

Вінс В.А. Психологічні особливості сім'ї, що виховує дитину з обмеженими можливостями здоров'я / В.А. Вінс // Практична психологія в інклюзивному середовищі: Матеріали І Всеукраїнської наукової інтернет-конференції (м. Переяслав-Хмельницький, 21 лютого 2019 року) / За заг. ред. В.А. Вінс, Т.М. Кузьменко, І.М.Зозуля – Переяслав-Хмельницький, видавець Я.М. Домбровська, 2019. – 258 с. – С. 144-148.

**УДК 159.9:316.356.2**

**Вікторія Вінс**

ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди»,  
к. психол. наук, доцент кафедри менеджменту освіти і практичної психології

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СІМ'Ї, ЩО ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я**

*У статті актуалізовані найтипівіші психологічні проблеми сім'ї, котра виховує особливу дитину – від болісного сприйняття діагнозу дитини до моменту адаптації до умов ситуації, що склалася. Крім того, виділені психологічний, соціальний і соматичний рівні якісних змін, яких зазнає родина дитини з обмеженими можливостями здоров'я, та ступені включеності членів сім'ї до опіки за хворою дитиною.*

**Ключові слова:** сім'я, дитина з обмеженими можливостями здоров'я, дитина-інвалід, сімейні ролі, батьківсько-дитячі стосунки.

**Актуальність дослідження.** Проблеми сімей, які виховують дитину з відхиленнями у розвитку, стають все більш актуальними, оскільки соціалізація дитини з обмеженими можливостями здоров'я не може бути досягнута без залучення до цього процесу її батьків. Від специфіки взаємовідносин такої дитини з батьками, від батьківської позиції багато в чому залежить її емоційне благополуччя і особистісний розвиток.

Особливості функціонування сім'ї дитини з особливостями розвитку піднімаються в роботах багатьох дослідників, які розглядають вирішення проблеми в рамках психолого-педагогічного підходу, в центрі якого знаходиться аномальна дитина. Тривалий час увага фахівців було звернена, переважно, на вирішення питань, які зачіпають безпосередньо дитину з порушеннями в розвитку. Сім'я, яка виховує дитину-інваліда, не входила в коло емпіричних досліджень.

**Мета статті** – теоретичне узагальнення досвіду вивчення сімей, що виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

**Виклад основного матеріалу.** У психологічній літературі описані основні аспекти специфіки сімей з дітьми з тими чи іншими відхиленнями у розвитку. В першу чергу, народження дитини з дефектом розвитку проявляється як найсильніший психологічний стрес. Більшість батьків (але далеко не всі) поступово адаптуються до нової ситуації, але цей процес відбувається довго і болісно, потрібна велика кількість часу, щоб повернутися до повсякденного життя і зайнятися вихованням дитини. Однак сильний шок, пережитий ними в результаті цієї ситуації, здатний повертатися у вигляді «ретроспективних» тривог, безсоння, періодичних депресій [3].

Daniel J. De Marle і Pieter le Roux відзначають, що визнання батьками відхилення у розвитку дитини, незалежно від фактичних обмежень життєдіяльності, можна порівняти з досвідом інтенсивної втрати. Деякі сім'ї переживають це як смерть «нормальної» дитини і її заміну дитиною з обмеженими можливостями [10]. Найбільш це очевидно в ситуації появи дитини з вродженими вадами розвитку, але також справедливо і для ситуації, коли відхилення в поведінці дитини стає помітним з віком - при появі труднощів у навчанні (наприклад, виявлення синдрому дефіциту уваги і гіперактивності при вступі до школи або затримки розумового розвитку). Батьки, в цьому випадку залишаються наодинці зі своїми переживаннями, не маючи можливостей висловити свої почуття в культурно прийнятній формі, що ще більше підсилює почуття ізоляції [10].

Сім'ї дітей з обмеженими можливостями, як зазначає А.М. Луковкіна, також мають іншу життєву перспективу, вони по-іншому проходять стадії життєвого циклу сім'ї - деякі стадії можуть бути подовжені, скорочені або ніколи не настануть, відбувається зміна очікувань на майбутнє [3]. Так, наприклад, сім'я, знаючи про той чи інший діагноз дитини, вже не очікує, що дитина коли-небудь зможе навчитися читати, або буде здатна до створення своєї власної сім'ї. Подібні зміни життєвих планів не можуть не позначитися на емоційному стані батьків [6; 10].

Ще однією розповсюдженою проблемою у сім'ї з особливою дитиною є наростаюча напруга між подружжям, яка часто призводить до розпаду сім'ї. Батьки можуть бути залучені у взаємні звинувачення один одного, зайняті пошуком «винного». Поява у сім'ї дитини з патологією може викликати у одного з батьків почуття неприязні, що призводить до емоційного неприйняття дитини саме цим із батьків, до руйнування подружньої консолідації і глибокої кризи сім'ї [3].

Інші дослідники відмічають, що у сім'ях, які виховують дітей з обмеженими можливостями, спостерігаються серйозні якісні зміни, які проявляються на декількох рівнях: психологічному, соціальному і соматичному [1; 2; 8].

Поява на світ проблемної дитини, її навчання і виховання є сильним психотравмуючим чинником, який впливає на психіку батьків, порушуючи їх сімейні стосунки і контакти з оточуючим соціумом. Психологи виділяють чотири фази психологічного стану батьків в процесі становлення їх позиції до дитини-інваліда [4; 5].

Перша фаза - «шок», характеризується станом розгубленості, безпорадності, страху, виникненням почуття власної неповноцінності. Цей період складний тим, що батьки виявляються просто не в змозі адекватно зрозуміти і переробити отриману інформацію. Почуття провини часто переростає у всепоглинаючі страждання і переживання з приводу вчинків і помилок, що призвели, як вони вважають, до захворювання дитини.

Друга фаза - «неадекватне ставлення до дефекту» розглядається дослідниками як період негативізму і заперечення. Функція заперечення спрямована на те, щоб зберегти певний рівень надії або почуття стабільності сім'ї перед обличчям факту, що загрожує їх зруйнувати. Таким чином, заперечення в даній ситуації може бути своєрідним способом захисного усунення емоційної пригніченості, тривоги. Крайньою фазою негативізму стає відмова від обстеження дитини і проведення яких-небудь лікувальних або коригувальних заходів. Заперечення хвороби батьками грає захисну функцію. Поширена реакція на поставлений лікарем діагноз - це просто невіра в існування хвороби. Члени сім'ї можуть сумніватися в компетентності лікаря, тому вони шукають можливість отримати консультації інших фахівців у цій галузі. В основі такої поведінки лежить відчайдушна надія на те, що первинний діагноз помилковий. Батьки можуть заперечувати наявність відставання в розвитку і вірити, що лікування або якийсь тип терапії вирішить проблему.

На цій стадії розвивається так звана «копінг-поведінка»: незліченні консультації, починаючи з медичних світил і закінчуючи різними знахарями і цілителями. Така гонитва за «чудодійним засобом» спотворює сприйняття реальної ситуації, заважає адекватній адаптації батьків до факту народження аномальної дитини [1].

Додатковою реакцією може бути спроба перекласти відповідальність за стан дитини на інших, зростає напруженість у відносинах з оточуючими. При цьому часто відзначаються емоційна нестійкість і зростання рівня тривожності. Втрата довільного контролю над емоціями проявляється в неможливості впоратися зі своїм станом, нав'язливості характеру переживань. Будь-яка, навіть незначна, подія може призвести до втрати контролю.

Третя фаза - «часткове усвідомлення дефекту дитини», що супроводжується відчуттям «хронічної печалі», є результатом постійної залежності батьків від потреб дитини, їх хронічної фрустрації внаслідок відносної відсутності позитивної динаміки у дитини, «несоціалізованості» її психічного і фізичного дефекту, постійних негативних переживань.

Четверта фаза - «соціально-психологічна адаптація» характеризується емоційної реорганізацією, пристосуванням, прийняттям хворої дитини. Батьки в цей період встановлюють адекватні відносини з фахівцями, відбувається вироблення позитивних установок по відношенню до самих себе і дитини. Батьки часто допомагають іншим сім'ям з дітьми, що мають відхилення у розвитку.

Як відмічають автори, що деяким з батьків потрібні роки, щоб підійти до четвертої фази, інші, на жаль, її не досягнуть ніколи. Цей процес може бути дуже болючим. Значно покращує проходження кризового періоду підтримка близьких і сприятливі взаємини між членами сім'ї [1].

Відповідно до концепції К. Теркельсен, сім'я розділяється на 3 шари, які концентруються навколо хворої дитини і розрізняються ступенем і характером залученості до опіки.

Перший, внутрішній шар – це, зазвичай, одна людина, найчастіше - мати. Вона бере на себе роль головного опікуна, на неї припадає основний тягар догляду, обслуговування. Життя цього члена сім'ї повністю зосереджується на хворому.

Другий шар навколо хворого - це члени сім'ї, які в меншій мірі беруть участь в повсякденній опіці. Це не означає, що їх емоційний зв'язок з ним і з його проблемами менше - просто вони не беруть участі в його житті весь час, безперервно як головний опікун.

Третій шар - зовнішній. Його складають близькі і далекі родичі, які знають про проблеми, пов'язані з хворим, цікавляться ними, однак, практично не мають з ним повсякденного контакту [9].

Крім вказаних психологічних змін у життєдіяльності сім'ї з особливою дитинною, згідно з літературними даними, батьки хворих дітей скаржаться на коливання артеріального тиску, безсоння, часті і сильні головні болі, порушення терморегуляції, розлади функцій шлунково-кишкового тракту [6].

Отже, коли в родині народжується дитина з порушеннями в розвитку, у батьків змінюється погляд на світ, ставлення до самих себе та до інших людей.

Ось чому вирішуючи питання реабілітації та інтеграції в суспільство аномальних дітей, дуже важливо знати особливості не тільки цих дітей, але і їхніх родин, оскільки багато хто з них мають гостру потребу в комплексній соціальній підтримці.

**Висновки.** Таким чином, аналітичний огляд літератури показав, що сім'я, яка виховує дитину-інваліда, стикається з безліччю проблем, які деформують її і спотворюють соціальні контакти. У такому вигляді сім'я не завжди може забезпечити дитині сприятливі умови для розвитку і виховання. Оптимізуючи сімейні стосунки і підвищуючи рівень психолого-педагогічної компетентності батьків, можна вирішити проблему адресної допомоги проблемній дитині.

### Література

1. Гребенникова Е.В., Шелехов И.Л., Берестнева О.Г. Психолого-педагогическая компетентность родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Интернет-журнал «Науковедение». Том 7, №2 (2015). - ISSN 2223-5167. URL статьи: <http://naukovedenie.ru/PDF/18PVN215.pdf>.
2. Левченко И.Ю. Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии: методическое пособие. М. : Просвещение, 2008. 240 с.
3. Луковкина А.Н. Особенности детско-родительских отношений в семье с ребёнком с отклонением в развитии. // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. Вып. 5. СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2011. С. 52-57.
4. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребёнок. М. : Владос, 2005. 243 с.
5. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с ограниченными возможностями в развитии. М. : Владос, 2003. 408 с.
6. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990. №5. С. 106-111.

7. Силяева Е.Г. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования. М.: Академия, 2005. 192 с.
8. Ткачёва В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. № 1 (19). С. 53-62.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология семьи и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2002. 656 с.
10. Daniel J. De Marle, Pieter le Roux. The life cycle and disability: experiences of discontinuity in child and family development. Journal of Loss & Trauma, 6: 2001.