

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНКЛЮЗИВНОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР ПО РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Н.П. Болотова

**Повышение функциональной дееспособности семей,
воспитывающих ребенка с нарушениями
опорно-двигательного аппарата**

Москва - 2018

Содержание

1. Стадии проживания семьи рождения ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата	3
2. Характеристика родителей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата	6
3. Стили воспитания ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	10
4. Характеристика семей, воспитывающих ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата	14
5. Родительство, как фактор формирования и развития ребенка нарушениями опорно-двигательного аппарата	22
Литература.....	24

1. Стадии проживания семьи рождения ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

В связи с усилением процессов интеграции детей и подростков с ограниченными возможностями в дошкольные и школьные образовательные учреждения увеличивается потребность в оказании помощи семьям, воспитывающих детей и подростков с двигательными нарушениями. Именно семья формирует личность или разрушает, укрепляет или подрывает психическое и соматическое здоровье ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, играет важную роль в его адаптации и интеграции в общество.

Труды, связанные с изучением семьи проблемного ребенка и реабилитацией лиц с двигательными нарушениями, принадлежат Н.П. Болотовой, В.А. Вишневному, Т.А. Добровольской, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, В.В. Ткачевой, Н.Б. Шабалиной и других.

Особенности семьи проблемного ребенка рассматривались в работах Н.П. Болотовой (2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2016, 2018), Д.А. Вишневного (1984, 1985, 1987), Т.А. Добровольской (1989, 1991), И.Ю. Левченко (1984, 1986, 1989, 1991), И.И. Мамайчук, В.А. Мартынова, Е.М. Мастюковой (1981, 1982, 1990, 1991, 1993, 1997), Г.В. Пятаковой (1989), В.В. Ткачевой (1999, 2004, 2006, 2007, 2008), Н.Б. Шабалиной (1989, 1991) и др.

Вызывает интерес к изучению проблема, раскрывающая формы и этапы адаптации к стрессу семьи, воспитывающей ребенка с физическими нарушениями, так как рождение ребенка с нарушениями ОДА – большое потрясение для всей семьи. Харрис (2007) замечает, что рождение ребенка с нарушениями может ухудшить и без того плохие отношения между родителями. Проблема изучения проявлений эмоциональных расстройств у родителей детей с двигательными нарушениями, впервые возникла и стала дискуссироваться в профессиональных кругах в середине XX века.

В.В. Ткачева (2004) описывает достаточно широкий спектр проблем, предлагаемых к обсуждению в этих работах.

Одни авторы обращают внимание на различные формы влияния (эмоционального, социального, экономического) на ребенка с двигательными нарушениями. Другие – на проблему планирования детей после рождения ребенка-инвалида. Третьи – на проблему взаимоотношений сиблингов, изменения социального статуса родителей. Пятые – выделяют понятие физического, финансового и эмоционального стресса в этих семьях.

Существует несколько стадий приспособления родителей к новой ситуации, то есть рождения ребенка с двигательными нарушениями.

Первая – непринятие факта двигательного дефекта проявляется в состоянии шока, растерянности, страха, отрицания существования проблемы.

Вторая – характеризуется эмоциональной дезорганизацией. Родители переживают чувство вины, гнева, печаль, разочарование, стыд. У родителей появляется частичная реалистичная оценка стрессовой ситуации, наступает состояние депрессии (В.В.Ткачева, 2004).

Третья – характеризуется психической адаптацией родителей ребенка с двигательным дефектом, принятием ситуации (M. Rutter, 1995).

С точки зрения В.В. Юртайкина, О.Г. Комаровой (1996), родители, воспитывающие детей с дефектом движений, переживают две стадии.

Первая – характеризуется отрицанием и вытеснением факта нарушения развития; сохранением иррациональных надежд; «верой в чудесное исцеление»; поиском виноватого; обвинением брачного партнера, как наследственным объяснением случившегося; рассмотрением происшедшего, как религиозным испытанием для родителей; рассмотрением происшедшего как наказанием за собственное поведение и нежелательную беременность.

Вторая – отличается ослаблением чувства печали, усилением интереса к окружающему миру, готовностью активно решать проблему, попыткой рассмотрения проблемы семьи и ребенка позитивно с ориентацией на будущее. Э. Шухард (1979) описывает эмоциональные реакции родителей на

рождение ребенка с дефектом: отрицание факта нарушения развития; вытеснение из сознания факта нарушения развития; иррациональные надежды (чудесное исцеление); поиск виновного; обвинение супруга в наследственной проблеме здоровья отмечает В.В. Ткачева (2004).

Т. Дункан (1977) пишет о пяти психологических этапах, которые проходят родители: отрицание, ведение переговоров, гнев, депрессия и принятие.

Б.А. Райт выделяет шесть этапов: шок, отрицание, вина и гнев, стыд и мученичество, депрессия, принятие.

М. Калхоун и М. Хавишер (1979) внесли понятие «растерявшиеся» родители, которые не в состоянии создать полноценной связи с ребенком.

Следует отметить, что рождение ребенка с физической аномалией – только начало длительного процесса, в котором ребенок и родители длительно переживают это событие и с трудом к нему адаптируются.

В связи с тем, что у детей с двигательными нарушениями страдает в первую очередь подвижность, способность к самообслуживанию, то тип и степень приспособления ребенка и его семьи во многом определяется природой, характеристиками и тяжестью его физических проблем (М. Селигман, 1993). Адаптация семей все же может быть лишь условна, большинство из них живет в постоянном стрессовом состоянии, так как по мере взросления ребенка появляются все новые и новые проблемы.

Б.А. Райт (B.A. Wright, 1976) указывает на пять кризисных периодов в семье, воспитывающей ребенка с дефектом: рождение ребенка с физической аномалией; потребность самоутверждения; планы получения образования; переходный возраст, сексуальность; подготовка к взрослой жизни.

Исследователи считают, что семьи, воспитывающие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в основном делятся на следующие категории:

- семьи, которые в течение определенного времени могут принять ситуацию ребенка с нарушениями ОДА и адекватно оценивать его возможности – могут достичь внутрисемейной и социальной адаптации;

- семьи, которые принимая ситуацию ребенка с нарушениями ОДА, занижают его возможности, лишают его самостоятельности, не позволяют развиваться, неправильно воспитывают – могут не сохранить стабильные отношения в семье;

- семьи, которые, не готовы принять и не принимают ситуацию ребенка с нарушениями ОДА, завышают его возможности, излишне требуют, не развивают его с учетом диагноза и положения, формируют нереальные планы на будущее - не могут достичь стабильных отношений в семье.

Таким образом, не только состояние здоровья препятствует расширению деятельности ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, полноценному формированию и развитию, но и сами родители, нуждающиеся в психологической поддержке и помощи для принятия ребенка с двигательным дефектом.

2. Характеристика родителей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Наличие в семье ребенка с физическим дефектом формирует у родителей низкую самооценку, неуверенность, недоверие, чувство неполноценности, безнадежности и бесперспективности, что ведет их к изоляции, одиночеству, апатии, равнодушию и депрессии (В.В. Ткачева, 2005). Состояние страха формирует межличностные отношения либо по типу деспотичных и властных, либо по типу покорности и принижения.

Большинство западных авторов описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей, воспитывающих детей и подростков с дефектом (В. Caldwell, S. Guze, 1960; С. Davis, 1960; Н. Molony, 1971; К. Stevenson, 1968).

Отечественные авторы авторы В.А. Вишневский, Е.М. Мастюкова, Р. Е. Овчарова, В.В. Ткачева отмечают большое влияние матери на ребенка. Ее внимание, общение, эмоциональное тепло дают ему ощущение психологического комфорта и состояние защищенности.

Работы В.А. Вишневского (1984, 1985), в том числе и диссертационное исследование «Динамика депрессивного невроза» (1987) раскрывают особенности эмоционального состояния родителей проблемного ребенка. В задачи исследования входило изучение особенностей психогенного реагирования родителей на крайне тяжелую психотравмирующую ситуацию – появление в семье ребенка с инвалидизирующим заболеванием. Было обследовано 143 родителя. Проведенное исследование показало, что воздействие длительной, нерешенной, объективно крайне тяжелой психической травматизации (рождение в семье больного детским параличом ребенка) в двух третьих случаях вызывает у матерей появление депрессивной симптоматики, которая впоследствии проявляется в следующих формах: депрессивный невроз, затяжная невротическая депрессия, депрессивное невротическое развитие личности.

Работы В.В. Ткачевой (1999, 2003, 2004, 2008), направленные на изучение семей, имеющих ребенка с отклонениями в развитии, включая двигательный дефект, раскрывают содержание психокоррекционной работы по гармонизации внутрисемейных отношений.

В диссертационном исследовании «Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии» (2005), системный подход рассматривается как всесторонняя комплексная психокоррекционная помощь, в которой есть психологическое изучение, консультирование и психокоррекция. Полученные данные в работе В.В. Ткачевой сопоставлялись с возрастом, полом ребенка, формой и тяжестью течения инвалидизирующего заболевания – ДЦП, а также с оценкой дефекта, интеллекта и коммуникации.

В рамках исследования были выявлены три группы психологических типов родителей, которые автор определяет как невротичный, авторитарный и психосоматичный.

Для родителей невротичного типа характерны пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка, стремление оградить ребенка от всех проблем, тревожный фон настроения.

Для родителей авторитарного типа свойственны активная жизненная позиция, желание найти выход из создавшейся ситуации, неумение сдерживать свой гнев и раздражение, импульсивность, конфликтность, холодность при установлении контактов с особенным ребенком, неуравновешенность характера, резкие формы наказания.

Для родителей психосоматичного типа характерна частая смена полярных настроений: от эйфории до депрессии. У отдельных родителей этого типа существует тенденция к доминированию.

Особая роль в исследовании В.В. Ткачевой отводится матери больного ребенка. Для матери процесс обучения должен стать психотерапевтическим, так как только деятельность, созидание может вывести ее из состояния тревоги и отчаяния (В.В. Ткачева, 1999).

Главное, считает В.В. Ткачева, это показать матери возможность ее личной педагогической деятельности, направленной на развитие ребенка. Мать должна снять с себя тяжесть переживания проблемы – рождение больного ребенка, и начать действовать, используя помощь специалистов и апробированные методы коррекционной помощи. Действовать – должно означать для матери не только учить и воспитывать ребенка, но и жить вместе с ребенком, жить полноценной жизнью, наполненной разнообразными интересами. Воспитательная и обучающая деятельность матери содействует перестройке ее психики на принятие больного ребенка таким, каков он есть, на спокойную оценку его достоинств и недостатков. Матерям необходимо научиться пользоваться поощрением и порицанием.

Мать должна строить отношения с ребенком на воспитании в нем чувства добра и любви к себе. Если ребенок научится любить мать, он будет добрым и к другим людям. Следует прививать чувство привязанности, вносить в сознание таких детей понятие о хорошем и плохом поведении. Всегда следует подчеркивать в ребенке преобладание хороших качеств.

В процессе ведения занятий с больным ребенком и его матерью, В.В. Ткачева ставила перед собой следующие задачи:

- обучение матери специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;

- обучение матери специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности подобного ребенка;

- коррекция внутреннего психологического состояния матери;

- коррекция взаимоотношений между матерью и ребенком.

В ходе реализации поставленных задач и психолого-педагогической работе корректировались неконструктивные формы поведения матери: агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, негативные желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой, и формирование продуктивных форм взаимоотношений в социуме. Благодаря психолого-педагогической работе с матерью, исключается бесперспективность развития ребенка, противопоставление себя социуму, происходит переориентировка матери с позиции бездействия на позицию деятельности. Также осуществляется коррекция типа воспитания, коррекция внутреннего психологического состояния матери – переживание неуспеха, связанное с психофизической недостаточностью ребенка, понимание возможностей ребенка.

Таким образом, переконструирование иерархии жизненных ценностей матери ребенка с нарушениями ОДА, ее созидательная деятельность позволяет осуществить личностный рост матери в процессе взаимодействия

со своим ребенком, повысить ее личностную самооценку в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка.

Исследование J. Holroyd (1974) выявило, что одинокие матери детей с нарушениями ощущают постоянную нехватку времени, что затрудняет их личностный рост. Они ощущают избыток проблем, недостаточную целостность семьи и значительные финансовые трудности, реже имеют работу, чаще живут на социальное пособие и полагают, что больше не могут выйти замуж.

3. Стили воспитания ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Нарушение детско-родительских отношений нередко обусловлено скрытым эмоциональным отвержением родителями, своего ребенка с двигательным дефектом. Подавляя отвержение, они подчеркнуто заботятся о нем, чрезмерно внимательны к нему. Однако вынужденная забота и недостаточность теплоты родителей к ребенку с двигательным дефектом формирует у него душевный конфликт и недоверие к миру, что выражается в глобальном протесте против всего и всех. Чем больше он скрывает недовольство своим окружением, в частности семьей, тем больше проецирует его на внешний мир, приобретая убеждение о враждебном и страшном мире, что усиливает в его характере замкнутость, робость или эгоцентризм. Если между родителями и ребенком существуют барьеры общения, возможности общения ребенка с двигательным дефектом снижаются, сводятся к нулю, то возникает внутренняя напряженность, которая может дать ему стимул к запуску защитных механизмов: подавления, замещения или рационализации.

Социально-психологическое исследование семей, воспитывающих детей и подростков с ДЦП, было проведено И.И. Мамайчук, В.Л. Мартыновым, Г.В. Пятаковой (1989). Авторы изучали семейные отношения и стиль

воспитания. Исследование, в котором были обследованы 100 семей, показало, что в воспитании преобладает гиперопека, которая приводит к инфантилизации, неумению и нежеланию самостоятельности ребенка на всю дальнейшую жизнь.

Исследования В.С. Чавес по изучению семейного воспитания детей и подростков с ДЦП показали, что ведущим стилем семейного воспитания детей с ДЦП является потворствующая гиперпротекция, которая формирует у них высокую зависимость, неуверенность, страхи. Многие родители, боясь, что ребенок с нарушениями ОДА упадет, уронит посуду, обольется или неправильно оденется, не дают ему возможности самостоятельно выполнять действия. М. Калхоун и М. Хавишер (2003) также пишут о том, что многие дети и подростки с ограниченными физическими возможностями подвержены чрезмерной родительской опеке, из-за чего социальные навыки и опыт самостоятельности не усваивают. Гиперопека родителей создает почву для развития нежелательных черт характера у детей и подростков с нарушениями ОДА: капризность, упрямство, пассивность, вялость, безразличие и безучастность ко всему происходящему вокруг, отказ от выполнения задания, неумение соблюдать правила коллективных игр, что ведет к снижению потребности в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания и желанию заниматься любой другой деятельностью.

Если родителям рекомендовать, чтобы они дали ребенку с нарушениями ОДА возможность жить нормальной жизнью, это может вызвать у семьи чувства безнадежности, беспомощности и депрессии.

М. Калхоун и М. Хавишер (1979) выявили другой тип воспитания, когда родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании подростка с нарушениями ОДА. Они требуют от него неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его двигательных возможностей. Нередко при невыполнении подростком этих требований родители прибегают к наказаниям. В результате подобного поведения родителей у подростков возникают излишняя плаксивость,

раздражительность, повышенная возбудимость, ощущение ненужности и обреченности, что ещё больше ухудшает физическое и психическое состояние в виде расстройств сна, энуреза, судорог.

Следует отметить, что влияние ребенка с физическими нарушениями на здоровых братьев и сестер – важный аспект для рассмотрения и изучения. В периоды тяжелого стресса страдает эмоциональная близость между родителями и детьми. Это так называемое «эмоциональное отсутствие» родителей, несомненно, влияют на взаимоотношения братьев и сестер. Еще один аспект - ответственность, которую часто несут братья и сестры за ребенка с физическими нарушениями. Постоянная забота о больном может вызвать гнев, неприязнь, чувство вины и даже психологические проблемы, особенно если этот процесс сочетается с недостатком внимания со стороны родителей. Таким детям приходится слишком быстро проходить через стадии развития, необходимые для нормального взросления (М. Селигман, Р. Дарлинг, 2007).

Теория потребностей Абрахама Маслоу раскрывает стремление любого человека к своему наибольшему развитию, который действует максимально в соответствии со своими возможностями и притязаниями. Раскрывая систему потребностей человека, он описывает следующие: физиологические (пища, вода, сон и т.п.); безопасность (стабильность, порядок); любовь и принадлежность (семья, дружба); уважение (самоуважение, признание); самоактуализация (развитие способностей). В отношении ребенка с двигательными нарушениями эти потребности могут быть реализованы в функционале семьи, в удовлетворении физиологических, психологических и интеллектуальных потребностей. А особенностью качественного уровня удовлетворения потребностей будет являться благотворная среда семейного воспитания, которая совмещает разные виды деятельности – познавательную, трудовую, творческую, общественную, игровую, общение и другие.

Специфика семейного воспитания заключается в том, что оно основано на чувстве, что определяет нравственную атмосферу, стиль и тон

взаимоотношений ее членов. Сильнейшее специфическое воздействие на внутрисемейные отношения оказывает любовь. Общение в атмосфере близости, любви, доверии, заботе друг о друге оказывает сильнейшее влияние на психику ребенка с особенностями развития, воздействует на положительные эмоциональные переживания, духовное развитие, эмоции, нравственные качества, позитивное мироощущение, уверенность в себе. Родители своим отношением к ребенку, стилем воспитания, личностными установками влияют на его эмоциональное развитие, которое может проходить благополучно или с нарушениями (Н.П. Болотова, 2009).

Семейное воспитание человека продолжается всю жизнь. Доверие и страх, уверенность и робость, спокойствие и тревога, сердечность и теплота в общении в противоположность отчуждению и холодности – все эти качества личность приобретает в семье. Человек принадлежит к наиболее сложным биологическим существам, он имеет потребность в сближении с другими людьми и возможность получать силы не только от самого себя - поэтому никогда не будет полностью независимым. По мнению А.Н. Леонтьева, связь между родителями и детьми относится к наиболее сильным человеческим связям, чем более сложен человеческий организм, тем он более зависим от материнского влияния.

Особую роль семья играет в формировании адекватного отношения ребенка к своей внешности. Чтобы не возникло чувство собственной непривлекательности, которое может привести к комплексу неполноценности, нужно снизить роль внешности в иерархии жизненных ценностей ребенка с особенностями ОДА (И.М. Никольская, Р.М. Грановская, 2001). Необходимо, чтобы ребенок с нарушениями ОДА принимал себя таким, каким он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своим особенностям и к своим возможностям. В зависимости от реакции и поведения родителей он будет рассматривать себя либо как неполноценного, не имеющего шансов занять активное место в жизни, либо, наоборот, как человека вполне способного

достичь каких-то успехов. По мере взросления ребенок с нарушениями ОДА будет брать инициативу в свои руки и начнет процесс саморазвития. Тот, кто преуспел в саморазвитии, может добиться в жизни серьезных успехов. Исторический опыт показывает, что человек с нарушениями может достичь больших интеллектуально-творческих высот, например, Леонардо да Винчи, страдавший правосторонним гемипарезом (В.Г. Степанов, 2004).

4. Характеристики семей, воспитывающих ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

В семьях, воспитывающих детей с нарушениями движений, существуют «семейные мифы», то есть семейные концепции, легенды и верования, касающиеся семейной истории. Например, миф о том, что ребенок с нарушениями движений не способен развиваться из-за двигательного дефекта. В дисфункциональных семьях мифы встречаются чаще, чем в функциональных семьях. Мифы, как правило, не осознаются членами семьи и могут являться способом выживания.

В семьях, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, часто возникает следующая ситуация: мать, либо из-за чувства вины, либо привязанности, либо жалости к ребенку, состоит в коалиции с ним. В то время как отец, может отстраняться от участия семейно-бытовых проблем, быть на периферии. Отец, не включенный в семейные и супружеские отношения, создает у матери чувство одиночества, и этим самым, создает условия для той самой коалиции с ребенком, к излишнему для него вниманию, что в свою очередь создает гиперопеку.

В семьях, воспитывающих детей с двигательным дефектом, наблюдаются особенности иерархии. У родителей может возникать чувство вины перед ребенком с врожденным двигательным дефектом, что дает ему много власти и возможности для манипуляций родителями.

Нами отмечено, что мать может подкреплять нездоровье ребенка словами, фразами или действиями о его бесперспективности для того, чтоб удержать супруга, чтобы семья сохранилась. Таким образом, подросток с нарушениями ОДА сплачивает разобщенность родителей, удерживая их от бракоразводного процесса. Сосредоточенность семьи на проблемах ребенка с физическими проблемами может действовать как маневр, отвлекающий родителей от серьезных проблем в супружеских взаимоотношениях (Н.П. Болотова, 2010).

Несмотря на то, что данные о супружеских отношениях и бракоразводах в семьях детей с двигательными нарушениями противоречивы, известно, что часть семей в условиях стресса распадаются, другие остаются, третьи – выживают и становятся сильнее (М. Селигман, Р. Дарлинг, 2007).

Многие дети с двигательными нарушениями живут в неполных семьях. В семье, где растет ребенок с нарушенным развитием, к стрессу, вызванному болезнью, прибавляется стресс развода (N. Hobbs и др., 1986).

Данные показывают, что одинокие родители детей с нарушениями, испытывают больший стресс, чем родители детей с нарушениями из полных семей (R.L. Simpson, 1990). Также необходимо брать во внимание и то, что не на всех членов семьи развод действует одинаково. Действие развода зависит от того, на какой стадии жизненного цикла он произошел, и какова была степень дисфункции семьи до ее окончательного распада.

По данным ООН, в каждой десятой семье, воспитывающей ребенка с нарушениями движений, проблемы социальной адаптации связаны с дисгармоничными отношениями в семье.

Идея использования семьи в качестве организационно-лечебного и воспитательного компонента реализовывалась в России лучшими представителями медицинской, психологической и педагогической науки В.М. Бехтеревым, Л.С. Выготским, Г.Л. Выготской, П.П. Кащенко, С.С. Корсаковым, И.В. Маляревским, Е.М. Мастюковой, и многими другими.

Авторы рассматривали ее негативные и позитивные факторы, влияющие на формирование и на социальную адаптацию ребенка с физическим дефектом. Негативные факторы: отсутствие духовного и личностного развития родителей; приоритет материального благополучия над духовной потребностью; авторитаризм, либо попустительство; безнравственность, аморальное поведение; отсутствие позитивного психологического климата в семье; фанатизм в любых его проявлениях; психолого-педагогическая безграмотность; противоправное поведение взрослых. Позитивные факторы: у родителей преобладает духовное и личностное благополучие над материальным; дружба, сотрудничество и взаимодействие со своим ребенком; образованность и грамотность в психолого-педагогических вопросах; уважительное отношение членов семьи друг к другу; соблюдение моральных и нравственных принципов; равновесие и гармонизация психологического климата.

Семья, есть важнейшее условие обеспечения психологического благополучия ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Взаимовлияние всех членов семьи выступает в качестве микросоциальной среды. Относятся настроение, общее мнение, совместное решение, обычаи, традиции, нормы поведения, понятия о нравственности и морали, духовность. Рост сознательности родителей, доброжелательное взаимовлияние всех членов семьи, умение создать счастливую семейную жизнь дает чувство защищенности и одновременно стимулирует и направляет развитие и поведение ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В зрелой семье отношения всегда более глубокие и прочные, они включают четыре основных вида отношений:

- психофизиологические – отношения биологического родства и половые отношения;
- психологические – открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная поддержка;

- социальные отношения – распределение ролей, статусные отношения, материальная зависимость, подчинение;

- культурные – внутрисемейные связи и отношения, обусловленные традициями, обычаями определенной культуры семьи.

Огромная роль в развитии личности принадлежит социальной среде и обществу. Л.С. Выготский отмечал, что физический недостаток делает ребенка дефектным, а изменения социальной позиции личности влияют на формирование особых черт в характере и в поведении.

По мнению многих авторов: семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. Значимость ее влияния на личность, ее сложность, многогранность и проблематичность обуславливают большое количество различных подходов к изучению семьи, а также определений, встречающихся в научной литературе. Сегодня выделяют два подхода: классический и системный. Рассмотрим классический подход к феномену семьи как социальному институту, малой группе и системе взаимоотношений.

Из словаря С.И. Ожегова: «Семья – группа живущих вместе близких родственников. Объединение людей, сплоченных общими интересами» (С.И. Ожегов, 1989).

На взаимоотношения в семье оказывают влияние внешние и внутренние факторы. К внешним факторам относятся совокупность материальных и культурных условий, существующих в обществе. Это определяет межличностные отношения в обществе, коллективе, семье. Действия и проявления внутренних факторов наблюдаются на уровне межличностных отношений через реализацию взаимных ожиданий, их внутренней удовлетворенности и процессом взаимоотношений. К внутренним факторам, способствующим успешной деятельности семьи, относятся индивидуальные психологические особенности семейных партнеров: интеллектуальные, характерологические и социально-психологические особенности супругов.

В развитии семейных отношений значимость приобретают жизненные позиции семейных партнеров: внутренний контроль - внешний контроль; эгоизм - альтруизм; ориентация на общественные нормы - на себя; принятие противоречий - непринятие противоречий; чувство собственного достоинства - неверие в себя.

Ряд авторов в семейных отношениях выделяют пять проблемных сфер: домашнее хозяйство, распределение бюджета, воспитание ребенка (детей), проведение совместного досуга, общение.

В. Сатир (1999) рассматривает два типа семей: зрелая семья и проблемная семья. В зрелой семье каждый живет своей жизнью, но имеет много общего в построении отношений друг с другом. В зрелой семье можно получить поддержку, положительные эмоции, отдых. В ней есть последовательность, логика действий, простота, открытость, желание понять, помочь, есть уважение и любовь. Люди из зрелых семей чувствуют себя защищенными, уважаемыми и любимыми. Они свободны, спокойны, умиротворены. В таких семьях принято прикасаться друг к другу и выражать свои чувства любви и привязанности, конструктивно решать разногласия или конфликты. Наблюдается искренность, дела со словами не расходятся и не несут двойные послылы. Родители из зрелых семей знают, что любой ребенок – это дар, ценность.

Проблемная семья характеризуется напряженными, дискомфортными, холодными отношениями. Члены семьи испытывают одиночество, грусть и тоскливое настроение, хотя может демонстрироваться вежливость и предупредительность. Страдания можно наблюдать по невербальным признакам: по выражению глаз, лица, положения тела. Лица могут быть печальными, мрачными, неэмоциональными, напоминающими маски, отстраненными (Н.П. Болотова, 2010).

В. Сатир считает, что такие проявления связаны с блокировкой источников жизни. В подобных семьях наблюдаются назидание, контроль, отсутствие дружеской беседы, совместного времяпровождения. Члены семьи

либо конфликтуют друг с другом и этим пытаются обозначить общность совместной жизни, либо задерживаются на работе. В. Сатир полагает, что семейная жизнь – самый трудный вид деятельности в мире, а отношения в семье - это совместная деятельность двух организаций на единый результат (В. Сатир, 1992).

В психологии и педагогике семейные проблемы решаются совместно. З. Фрейд и А. Адлер рассматривали проблемы взрослых людей с учетом особенностей их взаимоотношений в родительской семье, места ребенка в ней.

Семья является сложным образованием, которое имеет четыре характеристики:

- семья – малая социальная группа общества;
- семья – важнейшая форма организации личного быта;
- семья – супружеский союз;
- семья – многосторонние отношения супругов с родственниками: родителями, братьями и сестрами, дедушками и бабушками, и другими, живущими вместе и ведущими общее хозяйство.

В.В. Столин обратил внимание на многогранность взаимодействий в семейных отношениях. Он пишет, что семья - это открытая система, подверженная внешним воздействиям. Она должна учитывать в своем строении всю совокупность различных влияний и добиваться некоторого внутреннего равновесия (В.В. Столин, 1981).

К.Г. Роджерс рассматривал семейные отношения, как возможность развития всех членов семьи. Особую роль в семье он отводил совместному переживанию радости, терпимости членов семьи друг к другу. Он выделил положительные характеристики благополучных семей. К ним относятся: преданность и сотрудничество, общение, открытое самовыражение, гибкость отношений, самостоятельность.

Критерии социально-психологических характеристик семей разработаны отечественным автором И.Ю. Левченко (2000):

Критерии социально-психологических характеристик семей

Группы семей	Факторы, характеризующие семью
оптимальная	Высшее образование родителей. Высокий культурный уровень семьи. Высокая материальная обеспеченность. Хорошие жилищные условия. Здоровая в психологическом отношении атмосфера. Отсутствие вредных привычек. По состоянию здоровья оптимальная.
хорошая	Высшее и среднее образование у родителей. Высокий и удовлетворительный культурный уровень. Хорошие материально-бытовые условия. Благоприятные отношения в семье. Вредные привычки, кроме злоупотреблением алкоголем. По состоянию здоровья оптимальная.
удовлетворительная	Один из показателей является неудовлетворительным - культурный уровень, жилищные условия, взаимоотношения в семье. По состоянию здоровья удовлетворительная.
неудовлетворительная	Наличие в семье двух и более неудовлетворительных показателей. Низкий уровень культуры. Неблагоприятный психологический климат в семье. Вредные привычки - злоупотребление алкоголем. По состоянию здоровья – не удовлетворительная.

Л. Хьелл, Д. Зиглер (1998) отмечают набор факторов, которые так или иначе структурируют время и содержание жизнедеятельности семьи, могут увеличивать стресс и тревогу в семье или успокоить и снизить напряжение. К ним относятся:

1. Родственники со стороны мужа и со стороны жены.

Это воздействие может быть организационным – родственники дают или берут материальную помощь, помогают по хозяйству, с детьми или сами нуждаются в помощи, требуют регулярных посещений или нет и т. д. Кроме этого, оно может быть психологическим. Например, общение с родственниками может увеличивать или уменьшать напряжение и тревогу в семье.

2. Работа, коллеги, начальники.

Воздействие этого фактора разнообразно. Работа определяет время пребывания всех членов семьи вместе, материальный уровень жизни семьи, а в некоторых случаях – круг ее общения. Все это сопровождается определенной динамикой тревоги и напряжения в семейной системе.

3. Воспитатели детских садов, школьные учителя, соседи, друзья.

Воспитатели и учителя могут влиять на времяпрепровождение и самочувствие семьи. Ежедневные сообщения о плохом поведении подростка, о выполнении домашних заданий, которые порой необходимо выполнять всем вместе, являются стрессорами для семьи.

Психические нарушения детей находятся во взаимосвязи с семейными проблемами, такими как супружеские раздоры, конфликты родителей, невроз матери, и т.п. (M. Rutter, 1995).

К трудностям, которые влияют на взаимоотношения в семье, относятся экономические проблемы, неизвестность и неуверенность перед будущим, нестабильность здоровья, которые всегда рождают тревогу.

Российская семья является сложной семьей, так как в ней проживают несколько поколений вместе, а члены семей часто имеют разные и противоречивые представления о ценностных ориентациях, различные критерии оценок жизненных явлений, идеалов, точек зрения, убеждений. В такой семье один и тот же человек одновременно может выполнять функцию воспитателя и воспитуемого. Это создает у ребенка с

двигательными нарушениями противоречия, что может вызвать у него проблемы в психологическом здоровье.

Таким образом, семья – системно-функциональное объединение эмоционально-значимых людей на основе супружества, родства и родительства.

Практически каждый человек становится родителем, и качество воспитания, семейного взаимодействия зависит от состояния культуры родительства. С появлением ребенка в семье, супруги сознательно или неосознанно приобретают новую роль – родителей. Принятие родительской роли происходит раз и навсегда. Биологическая способность не всегда совпадает с психологической готовностью к родительству. Готовность, осознание себя родителем и способы реализации родительства со своим супругом/супругой формируются под влиянием самых разнообразных факторов (К. Витакер, 1998; М. Rutter, 1995; и др.).

5. Родительство, как фактор формирования и развития ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Родительство, как социально-биологический феномен, играет значительную роль в жизни каждой конкретной личности. Родительство включает феномены отцовства, материнства, но не сводится к пустой совокупности. Феномен отцовства изучали И.С. Кон, В.А. Сухомлинский, К. Витакер и другие авторы. Проблемы феномена материнства изучали А.Я. Варга, Д. Винникотт, В.В. Ткачева, и др.

Неоценимый вклад в науку внес Я.А. Каменский, который большую роль уделял воспитанию родителей (1958). Его великий труд «Великая дидактика» служит основой для понимания сущности представлений о родительстве, в частности материнстве, и его качественных характеристик.

Ряд исследователей подчеркивает мысль о том, что в основе формирования личностных качеств ребенка лежат характерологические особенности родителей (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 2008 и др.).

Психологическая работа с родителями – сложное направление деятельности психолога. Часто родители сомневаются в своей компетенции, обвиняя в случае затруднений в детско-родительских отношениях школу, общество. Родителям трудно признать ошибочность своих чувств, мыслей и действий. Внутри семьи неравномерно распределяется воспитательная активность. В большинстве семей воспитанием занимается мать и, лишь частично, отец, в результате не возникает системное воспитательное воздействие. Таким образом, родители для ребенка не выступают единым целым.

По мнению Э. Фромма, родители дают жизнь, но они же могут ее забрать или сделать невыносимой: родители способны на чудеса любви, и никто не может причинить такого вреда, как они. Родитель для ребенка с нарушениями ОДА одновременно таит в себе и целительные силы, и определенную опасность. Полноценность присутствия взрослого в жизненном мире ребенка и качество его жизненной позиции определяют влияние взрослого на ребенка.

В. А. Сухомлинский писал, что тонкость ощущений человека, эмоциональная восприимчивость, впечатлительность, чуткость, чувствительность, сопереживание, проникновение в духовный мир другого человека постигается, прежде всего, в семье.

Семья с «перевернутой» иерархией, где формирующемуся ребенку позволяют принимать самостоятельные решения, часто психологически неустойчива. В ней могут наблюдаться страхи и их следствие - неврозы, невротические реакции.

Австрийский педагог-психолог Х. Райнпрехт (2000) считает основной силой, без которой невозможно воспитание и формирование личности – любовь. Он пишет: любовь стоит в начале и в конце воспитания.

Счастливого детства хватает на всю жизнь. Любовь наполняет ребенка внутренними защитными силами. Родителям необходимо воспитывать ребенка любовью и привязанностью, принимать своего ребенка, что позволит ему выдержать моральные и физические трудности, в том числе и связанные с особенностями здоровья.

Любить ребенка, значит принимать его таким, какой он есть. Только в семье ребенок может познать тот образ жизни, который разовьет его морально и физически. Семейное воспитание более эмоционально по своему характеру, чем любое другое воспитание. Семья должна научить ребенка быть самостоятельным, нести ответственность за свое решение. Для того, чтобы семья формировала у ребенка необходимые качества для успешного жизненного пути и позитивного отношения к ней, она сама должна быть гармоничной и ориентированной на развитие. Гармоничная семья способна строить отношения гибко, бесконфликтно, что положительно сказывается на развитии и формировании подростка. Терпение, организованность и выдержка – главные условия воспитания в семье.

Литература

1. Болотова Н.П. Новый взгляд на психологическую реабилитацию инвалидов / Н.П. Болотова // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.– 2007.- № 3-4. – С. 128-133.
2. Болотова Н.П. Анализ результатов исследования семьи ребенка-инвалида с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях клиники / Н.П. Болотова // Актуальные проблемы семейного воспитания детей-инвалидов: материалы междунауч.-практич. конф. – Орел, 2007. – С.120-125.
3. Болотова Н.П. Нет друга, равного здоровью; нет врага, равного болезни / Н.П. Болотова // Сборник научно-исследовательских работ МГГУ им. М. А. Шолохова. – 2007. - № 15. - С. 28-38.
4. Болотова Н.П. Системный подход в работе с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Н.П. Болотова // Сборник докладов

- научно-практической конференции Правительства Московской области. – М., 2008. - С. 88-104.
5. Болотова Н.П. Влияние молодой семьи на здоровьесберегающий ресурс ребенка / Н.П. Болотова // Духовно-нравственное воспитание молодежи: семейные национальные традиции: материалы межд. конгресса «Российская семья» - М.: РГСУ, 2009. – С.65-68.
 6. Болотова Н.П. Исследование индивидуально-психологических особенностей подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и их родителей / Н.П. Болотова // Воспитание школьников. - 2010.- № 5. - С. 35-37.
 7. Болотова Н.П. Понятие о семье подростка с двигательными нарушениями и ее характеристики / Н.П. Болотова // Теория и практика научной и профессиональной педагогической деятельности в дошкольном образовательном учреждении, школе и вузе. - М., 2010. - С.10-16.
 8. Болотова Н.П. Семья ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата с позиции системного анализа / Н.П. Болотова // Теория и практика научной и профессиональной педагогической деятельности в дошкольном образовательном учреждении, школе и вузе. - М., 2010. - С. 16-30.
 9. Болотова Н.П. Психолого-педагогическое изучение семей воспитывающих подростков с двигательными нарушениями.// Н.П. Болотова / М. РИЦ МГГУ им. М.А. Шолохова. 2014. – 98 с.
 10. Болотова Н.П. Деструктивное влияние родителей, как основная причина низкого уровня развития интегративных качеств ребенка. /Н.П. Болотова, М.Ю. Субботина// Преимущество в образовании. - 2015. - № 7 (02).
 11. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. - М.: Просвещение, 2008. – 240 с.
 12. Вишневский Д.А. О динамике психогенных депрессивных расстройств, вызванных рождением в семье больного ребенка / Д.А. Вишневский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1984. - № 4. – С. 563-567.
 13. Мамайчук И.И. Психологическая служба в детской ортопедической клинике / И.И. Мамайчук, Г.К.Ермакова // Психологический журнал. – 1988. - Т.9, № 2. – С.28-36.
 14. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И.И. Мамайчук. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 167 с.
 15. Ткачёва В.В. Гармонизация внутренних отношений: мама, папа, я - дружная семья: практикум по формированию адекватных семейных отношений / В.В. Ткачёва. – М.: Гном и Д, 2008.

16. Ткачёва В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачёва. - М.: Гном–Пресс, 1999.
17. Ткачёва В.В. Психологическое изучение семей воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачёва - М.: УМК «Психология», 2004. – 320 с.
18. Ткачёва В. В. Психолого-педагогическое изучение семьи воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В.В. Ткачёва // Психолого-педагогическая диагностика. - М.: Академия, 2003.
19. Ткачёва В.В. Психолого-педагогическое сопровождение современной семьи: монография / В.В. Ткачёва. - М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008.
20. Устинова Е.В. Содержание психологической работы с отцами, воспитывающими детей с церебральным параличом / Е.В. Устинова // Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья. науч.-практич. конфер. – М. 2011. 294 с.

Н.П. Болотова

кандидат психологический наук, директор Федерального ресурсного центра по развитию системы комплексного сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, клинический и семейный психолог, автор ряда публикаций на тему семей, воспитывающих детей и подростков с двигательными нарушениями.

значок коперайт