

явлений внешнего и внутреннего мира (Дж. Брунер). Восприятие ситуативно-значимых элементов реальности вне целостного контекста, который сам по себе характеризуется чрезвычайно узкими границами как в пространстве, так и во времени.

- Короткий список номенклатуры ценностей морального ряда, снижение их роли в регуляции поведения индивида, приоритет удовлетворения актуальных потребностей. В связи с этим – плохое понимание побудительных причин поведения других людей, и, как следствие, ухудшение взаимопонимания.
- Бедная «Я-концепция». Преобладание самооценки категории «Я – сам по себе», включая оценки внешности и физических способностей, над социальной самооценкой. Неадекватное представление о собственной социальной диспозиции и, как следствие, неверное понимание социальных дистанций. Значительная доля нереальных самооценок.
- Значительное снижение таких составляющих целостного действия как моделирование, программирование и оценка результата. В целом – значимое снижение общего уровня саморегуляции действий. Импульсивность.

В серии эмпирических исследований, проведённых сотрудниками лаборатории, были получены результаты, подтверждающие выдвинутые нами гипотезы, и, в целом, хорошо иллюстрирующие предложенную концепцию.

Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения ребенка с отклонениями в развитии

Сорокин В.М.

ИСПиП, Санкт – Петербург

vombat54@mail.ru

Рождение ребенка с отклонениями развития чаще всего воспринимается как эмоционально травмирующее, а главное неожиданное событие. [Д.Н. Исаев, Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина, В.В. Ткачева, О.Н. Усанова, Л.М. Шипицына. и др.]

Результаты проведенных нами опросов показывают, что женщины, будущие матери, имеющие высшее немедицинское образование оценивают вероятность рождения больного ребенка в 10 – 12%. Молодые женщины, имеющие медицинское образование, оценивают такую вероятность несколько выше - от 18 до 25% случаев. Опрос мужчин показал, что вероятность рождения у них больного ребенка оценивалась ими независимо от образования на уровне от 2 до 5%. Эти данные говорят о том, что женщины психологически оказываются более подготовлены к возможным осложнениям при рождении ребенка, чем мужчины, что, по всей вероятности, определяет различие в реакциях на рождение больного ребенка между мужчинами и женщинами. Когда родительские реакции описываются как шок, стресс, отчаяние, в большей степени это относится к отцам, чем матерям.

В основе психологических реакций родителей лежит так называемый феномен экспектаций, под которым понимается система ожиданий родителей в отношении ребенка и своего собственного поведения в отношении последнего. Рождение больного ребенка аннулирует прежние экспектации, а новые в этот момент еще не сформированы. Отсутствие экспектаций и порождает шоковую реакцию, создает благоприятные условия для формирования отрицательных ожиданий в отношении больного ребенка, как бесперспективного и не оправдавшего надежд существа.

Отсутствие экспектаций является не только причиной стрессовых реакций на факт рождения больного ребенка, но и приводит к тому, что процесс воспитания ребенка подменяется простым физическим уходом, ибо родители не представляют, какие воспитательные меры к ребенку применимы. Это дополнительно, помимо болезни, осложняет процесс

развития ребенка. Период неэффективных попыток лечения в ряде случаев продолжается до 5 лет. За это время родители, как правило, узнают очень много о заболевании своего ребенка, его причинах, течении, возможных осложнениях. Как ни странно, о том, как в этих условиях развивается ребенок и каковы особенности его воспитания, родители знают очень мало. Сам процесс воспитания как бы откладывается на потом. В результате необратимо теряется много времени, которое могло бы быть потрачено более эффективно на процесс воспитания ребенка, что дополнительно осложняет процесс его психического развития.

Процесс принятия больного ребенка весьма сложный и неоднозначный по своему содержанию у разных родителей и зависит не столько от характера заболевания ребенка, сколько от особенностей личности матери и отца. Общей же закономерностью является то, что первыми начинают принимать больного ребенка матери. Во многом это определяется формирующимся механизмом материнской привязанности и безусловным характером материнской любви. Кроме того, как указывалось выше, женщины оказываются более подготовленными психологически к рождению больного ребенка, чем мужчины.

Отношение отцов к ребенку отличается большей рациональностью, а их любовь - условностью. Именно поэтому принятие больного ребенка отцами выглядит более противоречиво и драматично. Тем не менее, опыт показывает, что пример материнского принятия ребенка для многих отцов становится положительным и стимулирующим образцом. Но не редки случаи, когда абсолютное принятие ребенка матерью приводит к нарушению отношений между супругами. В дальнейшем, когда родители больного ребенка, так или иначе, знакомятся с другими родителями, воспитывающими таких же детей - инвалидов, их опыт, схожесть проблем значительно смягчают процесс отношения к собственному ребенку и его принятие. Тем не менее, на самых ранних стадиях, знакомство с другими родителями не всегда оказывает положительный эффект. Родители еще не смирились со своим

положением и не до конца приняли больного ребенка и себя в роли его родителей. Именно поэтому опыт других родителей воспринимается как чужеродный и ненужный, не имеющий к ним никакого отношения.

Продолжительность шоковых реакций у родителей разными авторами оценивается по - разному в зависимости от критериев купирования признаков состояния шока. То, насколько родители быстро выходят из шокового состояния, зависит от множества причин – и, прежде всего, от индивидуально – психологических особенностей матери и отца, от того насколько был желанным ребенок и пр. Но, пожалуй, наиболее важный фактор, способствующий быстрой мобилизации родителей, – это степень их эмоциональной близости и сплоченности. Это позволяет воспринимать супругами случившееся не как событие личной жизни, а событие собственной семьи, члены которой нуждаются в помощи и поддержке. Многие матери отмечали, что длительное переживание стресса от факта рождения больного ребенка в конечно счете психологически выматывал их, лишал сил что-либо делать. Во многих случаях отмечалось появление многочисленных соматических жалоб на боли в сердце, желудке, озноб, сонливость, тошноту, головокружение, плохой сон, отсутствие аппетита и пр. Отцы в гораздо меньшей степени демонстрируют признаки астенизации. Во многом это объяснимо тем фактом, что они меньше проводят времени с ребенком, переключаясь на другие виды деятельности. Больше половины женщин отмечали, что в этот период они остаются без психологической поддержки. Окружающие их люди стараются избегать разговоров на травмирующую тему, и тем самым оставляют ее в состоянии психологического одиночества. Ощущение общей неуверенности весьма часто приводит к тому, что родители ребенка не всегда откровенно обсуждают друг с другом собственные переживания по поводу случившегося.

В процессе психологического консультирования у более чем 70% женщин, воспитывающих детей с различными отклонениями в развитии,

отмечается чрезвычайно амбивалентное отношение к собственному ребенку. Прежде всего это проявляется в чувстве постоянной немотивированной тревоги за ребенка, неизменно присутствует ощущение какой-то опасности, того, что что-то неприятное должно произойти. Матери отмечали, что до рождения ребенка не были ни тревожными, ни мнительными. Тревога начинала проявляться в конце первого года после рождения ребенка. Многие констатировали у себя в первое время после рождения ребенка острое чувство собственной незащищенности и слабости. Оно переживалось так же, как и неспособность защитить собственного ребенка. Возникает чувство, что и он, ребенок, тоже беззащитен и его легко потерять, ибо с ним в любую минуту может произойти что-то непоправимое. Возникало состояние тревожного ожидания. Чувство собственной слабости и невозможности защитить своего ребенка лишний раз усиливало чувство вины матери перед ним.

Противоречивость отношения к собственному ребенку проявлялось в том, что он одновременно рассматривался и как объект особой любви, и как источник собственных душевных страданий. Именно последнее, по оценке большинства матерей, являлось причиной частых приступов раздражения по отношению к ребенку.

Иррациональный страх за ребенка дополнялся таким же иррациональным чувством вины перед ним. Многолетний опыт работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, показывает, что именно на ранних стадиях закладываются и фиксируются неадекватные стили отношения к больному ребенку, в неменьшей степени осложняющее процесс его психического развития, чем само заболевание.

Литература

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. - СПб., 2003.
2. Мастюкова Е.М. Московкина А.Г. Семенное воспитание детей с отклонениями в развитии. - М., 2004.
3. Ткачева В.В. Гармония семейных отношений. - М., 2000.

4. Усанова О.Н. Специальная психология. - СПб., 2006.
5. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. - СПб., 2002.

Эффективность нейропсихологической коррекции девиантного поведения детей с задержкой психического развития

Султанова А. С.

Институт психолого-педагогических проблем детства РАО, Москва

Задержка психического развития (ЗПР) является одним из самых часто встречающихся вариантов психического дизонтогенеза. Данные различных авторов показывают, что для детей с ЗПР характерно не только отставание в темпах развития, но и целый спектр поведенческих нарушений. Согласно нашим наблюдениям, зачастую именно нарушения поведения являются причиной обращения родителей этих детей за помощью к специалистам. Часто родители недооценивают глубины отставания ребенка в психическом развитии (считают, что «еще маленький», «перерастет», приводят аргументы «другие еще позже начали говорить, и ничего» и т.п.), однако смириться с нарушениями поведения оказывается для родителей и других членов семьи очень сложно.

В представляемом исследовании приняли участие дети с ЗПР церебрально-органического генеза двух возрастных групп: 5-7 лет (дошкольники, 20 чел.) и 8-10 лет (младшие школьники, 26 чел.). Поскольку данная форма ЗПР обусловлена перинатальным поражением ЦНС, с этими детьми целесообразно проведение нейропсихологической коррекции. Однако нейропсихологическая коррекция направлена, в основном, на улучшение продуктивности психических процессов – внимания, памяти, речи, мышления и пр. Может ли ее проведение повлиять на поведение ребенка, нивелировать поведенческие нарушения? Чтобы ответить на данный вопрос, мы проанализировали результаты нейропсихологической коррекции, проводимой в течение учебного года с детьми, имеющими ЗПР.