

Психологический портрет современных родителей детей с ОВЗ: препятствия и возможности диалога

Е. Е. Белан,
кандидат психологических наук,
педагог-психолог ГБДОУ д/с № 196

1. Актуальность более эффективного диалога с родителями детей с ОВЗ в образовательных учреждениях
2. Образ семьи в представлениях детей с ОВЗ
3. Своеобразный «автопортрет» родителей детей с ОВЗ: сравнительная характеристика результатов анкетирования родителей в 2012 и в 2018 годах
4. Уровни деформации межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ
5. Основные типы личности родителей детей в ОВЗ
6. Интеграция и инклюзия как выражение самых сокровенных жизненных ожиданий родителей детей с ОВЗ
7. Психологические принципы организации диалога с родителями детей с ОВЗ

Актуальность обусловлена, с одной стороны, увеличением численности детей с отклонениями в развитии. С другой стороны, тем, что все больше проявляется качественное своеобразие синдромов (раскрыть это подробнее на примере РАС, трансности сознания у детей, подверженных зависимости от гаджетов).

Образ семьи в рисунках разных групп детей с ОВЗ. Кратко прокомментировать признаки различия и сходства в этих рисунках.

АСВ:

Недостаточность обязанностей подростка (шкала Т-). В этом случае подросток имеет минимальное количество обязанностей в семье. Эта особенность воспитания проявляется, в высказываниях родителя о том, что трудно привлечь подростка к какому-нибудь делу по дому.

Недостаточность требований-запретов к подростку (шкала З-). В этом случае подростку все можно. Даже если и существуют какие-то запреты, подросток легко нарушает их.

Минимальность санкций (шкала С-). Родители склонны обходиться без наказаний или применяют их редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результате любых наказаний.

Воспитательная неуверенность родителей (шкала ВН). Обусловливаемое нарушение в воспитании: потворствующая гиперпротекция либо пониженный уровень требований. Родитель идет «на поводу» у подростка, уступает даже в вопросах, в которых, по его собственному мнению, уступать нельзя.

Уровни деформации межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ

В результате рождения ребенка с отклонениями в развитии отношения внутри семьи, а также контакты с социумом искажаются. Причины деформации связаны с психологическими особенностями состояния больного ребенка, а также с колоссальной психологической нагрузкой, которую несут члены семьи ребенка с отклонениями в развитии в связи с длительно действующим психотравмирующим стрессом. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как «внутренний» (психологический) и «внешний» (социальный) тупик.

Психологический:

Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада. Под жизненным укладом понимается: — сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений; — система отношений членов семьи с окружающим социумом; — особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей больного ребенка.

- надежды и ожидания («такой же, как все, только немного другой»), эгозащиты, продление пренатального периода, желание родить этого же ребенка, но... здоровым)

- распределение семейных обязанностей между матерью и отцом. Отцы в более выигрышной позиции (работа, друзья, социум)

- эмоциональные срывы у матерей (страхи, вина, тревога, самообвинения и т.д. – спектр, с которым сталкиваешься в процессе консультирования) – Лена Масягина: доказательство вины мужа

- **Социальный:**

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страха, стыда).

Тем не менее, объективным стрессором, фрустрирующим психику членов семьи, является сам факт рождения больного ребенка и состояние его здоровья в последующий период. Сложившаяся новая ситуация становится испытанием как для проверки подлинности чувств между родителями больного ребенка, так и между каждым из родителей и ребенком. Известны случаи, когда подобные трудности спланивали семью. Однако часть семей не выдерживают такого испытания и распадаются, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка с отклонениями в развитии.

Итак:

- сплочение семьи еще большее или развод (переживания отцов)

- смена работы или вынужденный отказ от нее

- самоизоляция семьи (Люда про прогулки с Витей там, где нет людей)

Обобщение: семья оказывается в сегрегированном пространстве инвалидной субкультуры.

Соматический:

Стресс, возникший в результате неизлечимого заболевания — комплекса необратимых психических расстройств у ребенка, может вызывать соматические заболевания у его матери, являясь как бы пусковым механизмом этого процесса. Возникает патологическая цепочка: заболевание ребенка ведет к психогенному стрессу у матери, который в той или иной степени провоцирует возникновение у нее соматических или психических заболеваний. Таким образом, заболевание ребенка, его психическое состояние может являться психогенным и соматогенным для организма и психики родителей, в первую очередь, матерей.

Основные типы личности родителей детей в ОВЗ

- Портрет родителя *невротичного (тревожно-сензитивного)* типа

Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим образом: «Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!» У родителей этой категории не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению.

Родители невротичного типа 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.

Им недоступно понимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, 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.

В плане воспитания эти родители также проявляют свою несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Это объясняется как проявлением инертности и нежелания соприкасаться с проблемами ребенка, так и собственной слабостью характера при реализации поставленной воспитательной цели.

Такие родители непоследовательны в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствует требовательность, а порой и необходимая строгость. Они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают» его, а иногда их «сверхнежные» отношения переходят в сюсюкание.

Межличностные связи «родитель—ребенок» в таких семьях могут приобретать симбиотический характер.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в избегании трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях — и в отказе от решения проблем.

У части таких родителей сохраняется постоянный тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо что может повредить ребенку. Это, в свою очередь, передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротических черт характера.

Родители тревожно-сензитивного типа некритично оценивают возможности своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдать желаемые результаты развития за реально существующие. Часто встречается и другая особенность родителей: они гиперболизируют проблемы своего ребенка.

Собственное эмоциональное бессилие не позволяет таким родителям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Прожитая жизнь воспринимается ими как несложившаяся, несчастливая, загубленная рождением в семье аномально-о ребенка.

У невротичных матерей часто наблюдаются истерики, подавленное настроение, затяжные депрессивные состояния, стремление уйти от принятия решения, снижение социального статуса, примитивизация поведения. Такие матери воспринимают все в трагических красках, себя — чаще всего как несостоявшегося, не сумевшего реализоваться в детях, в семье, в профессии человека, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.

- Портрет родителя **авторитарного (импульсивно-инертного)** типа

Эти родители характеризуются активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов)

Родителям авторитарного типа, 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 с их ребенком когда-либо может произойти чудо.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом.

Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка, не останавливаясь ни перед какими трудностями.

Отрицательные свойства этой категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка).

Такие родители считают, что общество должно приспосабливаться к ним и их детям, а не они к нему. В отношениях с ребенком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия вплоть до холодности или отстраненности от его проблем.

Поведение таких родителей может перерасти иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Многим из авторитарных родителей свойственно применение неадекватных воспитательных мер, довольно часты жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, избиение).

Авторитарные родители часто выдвигают несоответствующие требования к своему ребенку, не оценивая его возможности реально.

Такие родители гиперпекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Проявляющееся у таких родителей настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личные жизненные установки (вопреки мнению значимых для родителей лиц) не позволяет им увидеть верные перспективы развития ребенка.

- Портрет родителя *психосоматического типа*

У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первой, так и второй категорий.

Эмоционально они более лабильны. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в значительной степени проявляется (как и у авторитарных родителей) тенденция к доминированию, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса.

Они не устраивают скандалов, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность.

Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования фрустрирующей психику проблемы у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний (у первых двух категорий родителей он проявляется во внешнем плане: у невротичных — слезы, истерики; у авторитарных — скандалы, агрессия, окрик).

Подобное отреагирование оказывается причиной возникающих нарушений в их психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей.

Для этих родителей очень характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка».

Все усилия направляются на оказание ему помощи. Порой такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуря себя. Они практически не отдыхают, однако не жалуются, как невротичные, на потребность в этом. Порой кажется, что желание отдохнуть у них отсутствует даже при большой нагрузке и возникшей усталости (особенно в первые годы жизни ребенка).

Этим родителям, так же как и невротичным, свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, услугу, а иногда и сделать за него то, что он не может еще сам. Они склонны гиперпекают своих детей.

Психосоматичные родители также как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высоко профессиональными специалистами и оказывают помощь не только своим детям, но и чужим.

Психологические принципы организации диалога с родителями детей с ОВЗ:

- эмоциональная и личностная открытость партнеров по общению
- психологический настрой на актуальные состояния друг друга
- безоценочность
- доверительность
- искренность выражения чувств и состояний