Консультация для педагогов:

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

﻿

Понятие «*ребенок*с *ограниченными возможностями здоровья*(*ОВЗ*)» можно разделить на две категории. Одна группа таких детей — это дети с *врожденными нарушениями* работы различных органов чувств, с физическими недостатками или умственно отсталые дети.

 Другая группа детей — это те, кто вошел в группу лица с ограничениями по состоянию здоровья в результате *длительной болезни*. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии независимо от характера и сроков его заболевания или травмы нарушает весь привычный ритм жизни семьи.

Заболевание ребенка чаще всего приводит к глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи.

Обнаружение у ребенка дефекта развития почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Выделяют четыре фазы развития данного стрессового состояния:

1. «*Шок*»*.*Характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного». Иногда агрессия обращается на новорожденного, мать испытывает к нему негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети. Мать также может чувствовать себя виноватой за рождение ребенка с ОВЗ.

2.*Развитие неадекватного отношения к дефекту.*Характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией родителей ребенка.

3. «*Частичное осознание дефекта ребенка*»*.*Возникает чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Родители начинают понимать, что они ответственны за ребенка, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода. Начинается поиск советов у специалистов.

4. «*Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи*»*.*Родители смиряются с произошедшим, принимают ситуацию и начинают жить с учетом того, что в семье есть ребенок с ОВЗ.

Однако до четвертой фазы, несущей позитивный заряд в последующем развитии семьи, доходят далеко не все семьи детей с ОВЗ. Существует множество семей, которые так и не достигают стабилизации. На семью с ребенком с ОВЗ наваливаются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав трудностей, родители могут самоизолироваться, они отгораживаются от близких, друзей и знакомых, предпочитая переносить свое горе в одиночку.

В этом случае должна быть помощь со стороны родственников и друзей. Но часто родственники и знакомые, узнав о болезни ребенка, также испытывают психологический стресс. Часть из них начинает избегать встреч с родителями ребенка с ОВЗ. Причины такого избегания коренятся как в боязни собственных чувств и эмоции, так и в боязни чувств родителей данного ребенка. Не зная, как помочь и боясь быть бестактными, родственники и знакомые порой предпочитают отмалчиваться, делать вид, что они не замечают сложившейся ситуации. Все это только усугубляет тяжелое положение родителей данного ребенка.

Другие дети, если они есть в семье, оказываются лишенными внимания. Кроме того, часто родители ребенка с ОВЗ из страха, что несчастье может повториться, накладывают внутренний запрет на репродуктивную функцию.

Многие родители надеются на чудесное исцеление ребенка и ищут все новых врачей или какую-то особенную, самую лучшую, больницу. В таких семьях не формируются правильные представления о положении ребенка, возможностях его лечения и развития. Родители не могут прийти к адекватному осознанию сложившейся ситуации. Они часто выбирают две крайности. Одни решают всю жизнь без остатка посвятить служению ребенку, кому-то свойственно постоянно перекладывать вину и ответственность на других — и для этого они преследуют и постоянно уличают в ошибках и невнимательности врачей, социальных работников, учителей. Некоторые родители делают и то и другое.

Такие семьи более других подвержены конфликтам и распаду. В них деформируются сложившийся стиль внутрисемейных отношений; система отношений с окружающим миром; особенности миропонимания и жизненных ориентаций каждого из родителей.

Жизненные ориентации деформируются по разному у матерей и отцов. Матери находятся с детьми постоянно. Ребенок с ОВЗ требует от матери гораздо больше затрат времени и энергии, чем обычный ребенок, он связывает мать по рукам и ногам. Матери часто жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает их силы и вызывает запредельное утомление. Часто для таких матерей свойственны снижение психического тонуса и заниженная самооценка. Они утрачивают радость жизни, отказываются от дальнейшей профессиональной карьеры. Жизненные обстоятельства переживаются как чувство невозможности реализации собственных жизненных планов, как потеря интереса к себе как к женщине и личности.

У отцов детей с ОВЗ зачастую наблюдается другая тенденция: отец не принимает ребенка с нарушениями по состоянию здоровья и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, отказывая ему в любви и поддержке.

Подобное отношение к ребенку со стороны отца травмирует мать ребенка, понижает ее самооценку, способствует формированию невротичных черт личности и психосоматических заболеваний. Статус супруга в сознании матери снижается. Неприятие отцом ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она постепенно отдаляется от супруга, что приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.

Развод родителей является достаточно частым и печальным следствием появления в семье ребенка с ОВЗ. Появление ребенка с ОВЗ не всегда является прямой и единственной причиной развода. Чаще всего родители детей с ОВЗ, объясняя причину развода, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), на отсутствие взаимопонимания, частые ссоры и, как следствие, возникшее охлаждение чувств.

Исследования говорят о наличии трех типов родителей детей с ОВЗ.

1.*Родители авторитарного типа*

Эти родители характеризуется активной жизненной позицией, они во всем стремятся руководствоваться своими собственными убеждениями. Убеждения и советы родственников или специалистов для них не являются решающим аргументом. Такие родители имеют устойчивое желание найти выход из создавшегося положения, справиться с проблемами и облегчить положение ребенка. Они направляют свои усилия на поиски лучшего врача, хорошей больницы, наилучшего метода лечения. Они также обращаются к хорошим педагогам, знаменитым экстрасенсам и народным целителям. Их усилия направлены на преодоление возникающих преград. Именно родители авторитарного типа организуют родительские общества и устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители стремятся решать проблему в целом. Их цель: оздоровление, обучение и социальная адаптация ребенка.

Однако авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не понимая его реальных возможностей. Некоторая часть таких родителей склонна не замечать особенности развития своих детей. Они считают, что специалисты предъявляют к их ребенку завышенные требования. Специалистам бывает сложно общаться с этими родителями, так как они склонны противопоставлять себя социальной среде и не соглашаться с общественным мнением.

Канал эмоционального отреагирования проблемы у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде скандалов, агрессии и крика.

Авторитарные родители склонны излишне опекать своих детей, не давая им возможности научиться отвечать за свои действия и за свою жизнь. Они часто не учитывают реальные интересы и потребности своих детей (в том числе и в вопросах профессионального обучения), так как привыкли прислушиваться только к своему собственному мнению.

2.*Родители невротического типа*

Этому типу родителей присуща пассивная личностная позиция, они склонны фиксироваться на отсутствии выхода из создавшегося положения. У них, как правило, не формируется тенденция к преодолению возникших проблем, и они не верят в возможность улучшения состояния здоровья своего ребенка. Самих себя подобные родители оправдывают тем, что у них нет указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать. Такие родители склонны пассивно идти по жизни. У них нет понимания того, что ряд проблем их ребенка является вторичным и связан не с самим заболеванием, а с их родительской и педагогической несостоятельностью.

Как и авторитарные родители, они бывают склонны к чрезмерной опеке и стремятся оградить своего ребенка от всех возможных проблем, даже от тех, с которыми он может справиться собственными силами. Такие родители непоследовательны во взаимоотношениях с ребенком, у них отсутствует необходимая требовательность, они склонны идти на уступки ребенку. Вследствие этого у них часто возникают трудности в вопросах послушания ребенка.

В личности таких родителей зачастую преобладают истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Они склонны избегать трудных жизненных ситуаций и решений, отказываются от реального решения возникающих проблем. По отношению к ребенку они демонстрируют повышенную тревожность, постоянно опасаются чего-то, что может повредить их ребенку. Подобная тревожность может передаваться ребенку, становясь причиной формирования у него невротических черт характера.

Собственное личностное бессилие не позволяет таким родителям смотреть позитивно на свое будущее и на будущее ребенка. Жизнь воспринимается ими как несчастливая, загубленная рождением ребенка с ОВЗ. Матери подобного типа ощущают себя не сумевшими реализоваться в семье и в профессии. Будущее ребенка представляется им бесперспективным и трагическим.

Канал эмоционального отреагирования проблемы, подавляющей их психику, у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде истерик и слез.

3.*Родители психосоматического типа*

У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первого, так и второго типа. Им свойственны более частые смены эмоциональных состояний: то радость, то депрессия. У некоторых из них хорошо заметна тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но они не устраивают скандалов и в большинстве случаев ведут себя корректно.

Канал эмоционального отреагирования проблемы у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний. Проблемы с ребенком, часто скрываемые от посторонних, переживаются ими изнутри. Такой тип реагирования на проблемы становится причиной расстройства здоровья и психики, возникающего как психосоматические нарушения.

Для этих родителей характерно стремление посвятить свою жизнь и свое здоровье своему ребенку. Все усилия направляются на оказание ему помощи. Матери подобного типа могут все свое время посвящать ребенку, максимально напрягая и изнуряя себя. Этим родителям свойственно жалеть ребенка, и они также склонны гиперопекать своих детей.

Психосоматичные родители, так же как и родители авторитарного типа, стремятся найти для своего ребенка лучших специалистов. В ряде случаев они сами становятся таковыми, активно участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, получают профессиональное образование, меняя профессию в соответствии с нуждами их ребенка. Некоторые из них становятся выдающимися специалистами в данной области.

Понимание типологии личностных изменений родителей детей с ОВЗ позволяет определить набор необходимых психокоррекционных средств, направленных на оказание помощи семьям.

Психологические особенности родителей детей с ОВЗ различаются также в соответствии с тем, к какой категории ЛОВЗ относятся их дети.

В качестве психотравмирующего фактора, определяющего личностные особенности родителей детей с ОВЗ, выступает комплекс психических, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих ту или иную категорию детей с ОВЗ. Выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость также в значительной мере влияют на глубину переживаний родителей и их личностную деформацию.

В значительной мере на психологические особенности родителей влияет наличие или отсутствие внешней выраженности нарушения здоровья у их ребенка. Можно говорить о двух больших группах родителей.

Дети родителей первой группы имеют внешне незаметные нарушения здоровья (например, соматические заболевания, болезни суставов), хорошо адаптируются к обучению в образовательном учреждении, имеют хорошую успеваемость по предметам и включены в общение со здоровыми сверстниками.

Дети родителей второй группы имеют внешне выраженные нарушения — это, например, опорно-двигательные нарушения (ДЦП, деформация рук), умственная недостаточность. Такие дети адаптацию к учебе проходят достаточно тяжело, их успеваемость по предметам часто низкая, а общение со сверстниками ограниченно.

Исследования показывают, что наиболее травмирующими психику родителей являются внешне выраженные нарушения, например заметные внешне двигательные расстройства у детей с ДЦП. Эти расстройства сопровождаются внешней уродливостью: обезображенная фигура ребенка, гримасы, характерные нарушения речи, модуляции голоса, постоянная саливация привлекают внимание окружающих и, таким образом, в значительной мере травмируют сознание родителей ребенка.

Родители и первой и второй групп переживают по поводу социальной адаптации их детей в основных сферах: профессиональной и семейной. Однако при этом сравнение представлений родителей первой и второй групп о возможных профессиональных перспективах их детей показывает значительную разницу. Если родители первой группы больше ориентированы на успех, достижения, перспективы своих детей, то у родителей второй группы преобладают представления, связанные с приспособлением их детей к существующим условиям, и страхи по поводу их возможного неуспешного профессионального и семейного будущего.

При этом значительная часть родителей первой группы считают, что они должны сами контролировать своих детей в связи с их заболеванием. Данное представление базируется на страхе родителей за жизнь и здоровье своего ребенка.

Представления значительной части родителей второй группы направлены на ожидание помощи от общества и специалистов. Они не рассчитывают на свои собственные силы. Выбранный ими способ поведения носит характер приспособления, решение проблем идет за счет поиска людей и организаций, которые смогут помочь ребенку.

Таким образом, наличие или отсутствие внешне выраженного дефекта у ребенка с ОВЗ в значительной степени влияет на представления родителей о профессиональном будущем их детей. При этом у родителей первой группы представления о профессиональной карьере их детей направлены на возможные достижения. А у родителей второй группы представления о профессиональной карьере в основном сконцентрированы на опасениях по поводу возможных неудач и возможной социальной изоляции их детей.

Однако между родителями детей с ОВЗ есть и достаточное сходство. Многие из них считают, что наличие у их ребенка заболевания повлияло на неуспешность их собственной профессиональной карьеры. Одинокие матери также и неудачи в своей личной жизни связывают с наличием заболевания у их детей. Таким образом, многие родители лиц с ОВЗ склонны связывать свои жизненные неудачи с заболеванием их ребенка. Такая позиция родителей часто отрицательно сказывается на самооценке их детей.

Для обеспечения конструктивного взаимодействия с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо использовать различные формы работы — как групповые, так и индивидуальные. Целью подобной работы должно стать формирование у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья адекватного образа собственного ребенка и реальных представлений о возможностях развития его профессиональной карьеры. Кроме того, необходимо проводить формирование у родителей детей с ограничениями по состоянию здоровья адекватных представлений о возможностях их собственного вклада в профессиональное обучение их детей.

Для реализации данных целей следует при взаимодействии с родителями детей с ОВЗ решать следующие задачи:

1) формировать у родителей адекватные представления как о возможностях, так и об ограничениях их детей в процессе их профессионального обучения и последующего построения профессиональной карьеры;

2) создавать у родителей понимание того, что они должны формировать у своих детей ответственность за себя самого, умение самостоятельно принимать жизненно важные решения;

3) формировать у родителей понимание того, что их собственные жизненные неудачи или успехи не зависят напрямую от заболевания их ребенка.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с ОВЗ, недостаточность эмоционально-теплых отношений часто провоцируют развитие у детей неэффективных форм взаимодействия с социумом и формируют дезадаптивные черты личности. Преобладающими негативными личностными чертами становятся агрессивность, конфликтность, тревожность, отгороженность от окружающего мира, коммуникативные нарушения.

В связи с этим необходимо реализовывать следующие направления работы с родителями детей с ОВЗ:

1) обучение родителей специальным приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;

2) обучение родителей воспитательным приемам, необходимым для коррекции дезадаптивных черт личности ребенка;

3) коррекция понимания родителями проблем их ребенка — преувеличения или, наоборот, отрицания наличия проблем;

4) коррекция неконструктивных форм поведения родителя (агрессии, истерических проявлений, неадекватных поведенческих реакций);

5) коррекция позиции родителей — переход в позицию поиска реализации возможностей ребенка.

Различают несколько кризисных периодов в жизни родителей детей с ОВЗ.

*1-й период***—**когда родители узнают, что их ребенок имеет ограничения по состоянию здоровья. Это может произойти в первые часы или дни после рождения ребенка; в первые три года жизни ребенка; при поступлении в школу.

*2-й период***—**когда ребенок постепенно осознает, что он не такой, как все.

*3-й период***—**когда встает вопрос получения профессии и последующего трудоустройства. Родители все чаще думают о том, что же будет с их ребенком, когда их не станет.

Каждый из этих периодов может стать источником сильной личностной деформации родителей ребенка с ОВЗ. Именно в эти периоды помощь специалистов становится особенно актуальной.

**Литература**

*Вроно Е.М.*Несчастливые дети — трудные родители: наблюдения детского психиатра. — М., 1997.

*Дрожжина Е.С.* Сопровождение профессиональной карьеры лиц с ограниченными возможностями здоровья. — М., 2008.

*Левченко И.Ю.*,*Ткачева В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. — М., 2008.

Подготовила педагог-психолог

отделения социальной реабилитации

Цыплянская Е.А.