно возникает кризисная ситуация, и они становятся очень уязвимыми. Мать и отец ведут себя в состоянии кризиса по-разному. Ситуация может вызвать непонимание и создавать между ними дистанцию. Иногда требуется помощь, чтобы они смогли понять себя и друг друга.

Кризис отнимает много сил и времени. Иногда они вынуждены из-за ребенка сдерживать свои эмоции. Порой отец выглядит более сильным и выдержанным, а мать в это время не может с собой совладать, затем роли могут поменяться. Отношения родителей могут обостряться в периоды напряжения, а роли меняться кардинальным образом.

Обычно инвалидность и серьезные болезни не единственные причины кризиса. Могут возникать новые симптомы, осложнения и препятствия для нормального развития ребенка, которые вновь затрудняют жизнь. Например, когда ребенок идет в школу, родители могут осознать, что он не справится с обычной программой, и это очень травмирует.

Ученые отмечают, что «печаль может сидеть внутри», даже если острый кризис миновал. Она может напоминать о себе, когда родители видят здоровых детей или понимают, что у их ребенка нет друзей. Печаль может привести к усталости и отсутствию желаний. Она может «поселиться» между родителями, нарушать их отношения и приводить к конфликтам. Иногда душевная горечь делает родителей критичными и требовательными по отношению к миру даже без причины. Поэтому конкретная практическая помощь семье в рамках реализации ППТ имеет особое значение.



**Важно:** способствовать тому, чтобы родители смогли вместе осознать создавшуюся ситуацию. Можно горевать о том, что не смогли родить здорового ребенка, или о том, что он заболел, до тех пор, пока сам не будешь *готов свыкнуться с мыслью, что у ребенка проблемы*. Иногда у окружения недостает уважения и терпения, когда этот процесс затягивается. Он может продолжаться весь период взросления ребенка (родители, даже приняв факт, что у них больной ребенок, мечтают, что он пойдет в школу, как обычные дети, у него будет нормальный, здоровый подростковый период...)

**Ситуация в семье, где больной ребенок рано умирает («смертельно болен»)**

Обычно *первая реакция* у родителей, когда они узнают диагноз, - отрицание: «Это неправда, кто-нибудь сможет вылечить».

В *следующую фазу* возникает гнев и горечь. В это время им трудно понять чувства других и правильно «видеть» своего ребенка.

*Третью фазу* называют «делкой». Пока умирающий еще достаточно силен, обычно пытаются отстранить смерть, «заключить сделку с судьбой». Хорошо, если при этом люди из окружения поддерживают способность семьи ценить маленькие радости (иногда делая вид, будто они не поняли серьезности ситуации).

*Четвертая фаза* - депрессия, когда смерть приближается, когда болезнь берет верх. Тогда родителям нужно помочь справиться с ситуацией. Им нужна также практическая помощь, если они будут ухаживать за ребенком дома.

В *последней фазе* родителей нужно настроить на принятие смерти. Важно, чтобы они могли обеспечить ребенку покой, он должен умереть спокойно.



### 2.3.2. Трудности, возникающие у семей с ребенком с ОВЗ

Первое, что приходится совершить семье, это принять диагноз, поскольку сообщение диагноза «вызывает шок и личностную дезинтеграцию у родителей». За этим следует процесс, состоящий из фаз отрицания, приписывания вины, агрессии, ярости и печали.

На самом деле, как считают исследователи, многие родители, когда у них появляется новорожденный ребенок с какой-либо недостаточностью, печалются об утраченном ребенке, а именно о ребенке, которого они себе воображали. Ученые подчеркивают значимость процесса печали, так как лишь после этого родители могут сформировать более сильную эмоциональную привязанность к своему ребенку. Это социально-эмоциональное отношение является важной предпосылкой для редукции нарушения у ребенка.

**Психосоциальные последствия неполноценности ребенка затрагивают преимущественно две сферы жизни родителей:**

*Во-первых*, это практическое обеспечение и уход за неполноценным ребенком, что нередко очень ограничивает и профессиональную деятельность, и досуг (особенно матерей). Плюс к этому необходимые особые медицинские, педагогические и психологические мероприятия часто связаны с немалыми финансовыми затратами.

*Во-вторых*, неполноценность ребенка влияет на отношения между супругами, отношения между родителями и их здоровыми детьми, а также и на прочие социальные контакты. Это рассмотрение ясно показывает, «как психосоциальные последствия в одной сфере становятся одновременно медиаторами для стрессов в другой сфере, и наоборот».

### 2.3.2. Трудности, возникающие у семей с ребенком с ОВЗ

*Наибольший «стабильный стресс» для семьи* - это все время повторяющиеся кризисы, различные требования в разные периоды развития или конфронтация с тем фактом, что недостаточность неустранима. При этом родители детей с ОВЗ особенно тяжело переживают те стадии развития, которые у здоровых детей являются типичными, например время, когда дети учатся ходить или говорить, поступление в школу или пубертатный возраст. Похожие стрессы родители переживают, когда младший брат или сестра опережает в развитии неполноценного ребенка или когда надо решить вопросы помещения в школу или приют. В этих ситуациях необходима специфическая поддержка, ориентированная на индивидуальные потребности семьи.

*Роль братьев и сестер.* Согласно научным исследованиям, у старших сестер и младших братьев неполноценных детей имеется повышенный риск психосоциальных расстройств (у старших сестер - по причине падающих на их плечи обязанностей по уходу, у младших братьев - по причине отсутствия внимания со стороны родителей). Чувства братьев и сестер по отношению к их неполноценному брату или сестре высоко коррелируют с тем, насколько здоровый ребенок чувствует, что родители принимают его. В целом ситуация братьев и сестер неполноценных детей часто очень сложна, так как здоровые братья и сестры, как правило, получают мало внимания («У тебя же все в порядке»). Особый социальный стресс обнаруживается, прежде всего, в более позднем детском и подростковом возрасте.

### 2.3.4. Ребенок и больница

Ребенок (особенно маленький) живет «здесь и сейчас» - он вечно в настоящем. Поэтому серьезную проблему означает отрыв от матери ребенка до пятилетнего, а еще более - до трехлетнего возраста. Отрыв ребенка от матери при попадании в больницу, незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности может причинять как преходящие, так и стойкие, непреходящие травмы. В таких случаях мы говорим о *вредностях госпитализации*, иначе - о так называемом *комплексе госпитализма*.

При приеме в больницу ребенок может плакать, кричать, он отказывается отпустить мать или зло протестует абсолютно против всего и всех. По описанию ученых, острое потрясение в таких случаях, как правило, проходит три стадии.

Первая - *протест*, который может продолжаться от нескольких часов до нескольких недель. Ребенок громко плачет, беспокоен, ищет мать. Он не желает ни с кем иным иметь дело.

Затем следует второй этап - *отчаяние*. Ребенок монотонно, постоянно или временами, периодически плачет, зовет мать. Он может замкнуться в себе. Может возникнуть и депрессивное состояние. Обычно в этой стадии ребенок держится тихо, не плачет.

А в третьей стадии проявляется отделение, *отрыв* от матери, который можно уже рассматривать как успокоение. Ребенок не отворачивается от медсестры, играет с ней, более того, даже может подружиться с ней. Случается, что он равнодушно встречает мать, не плачет.



После пребывания в больнице могут проявляться и более длительные травмы: расстройства сна, ночные страхи, ночное недержание мочи или кала, страх смерти, тики, ипохондрические страхи, задержка развития или иные нарушения, например возникшее после операции упрямство или заикание. Естественно, могут возникнуть и более серьезные неврозы и расстройства поведения. Нужно избегать излишних перемен среды, стремиться к формированию личных контактов с ребенком и его связи с новой средой, к стабилизации этих связей.

Особая осмотрительность необходима при направлении в больницу детей до пятилетнего возраста. И в этих случаях ребенка следует соответственно подготовить к поступлению в больницу. Рекомендуется предварительно побеседовать с ребенком, познакомить его с больничной средой, врачом и медсестрам - подружиться с ним. Естественно, лучше всего, если рядом мать. Целесообразно, чтобы мать проводила ребенка в больницу и на некоторое время еще осталась с ним там. Ни в коем случае нельзя оставлять ребенка в больнице, прибегая к обману, насилию, различным уловкам. Любой обман, любые уловки, насилие, ложь вредны. Нельзя прибегать к насилию, например, при купании или переодевании упирающегося ребенка. В период пребывания в больнице, если родители не могут посещать больного ребенка, они должны непременно присылать письма, подарки, *любыми средствами укреплять связь с детьми, давая ребенку почувствовать, что по-прежнему любят его, что всегда с ним.* Создав хорошую связь с ребенком, можно сделать очень многое в борьбе против вредностей госпитализации.



### 2.3.5. Межличностные отношения между матерью и ребенком-инвалидом

Межличностные отношения между матерью и ребенком-инвалидом в силу специфических особенностей социальной ситуации развития могут рассматриваться как основной механизм формирования и развития личности ребенка.

Известно, что эмоциональные связи между матерью и ребенком являются основой формирования ценностного отношения ребенка к себе, к другим, к окружающему миру. Состояние эмоциональной сферы является показателем личностного здоровья ребенка, обуславливающим его социальное поведение.

Выявлено три типа отношений матери к ребенку:

- принимающий
- амбивалентный
- отвергающий

## 2.4. Типология родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями

Рождение ребенка с ОВЗ меняет всю жизнь семьи, изменяет представление родителей о своей роли и месте в жизни. Обычно родители, узнавшие об инвалидности ребёнка, находятся в состоянии стресса. Этот стресс носит сначала острый характер, а затем переходит в хронический. Многие специалисты в области педагогики и психологии изучали особенности семьи, в которой воспитывается ребенок с особыми потребностями.

*Внутренняя духовная работа родителей над собой и над возникшими в семье проблемами* в итоге становится решающей для будущего семьи. Мать ребенка в дальнейшем будет противостоять и настороженному отношению со стороны окружающих, и собственной растерянности перед обстоятельствами, и противоречивым и незнакомым чувствам к себе самой. Окружающим людям важно помнить, что в такой семье горе - не сиюминутная трагедия, а один из компонентов, составляющих ежедневную жизнь семьи.

В современных психологических исследованиях личности выделяются *три основных типа реагирования индивида в ситуации эмоционального стресса*: стенический (сильный), гипостенический (слабый) и смешанный (Л.Н.Собчик)

Подробно изучив родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, В.В. Ткачева в своих научных трудах разработала типологию, выделила три типа родителей, воспитывающих детей особой заботы.

## Портрет родителя авторитарного типа (АТ)

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны, советам родственников или рекомендациям специалистов. Позиция родителей АТ характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям АТ, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать 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.

Родители АТ создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Они 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 приспособливается к нам и нашим детям, а не мы к ним» - это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей.

## Портрет родителя авторитарного типа (АТ)

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. Они 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 ребенка.

Один из самых значимых аспектов родителей АТ - проявляющееся у них настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимых для родителей лиц). Часто это не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.



## Портрет родителя невротичного типа (НТ)

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 НТ 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.

## Портрет родителя невротичного типа (НТ)

В плане воспитания эти родители также часто проявляют несостоятельность. Часто они непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка.

В личности родителей НТ 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 НТ 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 малыша, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.

## Портрет родителя психосоматического типа (ПСТ)

Это самая многочисленная категория родителей. У них 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 скрываема от посторонних взглядов, переживается ими изнутри.

У первых двух категорий родителей отреагирование проблемы проявляется во внешнем плане (у невротичных - слезы, истерики, у авторитарных - скандалы, агрессия, окрик), а у родителей ПСТ во внутреннем плане. Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере.

Для этих родителей характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Родители ПСТ, 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.

Выделенные В.В. Ткачевой 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.

Представленная типология личности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, позволяет определить выбор средств в рамках используемых психолого-педагогических технологий, направленных на оказание семьям реальной помощи и поддержки.



## Задания :

1. Прочитайте статью М. Н. Гусловой, Т. К. Стуре Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. - СПб.: Речь, 2007. – С. 75-80. Составьте конспект.
2. Прочитайте статью В. В. Ткачевой К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. - СПб.: Речь, 2007. - С. 118-129. Составьте конспект.