



Особые дети



Е.В. Бурмистрова

Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная ПОМОЩЬ

Бурмистрова Екатерина Викторовна — кандидат психологических наук. Защитила диссертацию на тему «Проектирование профессиональной позиции психолога в образовании».

С 1995 по 2001 год — директор ПМСЦ «Взаимодействие» Южного административного округа г. Москвы, с 2001 по 2006 год — директор «Центра экстренной психологической помощи» Московского городского психолого-педагогического университета, с сентября 2006 года по настоящее время — заведующая кафедрой психологии безопасности Московского психолого-социального института.

Область научных интересов: психология безопасности, психология экстремальных ситуаций, профессиональная деятельность психолога в образовании, психология управления, психологическое консультирование и психотерапия, арт-терапия, психодрама в работе с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Автор более 60 печатных работ.

Окончание. Начало в «Вестнике практической психологии образования» №4 за 2008 год.

При возникновении у малыша тех или иных нарушений значительную роль в их развитии или сглаживании играют окружающие его люди, составляющие часть его мира. Главное место в этом мире занимает семья. При этом те семьи, которые не могут самостоятельно справиться с возникающими на их пути проблемами, требуют пристального внимания специалистов.

По данным зарубежных авторов, практически каждая семья, имеющая ребенка с особыми нуждами, переживает несколько основных фаз кризиса.

1 фаза — неизвестность, неопределенность. В этой фазе кризиса для родителей характерно состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рухнет «нормальная» жизнь.

2 фаза — известность, определенность. Эта фаза характеризуется противоречивостью между «да» на уровне рационального понимания (формальное согласие с фактом нарушения развития ребенка) и «нет» на уровне чувств (имплицитное отрицание).

3 фаза — агрессия. В этой фазе кризиса у родителей происходит прорыв негативных эмоций наружу в виде вспышки, возникает агрессия, направленная на весь окружающий мир.

4 фаза — активная хаотичная деятельность. В это время родители пытаются исправить сложившуюся ситуацию всеми возможными средствами. В зависимости от экономического положения и ценностных ориентаций семьи можно выделить, по мнению Карла Шухардта, две стратегии такого поведения: «врачебный супермаркет» и «поиск чудесного исцеления». «Врачебный супермаркет» характеризуется бесконечным количеством консультаций с различными специалистами. «Поиск чудесного исцеления» — это обращение родителей к Богу с просьбой об исцелении.

5 фаза — депрессия. Осознав бессмысленность предпринятых усилий в предыдущей фазе, родители впадают в отчаяние, переживают чувство безысходности и апатии.

6 фаза — принятие факта нарушения развития. Эта фаза примечательна тем, что родители вновь обретают смысл жизни, видят возможность дальнейшей «нормальной» жизни вместе с особенным ребенком.

7 фаза — активизация. У родителей высвобождаются силы для активного построения и осуществления жизненных планов, в недавнем прошлом расходовавшиеся на отрицания факта нарушения развития.



8 фаза — солидарность. Родители направляют свои усилия на общественно значимые проблемы, объединяются с другими родителями, имеющими аналогичные трудности.

Возрастные особенности проблемных детей

При работе с семьей, имеющей ребенка с нарушениями в развитии, специалисту важно учитывать не только особенности заболевания ребенка, но и его возраст. В различные периоды жизни состояния болезни переживается по-разному.

У маленького ребенка еще нет развернутого жизненного плана, главным измерением времени для него является настоящее («здесь и теперь»). Его отношение к себе наполнено непосредственно-чувственным содержанием. Поэтому для него угроза жизни существует в иной форме, нежели у взрослого. Для ребенка самое плохое — ограничения (например, пребывание в больнице). Снятие угрозы — освобождение от ограничений (в частности, от больницы). При этом ребенок рассуждает: «выписали из больницы, следовательно — здоров». Недостаточность, несформированность собственных психологических средств совладания с новой для него реальностью (болезнь) может (точнее, должна) быть восполнена психолого-педагогическим вмешательством взрослых. Начиная с самых первых проявлений болезни и на всех последующих этапах ее течения ребенок нуждается в психологическом участии взрослых (помимо медицинского, лечебного и прочего вмешательства).

Важным условием, обеспечивающим эффективность психологической помощи, является тесное сотрудничество окружающих ребенка взрослых: родителей, врачей, педагогов, психологов и др. Непротиворечивость их поведения, действий в отношении ребенка может быть достигнута через осознание общей цели и формирование единой стратегии помощи. Такой целью, как показывает наш опыт, является поддержка и стимулирование собственной активности ребенка, обеспечивающее, по возможности, сохранение исходного темпа психического развития и предупреждение его задержек и искажений.

Средства достижения этой цели различны у врачей, родителей и психологов. Врачи и медицинский персонал осуществляют контроль над физическим состоянием и самочувствием ребенка, его лечением, обеспечивают родителей информацией об этом. Психолого-педагогический персонал доносит до родителей сведения о доступном ребенку уровне физической активности, выносливости и т. п.

Участие специалиста-психолога необходимо для оказания полноценной помощи больному ребенку. С помощью психодиагностических средств он оценивает состояние психической деятельности, строит прогноз развития ребенка и с учетом его особенностей предлагает программу пси-

хологической коррекции. Конкретные техники коррекционной работы при этом могут быть различными, но их содержание должно обеспечивать:

- а) включение ребенка в ролевые и развивающие игры;
- б) организацию игр со сверстниками с целью формирования необходимых качеств межличностного взаимодействия;
- в) поддержание и развитие познавательной активности ребенка (чтение и обсуждение сказок, рисование и т. п.);
- г) обеспечение эмоционального комфорта и защищенности.

Родители больного ребенка, особенно маленького (чаще всего — мать), являются обязательными участниками терапевтического процесса. Обеспечивая защиту, эмоциональное принятие и поддержку ребенка, мать сама при этом становится объектом психологической коррекции. Цель последней состоит в создании у нее необходимого эмоционального равновесия, установки на активное сотрудничество с врачами и медицинским персоналом, формирование оптимальных в психологическом отношении навыков общения с больным ребенком (например, обучение «словарю» общения, средствам контроля над собственным психическим состоянием, от которого зависит состояние ребенка и др.). Активное, деятельное, целенаправленное участие матери в процессе восстановления физического и психического здоровья ребенка — необходимое условие ее собственного психического благополучия и психологического комфорта малыша.

Иные закономерности психической жизни, иные законы переживания угрозы жизни мы наблюдаем в подростковом возрасте, который является периодом обращения к собственному «Я». Впервые в развитии личности отдельные проявления самосознания: самопознание, самоотношение, регулирование деятельности, — становятся необходимыми потребностями личности. У подростка появляется стремление к целенаправленному изменению себя в связи с осознанием каких-либо собственных психологических несоответствий внешним требованиям, идеалам.

Как и у младших детей, у подростков, как правило, еще нет социально-эталонного понятия болезни. Но, по сравнению с младшими детьми, осознание болезни у них в меньшей степени связано с внешними атрибутами больницы реальности. Для подростка характерно осознание собственного места в реальном времени, которое переживается им как живое, связанное с конкретными значимыми событиями и побуждениями, причем наиболее значимым для него становится будущее. Поэтому для подростка, лицом к лицу столкнувшегося с тяжелой болезнью, травмирующим является отрыв от привычной жизни, от его прошлого и будущего. Для него основным ориентиром объективации угрозы является собственное самочувствие, которое может вырвать его из привычного жизненного уклада. Особенности переживания болезни в этом возрасте обусловлены также психологической значимостью фрустрации и общения со сверстниками.



Специалисту службы помощи (психологу, социальному педагогу) необходимо знать, как правильно устанавливать контакт с больным подростком. Психолого-педагогическое воздействие только тогда будет эффективным, когда специалист будет стремиться соблюдать в беседах с подростком следующие правила:

- он должен почувствовать, что его проблемы будут встречены с должным вниманием и пониманием;
- относиться к подростку надо как к равноправному партнеру, как к личности, имеющей право на определенную самостоятельность;
- общение с подростком должно быть обязательно искренним и неформальным, следует избегать назидательного тона;
- нельзя давать необоснованные рекомендации или поспешно соглашаться с точкой зрения кого-либо из родителей или самого подростка при их разногласиях до выяснения всех подробностей конфликта.

Кроме того, следует учитывать психологические и поведенческие особенности, свойственные данному возрасту.

Наиболее характерной для подростков является стремление к эмансипации, освобождению из-под опеки и контроля родителей. Помогающий специалист в глазах подростка тоже воспринимается как представитель старшего поколения, ограничитель свобод, лицо, навязывающее свои решения проблемы. Поэтому доброжелательность, уважение к подростку, способность к сопереживанию, игнорирование выпадов и оскорблений с его стороны, отсутствие директивности являются необходимыми условиями правильного общения с подростком, склонным к эмансипации.

Другой особенностью подросткового возраста является стремление к объединению в неформальные группы.

У подростков с психопатиями и акцентуациями гипертимного и неустойчивого типа это стремление особенно сильно и постоянно: они дорожат своим местом в группе, отношением к ним других ее членов. Поэтому психолог или социальный педагог могут привлекать к сотрудничеству кого-либо из членов группы, имеющего большое влияние на интересующего его подростка, для оказания опосредованного педагогического воздействия. Это не должно делаться в тайне от ребенка, чтобы не вызвать резкую протестную реакцию.

Еще одна характерная особенность подросткового возраста — увлеченность. Внимание специалиста к интересам подростка может служить ключом для установления контактов. Широкий обмен мнениями позволяет ребенку показать свою осведомленность в той или иной области, побуждает к активным высказываниям и помогает специалисту через обсуждение подойти к его семейным проблемам, выявить особенности взаимоотношений со сверстниками.

Подростки с гипертимным, неустойчивым характером любят интересную беседу, охотно вступают в обмен мнениями о кумирах молодежи, спорте, новинках современной музыки. Перед такими подростками следует продемонстрировать свою самостоятельность, умение быстро принимать решения, соблюдая при этом необходимую дистанцию.

К подросткам с конформными и неустойчивыми чертами характера необходимо относиться строго и требовательно.

Трудно установить контакт с сензитивными и шизоидными детьми. В общении с ними не следует применять тактику нажима. Эти подростки тщательно скрывают свои переживания и оказывают сопротивление, когда замечают попытку проникновения в их внутренний мир. С такими ребятами можно вести серьезные беседы на мировоззренческие темы: о разобщенности людей, о взаимопонимании. Следует ожидать, что подросток от общих рассуждений сможет перейти к своим личным проблемам. В этом случае специалист должен быть сдержан, серьезен, отзывчив, особенно когда подросток раскрывает свои тайны. Лучшая позиция — «стороннего наблюдателя, готового в любой момент прийти на помощь».

Общаясь с эпилептоидным ребенком, специалист должен показать, что не склонен к фамильярности в отношениях с ним. Его цель — вовлечь подростка в трудовую деятельность и воспрепятствовать выдвиганию его на лидерские позиции.

Отметим, что рассмотренные особенности подросткового поведения наблюдаются и у здоровых детей. Однако, если у подростка имеется заболевание, то эти особенности проявляются наиболее ярко.

Взаимодействие с родителями

Особое место в работе специалиста, осуществляющего патронаж семей, имеющих детей с особыми нуждами, занимает установление контакта с родителями, что нередко является достаточно сложным делом. Надо учитывать, что родители — люди разных возрастов, профессий, образования, судеб, характеров. Общими для них являются своеобразные формы поведения, характеризующиеся повышенной возбудимостью, раздражительностью, несдержанностью, бурными аффектами, капризностью и обидчивостью. Кроме того, часть из них стойко дезадаптирована, обнаруживает склонность к употреблению алкоголя. Психологу и социальному педагогу при установлении контактов с родителями необходимо учитывать их психологические особенности.

Родителям из семей с определенным типом семейной дезорганизации свойственно и соответствующее поведение в ситуациях, затрагивающих их детей. Родителей (особенно матерей), воспитывающих своих детей по типу потворствующей гиперпротекции, отличает активная, «нападающая» манера поведения. Как правило, они не выслушивают специалиста до конца, вставляют свои реплики, перебивают, начинают излагать собственную точку зрения. Часто они превозносят достоинства своего ребенка, обли-



чая всех тех, кто не понимает его. Таким людям необходимо дать возможность высказаться, снять эмоциональное напряжение и включить в конструктивное обсуждение проблем ребенка и семьи.

Родители, которым свойственна мелочная опека и жесткий контроль, как правило, люди замкнутые. От них мало что можно узнать о взаимоотношениях в семьях. Единственным источником информации может оказаться сам ребенок. Работая с такой семьей и желая предотвратить возникновение серьезных конфликтов, социальный педагог должен стараться, чтобы родитель-лидер не чувствовал посягательств на свои права. Поэтому на первых порах специалисту лучше иметь дело только с ним, а затем, заручившись его доверием и согласием, начать работу с другими членами семьи.

Родители из семей, в которых с ребенком жестко обращаются, часто лицемерны, прибегают к маскировке своих проблем, приукрашивают внутрисемейные взаимоотношения. На встречах со специалистом они склонны отрицать имеющиеся сведения о неблагоприятных отношениях в семье, стараются произвести хорошее впечатление. Социальный педагог и психолог обязательно должны учитывать это в своей работе.

Работу по ликвидации напряженных конфликтных отношений в семье специалисту лучше начинать с индивидуального взаимодействия с подростком и членами его семьи. Социальному педагогу, психологу необходимо внимательно выслушать представителей сторон, находящихся в конфронтации, дать им возможность выразить свои эмоции, встречными вопросами изменить ход беседы от монолога к диалогу. На этих встречах осуществляется подготовка участников к конструктивному взаимодействию: учитываются взаимные претензии, намечается круг обсуждаемых проблем, отвергаются те из них, решение которых могло бы привести к еще большему обострению конфликта, предугадываются возможные реакции в ходе семейной дискуссии.

При проведении отдельных встреч с родителями и детьми специалист оказывается в роли посредника между ними. Каждой из сторон он передает только ту информацию, которая может послужить основой для примирения или сближения позиций сторон.

После эмоционального отреагирования проясняются сущность и причины конфликта. Родителям становятся понятны особенности характера ребенка, мотивы его поведения; а детям — особенности характера родителей, их позиция по актуальным для детей вопросам. Таким образом, на этой стадии происходит интерпретация осознаваемых членами семьи конфликтных отношений, приводящих к определенному типу семейной дисгармонии. На следующем этапе проводится работа по привитию детям позитивных навыков поведения и обучению родителей и детей гармоничным отношениям между собой.

Если социальный педагог видит, что желаемого результата достичь не удастся, он должен обратиться за советом к психологу, который с помощью инди-

видуальных или групповых методов психотерапии найдет наиболее приемлемые формы взаимоотношений для членов этой семьи. Психолог может провести и работу, необходимую для поддержания тех новых форм взаимодействия, достичь которых удалось в ходе семейной психотерапии.

Ребенок и социум

Перед семьей и специалистами стоит важная задача максимального расширения социальных контактов ребенка с особыми нуждами. Жизнь его не должна замыкаться только в кругу своей семьи и специализированных учреждений. Важно предоставить ему возможность общения, в том числе и со здоровыми детьми. Здоровые «домашние» дети, привыкнув к реализации своей потребности в социальной активности за счет объектной позиции ребенка-инвалида, во многом утрачивают способность к самореализации в адекватном диалогическом общении с другим ребенком. В условиях современной жизни это может привести к невротизации личности, так как претензии на перманентное построение исключительно субъект-объектных отношений при собственной субъектной позиции и исключении субъектности другого не встречают понимания в социуме и ведут к изоляции.

Выход из такой ситуации нам видится в развитии форм диалогического общения между ребенком-инвалидом и его здоровым «домашним» сверстником, где в качестве повода к общению может выступать любая совместная деятельность, одинаково актуальная для обеих сторон. Причем, при построении отношений детей с детьми речь должна идти не о милосердии (в отличие от построения отношений «ребенок — взрослый» или «ребенок — престарелый», где милосердие уместно и необходимо), а о содружестве, в котором аномальный ребенок — субъект совместной деятельности, равноправный участник совместного творчества, совместного освоения и присвоения окружающего мира.

В построении таких отношений ребенок с особыми нуждами:

- получает опыт причастности к миру, находящемуся вне стен дома или лечебного учреждения, миру иногда жестокому, но реальному, в отличие от искусственного мира его постоянного обитания с подчас искусно сглаженными углами,
- расширяет репертуар своих социальных ролей, осваивая новые сообщества,
- научается сам использовать плоды человеческой культуры в своих целях,
- присваивает существующие и сам творит новые способы коммуникации с внешним миром там, где имеющиеся почему-либо (физически или психологически) для него затруднены,
- учится сам организовывать себе помощь со стороны здоровых людей там, где без этого не обойтись, и тактично избегать навязчивых помощников,
- привыкает спокойно относиться к отказу в помощи, понимая, что такой отказ, как правило, ситуативен.



В то же время здоровый ребенок:

- получает более широкое представление о сложности и многообразии мира человеческих отношений,
- обретает опыт общения с инвалидом и вырабатывает правильное отношение к нему как к обычной форме человеческих взаимоотношений (не уникальной, не «милосердной», т. е. не дающей никаких нравственных дивидендов),
- учится строить партнерские отношения с инаковидящим, инакослышащим, инакодумающим (последнее нам кажется очень важным в связи весьма распространенным неприятием инакомыслия),
- привыкает создавать в сообществе, субъектом которого он является, условия жизни, деятельности и общения, одинаково приемлемые для людей с самыми различными возможностями.

Построение таких отношений между детьми является одним из направлений деятельности помогающего специалиста. Он организует совместные праздники, игры, работу кружков, познавательную деятельность, труд по самообслуживанию. Неотъемлемой частью этой работы является организация совместного отдыха детей-инвалидов и здоровых детей в загородных лагерях. Здесь в условиях достаточно длительного совместного проживания, отсутствия регламентации, в той или иной мере присущей учебным заведениям, значительно ускоряются процессы психического развития детей, интенсивнее формируются навыки социальной адаптации. Интересен опыт проведения выездов в трех—четырёхдневные мини-лагеря, куда кроме сенсорных инвалидов приглашаются дети с детским церебральным параличом, олигофренией, онкологические больные.

Опыт совместного проживания и деятельности как у здорового ребенка, так и у инвалида, воспитывавшегося в интернате, как правило, отсутствует (есть опыт совместного со здоровыми детьми проживания в семье, но далеко не у всех детей-инвалидов, но это совсем другой опыт). Если дети 9—12 лет достаточно быстро и просто находят общий язык между собой, то в отношениях 16—17-летних часто возникает напряженность. Это обусловлено тем, что к этому возрасту здоровый ребенок уже отчасти познал себя и свое отличие от других детей: здоровых и инвалидов, — и с последними ему контактировать непросто, а подросток-инвалид успел, к сожалению, привыкнуть к замкнутой, устойчивой, адаптированной среде и очень неохотно выходит за ее пределы. Кроме того, подросток-инвалид очень тонко чувствует все нюансы отношения к себе окружающих: к нему пришли, чтобы пожалеть, подарить подарок и забыть до следующего удобного случая, или проявляют к нему интерес как к человеку, личности. Причем вариант «пожалеть», как правило, предполагается им в первую очередь.

Старшие подростки-инвалиды часто испытывают недоверие и даже агрессию к своим здоровым сверстникам. Поэтому при установлении контактов сначала должно произойти взаимодопущение, только тогда постепенно начинают зарождаться межличностные связи и отношения. Поведение детей с

особыми нуждами в ситуации загородного лагеря, где они освобождаются от привычной для них опеки со стороны педагогов тех учебных заведений, в которых воспитываются, мало отличается от поведения их здоровых сверстников. Иногда они испытывают чувство заброшенности, так как на них обращают внимание гораздо реже, чем в семье, где каждое их действие находится под неусыпным контролем родителей. Однако, через несколько дней эти дети начинают замечать, что внимание к ним базируется не на желании уберечь их от тягот внешнего мира, а на желании вовлечь в общий ход жизни и событий. (Разумеется, тот, кто не может по физическим или психическим причинам сразу адаптироваться в таких условиях, находит дополнительную поддержку и помощь, но в таком объеме, который позволяет только понять суть происходящего и попытаться самому включиться в жизнедеятельность, а не делает ребенка сторонним наблюдателем происходящего.)

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что оказание помощи семьям, имеющим детей с особыми нуждами, направлено, прежде всего, на создание условий для максимально возможного включения этой семьи в социум. В центре внимания специалистов лежит изучение не только возможностей, которые можно использовать в разрешении проблем семьи, но и максимальное использование имеющихся ресурсов каждой из них. Предполагается, что педагоги, психологи, администрация, родители обращают внимание не только на академические, но и на социальные и эмоциональные нужды детей.

Важное условие решения этих задач — создание психологически безопасной среды. Такой среды, где имеется безопасное пространство для открытого доверительного обсуждения возникающих вопросов, проблем, мирного разрешения конфликтов. И в этом пространстве есть люди, которым доверяешь, к которым можно обратиться за поддержкой, советом, помощью в трудные времена, с кем можно поделиться своими заботами, тревогами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыферова Л.И. Некоторые теоретические проблемы психологии личности // Вопросы психологии, 1978, №1.
2. Бурмистрова Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с особыми нуждами // Коррекционная педагогика и психология: Сб. — М., 2001.
3. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага, 1983.
4. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении: Учебник / Под общ. ред. И.А. Баевой. — СПб, 2006.
5. Психическое здоровье учащихся и осуществление индивидуального подхода к ним. — М., 1989.
6. Раку А.И. Взаимодействие семьи и школы в социальной адаптации учащихся. — Кишинев, 1982.
7. Юртайкин В.В., Комарова О.Г. Семья и ребенок с «особыми нуждами» // Школа здоровья, 1996, №1.