

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования  
Кафедра психологии

**СИЛАЕВА ЭЛИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ПЕРЕЖИВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ ИНТЕРНЕТ  
СООБЩЕСТВ)**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы  
Практическая психология в образовании

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

к. псих. н., доцент Дубовик Е. Ю.

28.05.18

Научный руководитель

к. пед. н., доцент Шандрибо С. В.

28.05.18

Дата защиты

28.06.18

Обучающийся

Силаева Э. В.

28.05.18

Оценка \_\_\_\_\_

Красноярск 2018

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования  
Кафедра психологии

**СИЛАЕВА ЭЛИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА**

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**ПЕРЕЖИВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ (ПО МАТЕРИАЛАМ  
ИНТЕРНЕТ СООБЩЕСТВ)**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы  
Практическая психология в образовании

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой  
к.псх.н., доцент Дубовик Е.Ю.

---

Научный руководитель  
к. пед. н., доцент Шандыбо С.В.

---

Дата защиты

---

Обучающийся  
Силаева Э.В.

---

Оценка \_\_\_\_\_

Красноярск 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ</b> .....	6
1.1. Проблема переживаний в психологии.....	6
1.2. Отношение родителей к особенностям ребенка с ограниченными возможностями здоровья как психолого-педагогическая проблема.....	23
1.3. Содержание переживаний родителей в связи с особенностями ребенка с ограниченными возможностями здоровья .....	31
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1</b> .....	38
<b>ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ</b> .....	39
2.1. Процедура исследования.....	39
2.2. Анализ и интерпретация результатов.....	40
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2</b> .....	52
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	53
<b>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК</b> .....	54

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В настоящее время в мире живёт огромное количество семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, являются наиболее уязвимыми категориями граждан. Родители детей с ОВЗ испытывают множество проблем, встающих перед ними при воспитании ребёнка. Каждый возрастной период приносит в жизнь родителей новые сложности.

Рождение в семье ребёнка с ограниченными возможностями здоровья влечёт за собой кардинальные изменения жизни родителей. Рождение больного ребёнка разрушает цели родителей и построенные планы, изменяет их представление о своей роли и месте в жизни.

В данной ситуации одним из важнейших направлений исследований является изучение особенностей переживаний родителей, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями. Определение проблемного поля позволяет повысить эффективность психологической помощи и поддержки семей с ребёнком с ОВЗ. Выше изложенное определило актуальность нашего исследования.

**Объект исследования:** родители, воспитывающие детей с ОВЗ.

**Предмет исследования:** переживания родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ.

**Цель исследования:** изучить переживания родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ.

**Гипотеза исследования:** анализ высказываний на форумах родителей детей с ОВЗ отражает состояние хронического стресса родителей, проявляющийся, в том числе, в семантической категории, которая может отражать фазы стрессового состояния.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть отношение родителей к особенностям ребенка с ОВЗ.

2. Проанализировать переживания родителей в связи с особенностями ребенка с ОВЗ.

3. Провести контент-анализ переживаний родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ.

4. Обобщить полученные данные.

**Методы исследования:**

– анализ литературы по проблеме исследования;  
– контент-анализ сообщений родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, на форумах;

– синтез;

– классификация;

– обобщение;

– систематизация.

**Теоретико-методологической базой** исследования стали работы Л.И. Акатова, А.М. Аратюнян, Е.Я. Диденко, М.О. Егоровой, Л.Г. Забориной, С.В. Калининой, И.Ю. Левченко, Е.И. Мизгаровой, Е.В. Нищакowej, В.В. Ткачёвой, Т.И. Шульги и др.

**Практическая значимость** исследования заключается в изучении и систематизации психологических переживаний родителей детей с ОВЗ. Глубокое изучение психологических переживаний родителей детей с ОВЗ позволяет разрабатывать более эффективные программы психологического сопровождения этих семей и психологической поддержки родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.

**Этапы исследования:**

1 этап – были определены основные подходы к концепции исследования, сделан анализ педагогической, психологической литературы по исследуемой проблеме, определены методологические и методические подходы к проблеме исследования. На первом этапе был разработан понятийный аппарат, сформулирована рабочая гипотеза, определены цели и задачи исследования.

2 этап – был разработан методический аппарат исследования. На втором этапе была уточнена гипотеза.

3 этап – проведение контент-анализа особенностей переживаний родителей с ОВЗ. На текущем этапе были обобщены результаты эмпирического исследования, оформлен библиографический список, подготовлены научно-методические рекомендации.

**Структура работы:** работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

## 1.1. Проблема переживаний в психологии

Категория «переживание» в рамках психологических исследований первоначально является объектом общей психологии. В настоящее время существует несколько взглядов на это понятие: гедонический, деятельностный, адаптационный и экзистенциальный. Для того, чтобы проследить субъективную динамику процесса переживания, возникала необходимость во взгляде со стороны психотерапии.

Семантика слова «переживание» в психологии разработана недостаточно четко. В теории познания существует определение понятия «переживание» как субъективного пристрастного отражения окружающего мира, противопоставляемого объективному знанию о мире.

В «Словаре психолога-практика» переживание определяется как «любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние и явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как важное событие жизни» [33, с. 492].

С.Л. Рубинштейн определял личное переживание как «совокупность человеческих чувств, а по существу, совокупность отношений человека к миру и прежде всего к другим людям в живой и непосредственной форме» [30, с. 574].

Общепсихологическая традиция рассматривает переживание как элемент эмоциональной жизни человека в трех аспектах: гедоническом, деятельностном, адаптационном.

Представители гедонического подхода (Б.А. Вяткин, Л.Я. Дорфман, А.О. Прохоров, Е.П. Ильин) связывают понятие «переживание» с психическими состояниями, которые являются активной, системной, приспособительной реакцией личности на внешние и внутренние

воздействия и направлены на сохранение ее целостности и обеспечение жизнедеятельности в конкретных условиях обитания. Переживание рассматривается этими авторами в единстве с поведением и физиологическими изменениями как составляющими понятия «психическое состояние». В структуре психического состояния переживание является психическим уровнем реагирования человека на изменения в условиях существования и определяется как совокупность ощущений, эмоций, чувств и аффектов, возникающих в связи со значимой для индивида ситуацией, имеющей для него проблемный характер. Систематика аффективных проявлений психической активности человека с ее составляющими: эмоциями, аффектами, чувствами – включает в этот перечень и переживание [6; 14; 22].

В деятельностном подходе (Ф.Е. Василюк) переживание рассматривается как «внутренняя деятельность субъекта по принятию фактов и событий жизни, по установлению смыслового соответствия между сознанием и бытием, обретению внутренней, смысловой разрешенности действия» [8, с. 28–29]. Необходимость в переживании возникает у субъекта в особых критических жизненных ситуациях, при невозможности жить как раньше и реализовывать внутренние потребности своей жизни (мотивы, стремления, ценности). Такими критическими ситуациями в жизни человека являются стрессы, фрустрации, конфликты и кризисы. Переживание становится для человека, переживающего критическую ситуацию, восстановительной работой, а его целью является достижение осмысленности дальнейшей жизни.

С точки зрения Ф.Е. Василюка, ответом человека на критическую ситуацию могут быть три формы активности: деятельность – переживание – молитва. Эти разные формы активности в ситуации беды могут сменять друг друга, дополнять, конкурировать, но в своей совокупности представляют весь круг возможных типов реагирования на критическую ситуацию. Эти три категории образуют единую смысловую целостность.



Феноменологической предпосылкой переживания является ситуация невозможности желаемых изменений, удовлетворения потребностей, достижения целей, осуществления ценностей и т. п. Ситуация переживается как невозвратимость, несбыточность, неизбежность, безнадежность, бессилие, отчаяние, невыносимость. В противоположность этому феноменологической основой всякой деятельности является чувство возможности изменений ситуации, надежда, уверенность, осмысленность, осуществимость, допустимость. В отличие от переживания и деятельности, феноменологической основой молитвы является возможность невозможного, когда объективно невозможное изнутри преодолевается надеждой и верой либо ситуацией сверхвозможности (жизненные пики и вершины, щедрые дары, свершившееся чудо, открытие, исцеление, нечаянная радость, немислимое счастье). Молитва зарождается в точках «экзистенциальных экстремумов», как положительных, так и отрицательных, в экстремальных точках переживания, когда наступает кризис в переживании кризиса [9, с. 20]. Каждый из этих трех процессов имеет свою доминирующую направленность: деятельность – к внешнему миру, переживание – к человеку и его внутреннему миру смыслов, молитва – к Богу.

Представители адаптационного подхода (С.К. Бондырева, Д.В. Колесов) рассматривают переживание как «способность индивида выдерживать психическое и физическое напряжение, необходимое для благополучного разрешения проблемной ситуации» [5, с. 5]. Переживание осуществляет «аффективную мобилизацию ресурсов психики индивида ради выживания в проблемной ситуации и повышения вероятности выживания в последующих подобных ситуациях путем обогащения внутреннего мира и сферы деятельности» [5, с. 114].

Представители экзистенциального направления в психологии (Р.Д. Лэйнг, А. Лэнгле, В. Франкл) рассматривают переживание как способ бытия человека в мире, как целостный внутренний опыт в непосредственной данности сознанию. Жизненный мир как абсолютная данность скорее

переживается, чем осмысливается человеком. Приходя в этот мир не по своей воле, человек оказывается «заброшенным в мир» и, находясь в этом мире, переживает его. Переживание представляет собой с точки зрения экзистенциальной психологии «точку пересечения» внешнего и внутреннего миров. Оно является основой, на которую человек может опираться и поэтому преодолевать обстоятельства, формировать жизнь в конкретном мире условий, возможностей и требований.

Экзистенциальный подход определяет «переживание» как особую форму активности субъекта, позволяющую в критической жизненной ситуации перенести тяжелые события, обрести, благодаря переоценке ценностей, осмысленность существования. Понятие «переживание» явно указывает на контакт человека с жизнью, который субъект устанавливает в каждой конкретной ситуации. Переживание интерпретируется в экзистенциальной психологии как вступление в контакт с жизнью, формирование личного отношения к жизни, согласование переживаемой ситуации с собственной жизнью в ее сущности [24; 25].

Психиатр-экзистенциалист Рональд Дэвид Лэинг в работе «Феноменология переживания» рассматривает переживание как «свидетельство», а психологию как логос переживания. Он пишет: «Моя психика – это и есть мое переживание, а мое переживание и есть моя психика» [24, с. 28].

Основная идея существующих подходов в понимании процесса переживания состоит в том, что переживание является формой активности субъекта по преодолению критических жизненных ситуаций. Вместе с тем очень часто, когда дело касается практики, казалось бы, различные подходы оказываются похожими и малоразличимыми. Основной недостаток этих подходов состоит в том, что данные трактовки процесса переживания ограничивают возможности «входа» в структуры психики и личности и потому не замечают некоторые важные аспекты процесса переживания.

Исследования эмоциональной сферы человека общепсихологической традицией оказались недостаточными, когда психология столкнулась с задачей практической помощи людям по преодолению критических состояний и психологических проблем. Оказалось, что психическое состояние невозможно описать с помощью одной – единственной эмоции: человек может переживать одновременно множество эмоций, причем разной модальности. Сложное сочетание эмоций (гомерический хохот, смех-рыдание, смех сквозь слезы), перетекание одной эмоции в другую, наложение эмоций, когда одна эмоция сверху, другая снизу, – известные в психотерапевтической практике феномены эмоциональных состояний. В связи с этим чисто академический подход к человеческому состоянию показывает недостаток аналитики, разделяющей всю глубину человеческих переживаний на отдельные составляющие.

Кроме этого, эмоциональные составляющие имеют определенный набор первичных эмоциональных компонентов. У. Уотсон, рассматривая проблему развития эмоций, выделял три врожденные эмоции: страх, гнев, любовь. К. Изард, в качестве первичных, выделяет десять фундаментальных эмоций, образующих основную мотивационную систему человеческого существования: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина. В. Плутчик обозначил восемь первичных эмоций: принятие, отвращение, гнев, страх, радость, горе, испуг, ожидание [18, с. 28]. Очевидно, что вопрос первичных эмоций в психологии все еще не решен. Но еще больше вопросов возникает при объединении первичных и вторичных эмоций, например, в какой мере в тревоге содержатся страх, печаль, вина, гнев. Неспроста в психотерапевтической практике общепсихологические подходы изучения эмоциональной сферы человека не получили серьезного распространения.

В психотерапевтическом контексте переживание рассматривается как важнейший элемент внутренней экзистенции человека, интегрально отражающий актуальное психологическое состояние. Переживание есть

выражение глубинных личностных смыслов, проявляющихся на всех уровнях психики: бессознательном, сознательном и сверхсознательном. Человек непосредственно идентифицирует себя через смыслы своей жизни, где находятся его смыслы, там и переживания.

Эмоции и чувства имеют определенную модальность, а переживание полимодальное или частично модальное, часто протекающее в сочетании с соматическими ощущениями. Если эмоции более подвержены осмыслению, то переживание многокомпонентно и поймать его суть сложно. Это могут быть и горе, и страх, и злость, и печаль одновременно. Но это не горе, не злость, не страх, не печаль, отдельно взятые. Переживание больше, чем совокупность эмоций, оно имеет более глубокое психологическое насыщение.

Переживание – внутренне не наполненный, не имеющий строгого значения термин, который скорее отражает субъективное состояние человека, чем является элементом некоторого психологического состояния. Переживание в этом смысле является феноменом, а не понятием.

В качестве феномена термин «переживание» начал формироваться в рамках практической психологии и психотерапевтической практики, где переживание становится важным элементом субъективного мира человека и выступает мишенью психотерапевтического воздействия. С этой точки зрения, как говорил Дж. Бьюдженталь, нет ничего объективнее субъективного.

При психотерапевтической работе топография психики клиента предстает не как гомогенная модель, а как гетерогенная. Психика устроена как «слоеный пирог», причем в этом «слоеном пироге» проблемы одного уровня не снимаются более высокими уровнями, как это указывается в отечественной литературе. Первоначально внутреннее травматическое состояние представляет собой единство травматического содержания (события) и соответствующего ему переживания. Затем в психике происходит расщепление, и переживание «уводится» от травматического

события, а само событие дезаффекуруется и легко подвергается забыванию или другим трансформациям. Переживание пытается найти новое, менее травматическое содержание. Одна часть переживания прикрепляется к травматическому содержанию, другая остается не связанной ни с каким содержанием и функционирует как свободный радикал, что, в свою очередь, обуславливает наличие непроизвольного выражения эмоций (страха, злости, обиды) без понимания, к чему и к какой ситуации они относятся.

Таким образом, переживание может представлять собой свободные радикалы, не прикрепленные к определенному конфликтному или травматическому содержанию, свободно плавающие в системе психики. А могут прикрепляться к новому, менее травматическому содержанию, тем самым защищая психику от серьезных травм.

Более того, как показывает психотерапевтическая практика, в человеке одновременно сосуществуют множество переживаний, относящихся к разным пластам психики, которые соотносятся с разными возрастами онтогенетического развития. Причем в какой-то момент времени происходит эго-идентификация с переживаниями определенного уровня, остальные переживания либо остаются вне поля сознания (вытесняются, смещаются, подавляются, проецируются, отрицаются и пр.), либо наблюдается конверсия в соматическую сферу.

Следовательно, при психотерапевтической работе имеют место несколько структур внутреннего опыта:

- актуальные переживания;
- переживания, относящиеся к разным возрастам онтогенеза, которые сосуществуют одновременно;
- эгосинтонность/дистонность при которых только часть переживаний идентифицирована в «эго»;
- травматические переживания;
- регрессивные переживания;

– блокировка экзистенцией некоторых травматических переживаний в системе психики и попытка вытолкнуть их из сознания, помещая либо в сому (как эквивалент), либо в сновидения, или попыткой обесточить их, окружив системой психологических защит;

– свободно плавающие переживания;

– ресурсные переживания (ресурсный опыт).

Психотерапевтический процесс может быть инициирован вхождением в актуальное переживание клиента, и это только начало. Затем клиент может столкнуться с любой структурой внутреннего опыта, который актуальному переживанию придаст совсем другую модальность и динамику. Фундаментальная характеристика переживания – текучесть: переживания по своей природе не статичны, а динамичны. Динамика переживания – это внутреннее движение психики по неизведанной территории, обнаружение в себе нового или давно забытого старого содержания, самоисследование и открытие «зажатых» зон: эмоций, желаний, мыслей, телесных проявлений, энергий. Проявляются переживания на всех уровнях: когнитивном, эмоциональном, мотивационном, телесном, энергетическом.

Переживания являются главной мишенью воздействия в процессуальной психотерапии и выражают внутреннее по отношению к личности содержание проблемы наряду с мыслями, фантазиями, отношением к психотравмирующей ситуации. Идея процессуальности психотерапии связана с теми ее моделями, которые фокусируются на непосредственном опыте переживания ситуации «здесь и сейчас» (И. Ялом, А. Минделл и др.). Идея процесса не получила должного распространения в отечественной среде практикующих психотерапевтов. Процессуальная психотерапия предполагает, что клиент движется в своем, только им переживаемом (не мыслимом, а именно переживаемом) направлении изменения, а психотерапевт помогает ему утилизировать внутренний ресурс. Переживание в этом случае является живым, динамичным, спонтанным и саногенным процессом, который происходит в психике клиента. Важным в

процессуальной психотерапии является не только понимание себя и причин своих проблем, но и активное переживание.

Травматический опыт личности имеет специфические характеристики: к нему не существует прямого доступа – клиент не может просто рассказать о своих травмах и переживаниях, доступ к самому переживанию, как правило, закрыт. Более того, существует феномен «слоистости» выражения вытесненных переживаний. Одно переживание (например, тоска) сменяется другим (гневом), а затем третьим (обидой, стоном, плачем) и т. д.

Следующая характеристика травматического опыта – неосознанность и внутреннее неприятие. Смысловое поле прошлого травматического опыта обнаруживается в системе взрослого поведения, соматических проявлениях. Когда удастся войти в детский психотравмирующий опыт, последний переживается так бурно, словно травматизация происходит в настоящее время, прошлое словно оживает, становится актуальным переживанием. Необходимо подчеркнуть, что это не эмоциональное отношение к прошлым травмам, не воспоминание об этих травмах и связанных с ними переживаниях, а актуальное переживание «здесь и сейчас», когда клиент регрессирует к возрасту травмы и находится в нем. Не следует понимать такую регрессию как тотальный процесс, клиент входит в некий модус сознания (комплекс чувств, мыслей, фантазий, телесных проявлений, особенностей поведения, образующих некоторую целостность), видит и переживает мир, находясь в нем. При этом клиент одновременно находится в нескольких модусах сознания, отношения между которыми у разных клиентов значительно варьируется. Это либо бифокальность сознания, когда инфантильный и зрелый модусы сознания существуют одновременно, либо стиль «поплавка», когда клиент «ныряет» в инфантильный модус, где начинается некий, ранее зажатый процесс, а затем по какой-либо причине «выскакивает» из него. Травматический опыт можно считать «оживленным» в том случае, если возникают соответствующие ему переживания и иницируется процесс оживления подавленных, вытесненных чувств и

желаний. Такой процесс представляет собой динамическое взаимодействие различных модусов сознания, часто принимающее форму внутреннего конфликта, и протекает на разных уровнях: соматическом, эмоциональном, поведенческом, на уровне фантазий и сновидений.

Переживание в психотерапевтическом процессе может иметь разные уровни проявления:

- первично связанную эмоцию – свободно «плавающую» эмоцию, лишенную привязки к биографическому, травматическому опыту;
- вторично связанную эмоцию, которая «прячется» в новом содержании, маскируется и как бы теряет свою травматичность;
- немодальную эмоцию – неоформленную в модальное состояние эмоцию, представленную как прочувствованные ощущения (felt sense);
- подавленные эмоции, которые существуют в потенциальной форме.

Характеристиками переживания, имеющими фундаментальное значение для психотерапевтического процесса, являются:

- интровертивная (вытеснение) или экстравертивная (отреагирование) тенденции;
- интегральный характер как показатель субъективного, а не психологического состояния;
- многоуровневость – переживание рассматривается как образование, обладающее «слоистой» структурой со множеством измерений;
- текучесть (динамичность, изменчивость);
- полимодальность (одновременное переживание нескольких эмоций, иногда противоположных);
- адресованность и направленность (вектор адресованности переживания – адресат переживания, к которому оно обращено, вектор направленности – предмет переживания). Адресованность переживания не всегда бывает очевидной: она может быть и латентной, и неопределенной, положительной (желание открыться адресату) и отрицательной (желание



скрыть переживание от адресата), сознательной и бессознательной (феномены переноса);

– аффективный резонанс (переживание обязательно содержит в себе чувства и эмоции, иначе оно осталось бы простым принятием к сведению информации, чем-то вроде мысли или ассоциации). Чувства представляют собой основу переживания;

– личностно-энергичный характер (психотерапевтическая трактовка подчеркивает идею активного участия личности в своих переживаниях, из чего вытекает важное следствие: личность в ответе за свое переживание). В связи с этим во многих психотерапевтических системах особо ценятся естественность и спонтанность процесса переживания.

Ф.Е. Василюк выдвинул тезис о личностно-энергичном характере переживания, который имеет фундаментальное значение для психотерапии. Человек свободен в своих переживаниях, с одной стороны, и ответственен за них – с другой. Личность активно участвует в своем переживании, она может противостоять переживанию, может примириться с ним и даже поддержать его. Следствием победы стихийности является патология самого переживания и угроза невротизации и психопатизации личности. «Если личность не займется своим переживанием, то переживание займется личностью» [16, с. 102]. Человек не только переживает душевные состояния и процессы, но и определенным образом относится к ним, оценивает, истолковывает, пытается понять их истоки и сущность, старается изменить и направить. Вся эта активность личности составляет плоскость целостного процесса переживания, которая называется «планом осмысления переживания» [16, с. 103].

В структуру переживания входят следующие элементы:

- объект переживания (переживаемые обстоятельства);
- субъект переживания (личность переживающего человека);
- процесс переживания (его динамика).

В процессе переживания Ф.Е. Василюк различает три плана протекания:

1) план непосредственного переживания, в котором происходит проживание чувственного опыта (формы чувствования душевных процессов и состояний);

2) план способов и форм выражения переживаний, в котором происходит осуществление разных форм экспликации внутренних состояний и процессов (пространством выражения переживаний являются тело, сновидения, невербальные сигналы, действия, общение);

3) план осмысления – формы и способы внутренней смысловой работы переживания, которая состоит в выявлении смысла уже свершившихся событий жизни и в поиске источников жизненного смысла, в наполнении бытия смыслом [16, с. 28].

Для формирования и достижения интенсивности переживания необходим определенный промежуток времени. А. Лэнгле описывает поэтапное развитие переживания с точки зрения экзистенциального анализа. Каждое переживание начинается с эмоций, которые в экзистенциальной литературе называются «непосредственной аффицированностью» или «первичной эмоцией». Первичная эмоция содержит те самые силу и витальность, которые характерны для любого переживания и благодаря которым люди стремятся к переживаниям, чувствуя в них жизнь, ее очарование и вкус.

Переживание может получить углубление, если начнется процесс осмысления содержания ситуации. Глубина ситуации иногда не может открыться на когнитивном уровне и поэтому полнее и лучше передается в чувственном опыте. Благодаря раскрытию содержания «первичной эмоции» раскрывается глубинное измерение, которое дает переживанию нечто существенное и превращает его во «внутреннее событие».

Еще большее углубление переживание получает, если человек разделит его с другими людьми, узнает об их чувствах и услышит ответ.

Углубление переживания при отсутствии каких-либо блокад вызывает ответ из самой глубины «Персоны», которая находит интуитивное, соответствующее самой себе чувствование ситуации и освобождается от власти первого впечатления. «Персона» вновь обретает свободу в возврате к собственной «изначальности», своему собственному источнику, и становится созидающей и творческой. Именно за счет нахождения собственного, происходящего из самой глубины содержания и обозначающего персональную позицию по отношению к впечатлению, возникает внутренняя почва, которая закрепляет пережитый опыт. Данный этап переживания содержит также и когнитивный аспект, а именно понимание ситуации и занятие позиции. Этот вид переработки переживаний в равной степени происходит как при приятных, так и при травмирующих, приносящих страдание и неуверенность событиях.

В конечном счете, процесс переживания идет дальше и переходит в стадию, которую можно было бы назвать «переживанием себя» в переживании чего-то другого и которая запускает динамику соединения пережитого с практикой жизни, вступления в диалогическое взаимодействие с миром и выражения себя. Перед человеком возникает вопрос: «Что я теперь сделаю с тем, что пережил и переработал?». В этой последней фазе процесса переживания все более осязаемой становится сила, побуждающая человека к действию и развитию [25, с. 76–78].

Таким образом, процесс переживания проходит следующие этапы:

- впечатление, возникновение «первичной эмоции»;
- углубление и возникновение чувств;
- осмысление содержания ситуации;
- превращение пережитого во «внутреннее событие»;
- получение персонального ответа о смысле ситуации;
- формирование собственных установок по поводу пережитого;
- ответ миру, действие, развитие.

Проблема типологии и классификации переживаний была разработана Ф.Е. Василюком [8]. В основу классификации переживаний он поставил отношение субъекта к реальности и ввел типологию жизненных миров (пластов сознания). Жизненный мир включает в себя внешний и внутренний миры, имеющие собственные критерии. Внешний мир может быть для человека легким или трудным, внутренний мир – простым или сложным.

Внешний мир легкий – достаточная обеспеченность всех жизненных процессов, непосредственная данность индивиду предметов удовлетворения потребностей. Удовлетворение потребностей происходит сразу при их возникновении. Между потребностью и ее удовлетворением нет никакой деятельности, никакого расстояния, они как бы непосредственно соприкасаются. Прототипом такой жизни являются условия внутриутробного и младенческого существования человека, которые составляют основу инфантильного мироощущения. Целью и высшей ценностью такой жизни является удовольствие. Опыт легкой и простой внешней жизни приводит к пассивности субъекта, так как в описанных условиях не требуется никакая деятельность по преодолению препятствий внешнего мира. Такое существо не обладает опытом переживаний как деятельностью и на критические ситуации может реагировать только стрессовыми реакциями.

Внешний мир трудный – наличие препятствий к удовлетворению потребностей. Субъекту приходится признать, что удовлетворение его потребностей невозможно «здесь» и «сейчас», оно возможно лишь «там» и «потом», в сознании возникает представление о пространственной и временной протяженности внешнего мира. Принципом такой жизни становится подчинение реальности.

Внутренний мир простой – односоставность внутреннего мира, обладание одной-единственной потребностью и одним-единственным отношением к миру. Вся жизнь такого человека будет состоять из одной деятельности по удовлетворению единственной потребности, которая всегда будет ненасыщаемой и поэтому всегда актуально напряженной. Процесс

удовлетворения этой единственной потребности совпадает у такого индивида с жизнью. Удовлетворение потребности означает прекращение жизни. В условиях простого внутреннего мира актуальная для субъекта деятельность представляется ему единственной, являет собой всю полноту его внутреннего мира. Такая ситуация может возникать, когда сиюминутная деятельность человека занимает весь его внутренний мир, а все остальное перестает для него существовать.

Внутренний мир сложный – одновременное сосуществование различных потребностей, целей, задач, отношений, необходимость внутренней работы по соподчинению действий и мотивов, по определению очередности действий во времени. Основной проблемой внутреннего мира становится выбор, по существу неразрешимый, поскольку в таком жизненном мире все альтернативы жизненно важны для человека. Внутренней необходимостью для субъекта является достижение внутренней согласованности, сопряженности единиц внутреннего мира в пространстве и времени. Проблема выбора решается формированием ценностного сознания, механизма, который избавляет человека от мучительной необходимости постоянных выборов. Ценностное сознание использует ценность как меру сопоставления различных мотивов.

Тип переживания, представленный ситуацией внешнего легкого и внутреннего простого мира, называется гедонистическим. Опыт такого существования есть у каждого человека, и в определенных ситуациях он может актуализироваться и управлять поведением. Гедонистическое переживание представляет собой инфантильный пласт сознания, который всегда возрождается при удовлетворении потребностей, избегает отрицательных эмоций, подчиняется сиюминутным импульсам, нереалистичен.

Тип переживания, представленный внешне трудным и внутренне простым миром, называется реалистическим. Внутренний мир прост, в нем отсутствуют искушения, соблазны, сомнения, совесть, вина, внутренние

ограничения. Существует только одна деятельность – преодоление внешних препятствий для удовлетворения потребностей. Все предметы и объекты внешнего мира оцениваются с точки зрения полезности и выгоды. Главное – адекватно оценить реальность, чтобы правильно действовать и достичь цели. Реалистическое переживание основывается на механизме терпения. Оно исходит из того, что реальность неумолима, ее необходимо принять такой, какая она есть, покориться, смириться и в ее пределах попытаться добиться удовлетворения потребностей. Реалистическое переживание представляет реалистический пласт сознания, в котором доминирует одна потребность, мотив, отношение, которые становятся интенсивными и фанатичными.

Третий тип переживания, свойственный сложному внутреннему и легкому внешнему миру, называется ценностным переживанием. Его главной функцией является внутренняя работа по становлению мотивационно-ценностной системы, ее иерархизация и перестройка. Развитие ценностной системы особенно интенсивно происходит в критические периоды жизни, когда возникает острая необходимость делать значимые выборы и принимать важные решения. Главная задача ценностного переживания в такие периоды жизни состоит в том, чтобы сохранить верность ценности вопреки очевидной абсурдности и безнадежности сопротивления реальности через мудрость, самоуглубление и самопознание. В случае горя ценностное переживание помогает перевести утраченные отношения в сферу идеального. Ценностный пласт сознания предполагает отказ от эгоцентризма, преодоление рассудочного взгляда на жизнь, идеальный характер мотивации и является подвигом. Прототипом ценностного переживания является нравственное поведение.

Четвертый тип жизненного мира представляет единство сложного внутреннего и трудного внешнего мира. Основным новообразованием, помогающим справиться с трудным и сложным миром, является воля, которая не дает внутренней борьбе мотивов отклонить активность субъекта. Воля служит не одной какой-либо деятельности, а строительству всей жизни,

реализации жизненного замысла, призвания, творчества. Характерным для данного жизненного мира является творческое переживание, а специфической критической ситуацией является кризис, когда реализация своего жизненного замысла становится невозможной. Творческое переживание является работой по самосозиданию, самостроительству, оно восстанавливает утраченную возможность жить и действовать дальше, ищет новые формы практической реализации своих идеальных ценностей. Творческий пласт сознания предполагает нахождение новой системы ценностей, нового смысла жизни, выход за пределы самого себя через самопожертвование и самозабвение.

Таким образом, Ф.Е. Василюк предлагает следующую классификацию переживаний:

– гедонистическое переживание игнорирует реальность, искажает и отрицает ее, формируя иллюзию удовлетворенности сохранности нарушенного содержания жизни;

– реалистическое переживание принимает реальность такой, какая она есть, приспособлявая к ней динамику и содержание потребностей субъекта;

– ценностное переживание пытается обезоружить реальность идеальными процедурами, превращая ее в предмет интерпретации и оценки через ценностное отношение к происходящему;

– творческое переживание отличается чувственно-практическим отношением к реальности через утверждение собственных идеалов.

В реальной жизни человек может использовать различные виды переживания или какие-либо их комбинации. Существуют ситуации, для которых оптимально использовать определенный вид переживания. Если доминантой процесса переживания является принцип удовольствия, переживание, даже в случае успеха, может привести к регрессу личности. Принцип реальности, в лучшем случае, удерживает личность от деградации. И только ценностное и творческое переживание превращают критические

ситуации из разрушительных событий жизни в точки ее духовного роста и совершенствования.

## **1.2. Отношение родителей к особенностям ребенка с ограниченными возможностями здоровья как психолого-педагогическая проблема**

В психологии признается, что семья является важнейшим фактором развития ребенка. Важнейшей предпосылкой нормального психического развития ребенка является любовь к нему значимых близких взрослых – родителей, спокойная атмосфера в семье, доброжелательное отношение [7]. Необходимо понимать, что в случае ограничений возможностей здоровья в силу значительного сужения круга внешних контактов, роль семьи в развитии и социализации ребенка существенно возрастает. Семья как институт первичной социализации для ребенка с ограниченными возможностями играет особую роль, а при некоторых видах нарушений поддержка семьи (материальная, бытовая, психологическая) является решающей для выживания в сложном современном мире [17].

От уровня компетентности родителей в вопросах развития, воспитания, обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, основной модальности психологического климата в подобной семье, эмоционального состояния взрослых в ситуациях взаимодействия с детьми – будет в значительной мере зависеть успешность жизнедеятельности и социализации ребенка. И здесь значимую роль, как и при воспитании обычного ребенка, играет фактор родительского отношения к возможностям ребенка: вера или неверие в его собственные силы, ум, способность принимать жизненные решения [7].

Проблема влияния материнского отношения на психическое здоровье детей все чаще оказывается в центре теоретического и экспериментально-психологического анализа. По мнению многих авторов, это важнейший



аспект вопроса, касающегося психического здоровья детей (А.И. Захаров, Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, А.С. Спиваковская, М.В. Лисина и др.).

Роль взрослого в сохранении психического здоровья неоценима. Одним из главных факторов в сохранении психического здоровья является создание взрослым его эмоционального благополучия, которое в основном достигается благодаря удовлетворению главной потребности дошкольника – общения с взрослыми.

Потребность в общении как одна из ведущих потребностей ребенка является главным источником его эмоций и тем фактором, который влияет на весь эмоциональный склад личности ребенка (А.В. Запорожец, М.И. Лисина). Однако, как указывают многие авторы (Д.И. Фельдштейн, Дж. Франкл, Ю.Б. Гиппенрейтер и др.) в настоящее время утрачен эмоциональный контакт между взрослыми и детьми, утрачены способности взрослых сопереживать, сочувствовать эмоционально значимым проблемам детей [13].

Проблема формирования отношения женщины к беременности и будущему ребенку хорошо исследована в перинатальной психологии. Исследуются вопросы готовности и неготовности к материнству, проблема гестационной доминанты беременности, мотивация беременности и рождения ребенка, а также материнского отношения, рассматриваются образы материнства и матери у беременных и планирующих беременность женщин, а также образы будущего ребенка и прочее [27].

В зависимости от целостности образа материнства, а также ряда других факторов, Г.Г. Филиппова выделяет пять стилей материнского отношения:

1. Адекватный стиль. Проявляется в отношении к ребенку как субъекту. Характеризуется высокой ориентацией на себя и состояние ребенка, высокой материнской компетентности, удовлетворенности материнством и отношением с окружающими людьми.

2. Тревожный стиль. Проявляется в ориентации на мнения других людей, усиленном внимании к негативным сторонам поведения ребенка, а также своего собственного состояния, запоздалой материнской

компетентности, сложности налаживания режима, неуверенности в себе, неудовлетворенности собой и другими, опасений за развитие ребенка.

3. Эмоционально отстраненный, регулирующий стиль. Проявляется в форме игнорирования ребенка, отношения к нему как объекту, ориентации на приучение к режиму, знания о процессе развития ребенка и ожидания его результата, мнения других людей, поздно появляющейся материнской компетентности, претензий к особенностям ребенка, неудовлетворенности условиями, отношениями с другими людьми, нехватки времени на себя, ощущения необходимости все силы отдавать ребенку [38].

4. Амбивалентный стиль. Проявляется в форме конфронтации с ценностями ребенка, с противоположных тенденций эмоционального сопровождения, неравномерной компетентности к разным проявлениям ребенка, конфликта между своими потребностями и необходимостью подчиняться мнению других, недостаточной субъективизацией ребенка, неудовлетворенностью собой, отношениями с другими людьми, их отношения к ребенку и к себе, осуждения себя, самооправданий.

5. Аффективно отвергающий стиль. Проявляется в форме низкой или отрицательной ценности ребенка, игнорирования и осуждения ребенка вплоть до агрессии, низкой материнской компетентности и низким уровнем удовлетворения потребностей ребенка [39].

В перинатальной психологии известен подход, рассматривающий материнство с точки зрения личностного развития женщины, ее психологических и физиологических особенностей в контексте разных периодов репродуктивного цикла. Одной из самых важных фаз представляется беременность, рассматриваемая в качестве критического периода жизни женщины, стадии полоролевой идентификации, особой ситуации адаптации. В данном периоде осуществляется актуализация неизжитых детских психологических проблем, личностных конфликтов, проблем во взаимодействии с собственной матерью.

В переживании беременности немаловажную роль играют личностные особенности женщины, образ материнства, составленный с позиции дочери, а также адаптация к супружеству. В динамике личностных изменений при беременности отмечается обострение внутриличностных конфликтов, инфантилизация, повышение уровня тревожности. Беременность, в таком случае, рассматривается в качестве достаточно острого переходного периода, нередко сопровождающегося кризисными переживаниями [32].

Психологи отмечают, что негативное влияние патологии горя от рождения ребёнка с ОВЗ способно долгие годы оказывать значительное влияние на разные сферы жизни. Рождение ребёнка с ОВЗ способно искусственно преувеличить ценность ребёнка [28].

Многие авторы (О.А. Копыл, С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Филиппова и др.) отмечают, что второй и третий триместр беременности женщины много фантазируют на тему воспитания будущего малыша, особенностей их взаимоотношений с ребёнком, представляют себя в роли матери. При рождении ребёнка с ОВЗ этим планам не суждено сбыться. Планы и мечты, связанные с ребёнком, оказываются разрушены. В сознании матери ребёнок уже имеет индивидуальные особенности и черты характера, рождение больного ребёнка оказывает серьёзное влияние на представление о себе как о матери [38].

В большинстве случаев семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с многочисленными медицинскими, экономическими, социальными проблемами, оказывающими негативное влияние на качество их жизни. Сталкиваясь с этими трудностями, не получая адекватной помощи со стороны государства и общества, многие родители могут дистанцироваться от близких и знакомых, стремятся отгородиться от окружающих, стараются преодолевать свои проблемы в одиночку. В таких семьях деформируются отношения с окружающим миром, стиль внутрисемейных отношений, сложившийся до появления «особого» ребенка в семье. Часто этим родителям свойственно снижение психического тонуса,

заниженная самооценка, нередко преобладают отрицательные эмоциональные переживания [31].

Признавая многообразие возможных обстоятельств рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье, вариативность клинико-психологической картины его развития, все же возможным представляется выделение общих, объединяющих таких родителей особенностей реагирования на фрустрирующую ситуацию.

Так, на первых этапах появления ребенка с ограниченными возможностями развития, родители не принимают диагноза своих детей, их поведение часто характеризуется проявлениями негативизма, что является проявлением защитной реакции, запуска механизма овладения стрессовой ситуацией. На этом этапе возможны споры с врачами, вынесшими страшный вердикт, поиски других врачей, которые могли бы опровергнуть диагноз, предсказать более оптимистичное будущее ребенку и, соответственно, всей его семье [14].

В большинстве случаев родителей охватывает отчаяние, в некоторых случаях ярость от несбывшихся ожиданий. Подобные эмоции, безусловно, не помогают ни ребенку, ни самим родителям. Неприятие особенностей ребенка приводит к недостатку эмоционально-теплых отношений с ним, отрицательно сказывается на всем ходе его развития. Самое тяжелое на этом этапе – принять факт, что ребенок не будет таким, как все его сверстники; осознать, что недостатки ребенка будут заметны окружающим. Однако, принятие родителями факта наличия у ребенка отклонений в развитии является необходимым условием для того, чтобы победить в себе такие чувства, как вина, стыд, страх, найти в себе силы двигаться дальше.

Принятие диагноза ребенка – это своего рода родительский подвиг, позволяющий создать условия для того, чтобы особый ребенок мог развиваться в силу своих возможностей. Принимая во внимание ограничения своего ребенка, мама готова видеть те, возможно и не заметные постороннему взгляду, положительные изменения, которые происходят в

развитии ребенка. Именно эти маленькие победы являются источником ее положительных эмоций, позволяют получить удовольствие от общения с ребенком, ощутить удовлетворение от жизни.

Другой существенной проблемой, оказывающей негативное влияние на формирование эмоционального фона и весь ход функционирования семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, является неадекватное отношение к ним окружающих. С негативным отношением общества родители детей с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются и на улице, и в организациях здравоохранения и образования. Возможны случаи прямого, грубого указания на недостатки развития ребенка, несоответствие его поведения ситуации, отказ видеть такого ребенка в качестве полноценного члена детского коллектива и т.п. При этом близкие «особых детей» испытывают обиду, горечь, чувства унижения и беспомощности.

Родители детей с ограниченными возможностями здоровья каждый день в меру своих сил борются за здоровье и права своих детей. Важно понимать, что для семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, помимо традиционных функций приходится выполнять и коррекционно-развивающую, компенсирующую и реабилитационную функции, способствующие развитию ребенка с ОВЗ, его социализации и интеграции в общество [11]. В свою очередь, реализация этих функций требует значительных усилий со стороны родителей, воспитывающих ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, нередко сопряжены с выраженными эмоциональными проявлениями. Американский специалист в области семейной терапии Дж. Фрамо выдвинул гипотезу о том, что в любой семье, где есть ребенок с теми или иными нарушениями, имеет место «искаженный брак». Эта идея была впоследствии поддержана практиками многих стран [12].

Таким образом, рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья может восприниматься его родителями как трагедия. Факт

появления на свет «особого» ребенка – это причина сильного стресса, который испытывают родители. Стресс оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и может стать причиной травмирующего изменения жизненного уклада семьи. Деформируются:

- сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений;
- система отношений членов семьи с окружающим социумом;
- особенности ценностных ориентаций родителей «особого» ребенка.

Все планы и ожидания семьи в связи с будущим ребенка рушатся в один миг. Осмысление ситуации, обретение новых жизненных ценностей может растянуться на длительный период. Вопросам эмоционального состояния родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, необходимо уделять особое значение. Заинтересованные родители ощущают дефицит в подборе эффективных и профессиональных образовательных услуг, как для ребенка, так и для них самих [1].

В семье, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. Если же один из родителей (или оба) принимают дефект ребёнка и особенности его развития, у них возникает мотивация на оказание помощи ребёнку и преодоление заболеваний, которыми он страдает. При этом переживание чувства тоски и боли за будущее ребёнка, страх перед его дальнейшей жизнью, формирует в родителе мотивацию к поиску средств, которые помогли бы преодолеть проблемы ребёнка и создать условия для адекватной адаптации его к социуму, а также адаптации окружающей среды к его особенностям.

К сожалению, нередко может наблюдаться и такая тенденция: отец не принимает ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и постепенно отдаляется от семьи. Отцы с такой установкой холодно относятся к ребёнку и его матери, нередко унижая её. Контактируя с больным ребёнком и женой, такие мужчины нередко демонстрируют мораль общества, которое дискриминирует положение лиц с ограниченными возможностями ребёнка.

Отцы с такой установкой отказывают больному ребёнку в своей любви и поддержке.

В зависимости от личностных характеристик (добросердечности или жёсткости, мягкости или грубости, склонности к альтруизму или эгоизму и т.д.), семейных и культурных традиций, родители могут испытывать к ребёнку с ОВЗ чувство жалости или стыда. Но при этом значимость и ценность этот ребёнок для них не теряет [38].

У многих родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ, проявляется позиция отстраненности от своих детей. Отсутствие принятия дефекта ребёнка ведёт к явному или скрытому его отвержению и, наоборот, принятие дефекта помогает родителям больного ребёнка любить его таким, какой он есть.

Родители, которые смогли принять дефект своего ребёнка, нередко проявляют удивительные личностные качества, которые позволяют создать для ребёнка оптимальные условия развития. Родители, сумевшие принять болезнь своего ребёнка, несмотря на трудности, которые они испытывают, переживают огромное счастье от контактов с малышом.

Для социализации ребенка с ОВЗ важнейшим условием является сознательное участие родителей. Поэтому, для успешного развития и сотрудничества родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, в современном образовательном пространстве требуется их профессиональное комплексное сопровождение под руководством специалиста [16].

Основной стратегической целью работы специалистов с родителями, воспитывающими ребенка с ОВЗ, является своевременное (на ранних этапах) их информирование об особенностях развития психики ребенка, обоснование необходимости специальных коррекционных занятий, проводимых целенаправленно и систематически; формирование активной позиции в вопросах воспитания и обучения своего ребенка, а также поиск возможных продуктивных форм взаимодействия с ребенком родителей [15].

Эмоциональная поддержка близких – важный ресурс для ребенка с ОВЗ. Но не все родители по своему эмоциональному состоянию могут стать ресурсом для своего аномального ребенка. Некоторым родителям свойственно хроническое снижение настроения (дисфория), депрессивные и субдепрессивные переживания. Они возлагают всю вину за рождение больного ребенка на себя, обесценивают собственную личность и тем самым снижают свои ресурсные возможности [14]. И значимым в данной ситуации является адекватное социальное сопровождение семьи. «Более того, успешно организованное социальное сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему была недоступна» [41].

Итак, подводя итог анализу литературы по проблеме исследования, отметим, что рождение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья всегда является травматичным для родителей. В семье, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. Отношение родителей к ребёнку с ОВЗ может принимать самые разные формы в зависимости от личностных и культурных особенностей родителей. Нередко родители испытывают жалость к ребёнку, страх перед его будущим или чувство стыда за рождение больного ребёнка. Часто отцы не принимают ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и постепенно отдаляются от семьи. Отцы с такой установкой холодно относятся к ребёнку. Родители, сумевшие принять болезнь своего ребёнка, несмотря на трудности, которые они испытывают, переживают огромное счастье от контактов с малышом.

### **1.3. Содержание переживаний родителей в связи с особенностями ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

Психологические переживания родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ, изучали С.Д. Забрамная, А.И. Захаров, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук,



В.Л. Мартынов, Е.М. Мастюкова, Г.А. Мишина, Г.В. Пятакова, А.И. Раку, М.М. Семаго, А.С. Спиваковская, В.В. Ткачева и др.

В последнее время все большую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только детей, страдающих той или иной тяжелой патологией, но и семьи, в которой они воспитываются. Родители, воспитывающие детей с ОВЗ, испытывают значительные психологические трудности в связи с длительным воздействием травмирующей психику ситуации, сложившейся в результате рождения в семье ребенка с аномалией развития [12].

В момент, когда семья узнает о серьезных проблемах со здоровьем своего ребенка, они испытывают удар, который сравним с потерей близкого человека. Нередко этот стресс переходит в депрессивное расстройство. Может возникать непроходящее чувство вины, незащищенности, неуверенности в себе, ощущение глубочайшего горя. Эти чувства испытывают как мать, так и отец. Однако существует большое различие между переживаниями матери и отца, связанными с появлением ребенка. В связи с процессом биологического роста ребенка в утробе матери приводит к возникновению психического новообразования – «комплекса материнства». Данное новообразование позволяет матери индефицировать собственного ребенка среди остальных и осознать, что этот ребенок – мой. Это ее главное и основное ощущение.

Также «комплекс материнства» позволяет принять матери ребенка таким, какой он есть, однако в дальнейшем у матери возникают противоречивые чувства по отношению к диагнозу и особенностям ребенка. Данные противоречия приводят к проблемам с самооценкой женщины. Она осознает, что ребенок – лучшее, что у нее есть, однако врачи говорят о том, что у него есть недостатки, что очень травмирует мать.

Что касается мужчин, то им не дано по природе принимать ребенка по факту его рождения. У отца этот конфликт развивается иначе, т.к. вся ответственность за скрытый, внутренний процесс развития лежит на

женщине. Мужчина ожидает результат, после чего его оценивает. Поэтому принятие им больного ребенка проходит гораздо сложнее, чем у женщины.

Семья является ближайшим и первым и постоянным социальным окружением для ребенка. Воспитательная значимость семьи в особенности возрастает в случае рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Трудности, с которыми сталкиваются родители, имеющие ребёнка с ОВЗ, значительно отличаются от повседневных забот обычных семей. Рождение ребенка с аномальным развитием структурно меняет семью. Это происходит вследствие огромной психологической нагрузки, которую несут родители особенного ребёнка [36]. Семья, воспитывающая ребенка с особыми нуждами – это семья, где происходит дезинтеграция семейных отношений.

Аномальное состояние ребенка меняет привычный уклад жизни в семье. Возникают неровные, конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи [3]. В то же время, именно в семье ребенок усваивает те или иные навыки поведения, представления о себе и других, о мире в целом. Родители в стрессовом состоянии не могут в полном, необходимом объеме обеспечить психологическую, эмоциональную поддержку ребенку [23]. П. Левин считает, что психологическая травма возникает, в первую очередь, из-за отсутствия индивидуальных ресурсов, необходимых для преодоления травмирующего события. Ресурс определяется как позитивное самоощущение, ощущение своего «Я», своей силы и жизненности, которое сопровождается позитивными переживаниями на уровне тела [21]. Благодаря этому человек сохраняет и поддерживает устойчивое ощущение себя и собственного внутреннего «Я» перед лицом возможного разрушения при травме. Возможность эффективного противодействия ситуации травмы зависит:

- 1) от внешних ресурсов (обусловленная культурой связь с природой, психологическая поддержка со стороны других людей);

2) от внутренних ресурсов (комплексная система внутренних качеств, в том числе способность к саморегуляции);

3) от сформированных возможностей прошлого опыта удачного разрешения травматических ситуаций [21].

Стресс, переживаемый родителями, сначала носит острый характер, а затем переходит в хронический. В динамике родительского стресса выделяют 4 стадии:

1. Стадия эмоциональной дезорганизации: родители испытывают растерянность, беспомощность, страх, чувство вины и неполноценности, пребывают в состоянии шока.

2. Период негативизма и отрицания, являющийся защитным механизмом устранения эмоциональной подавленности и тревоги: отрицают наличие у ребёнка заболевания, сомневаются в компетентности врачей, поставивших диагноз, ищут «чудесные средства» исцеления и т.д.

3. Фаза горевания: хронические чувства горечи, гнева, безнадёжности, отчаяния, состояние глубокой депрессии, иногда суицидальные мысли.

4. Стадия эмоциональной реорганизации: принятие больного ребёнка, приспособление к жизни с ним и организации пространства для его развития, переход к реалистичному взгляду на болезнь ребёнка. Однако стоит отметить, что не все родители детей с ОВЗ способны достигнуть 4 стадии [12].

Необходимо понимать, что ребенок с ограниченными возможностями, независимо от вида дефекта, представляет собой развивающуюся личность и индивидуальность, и способен под влиянием обучения и воспитания успешно развиваться в психическом и личностном отношениях [6]. Поэтому правильное, адекватное отношение семьи к болезни ребенка, к его проблемам и трудностям – это важные факторы абилитации и реабилитации личности ребенка [18].

Проблема комплексного сопровождения родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, на данный момент относится к числу новых и мало

разработанных как в теоретическом, так и в методическом плане. Накоплено достаточно опыта по отдельным направлениям сопровождения родителей, воспитывающих ребенка-инвалида, но практически нет наработок по организации их всестороннего и комплексного сопровождения [16].

Родители, воспитывающие ребенка с ОВЗ, не всегда могут определить свою роль в новых сложных условиях. Им не всегда под силу создать условия, которые позволят ребенку нормально развиваться, обучаться и самореализовываться. Данную сложившуюся ситуацию многие семьи не в состоянии изменить самостоятельно. Родителю, не включенному в коррекционный и абилитационный процесс, сложно изменить сложившиеся стереотипы своего взаимодействия с ребенком, что тормозит сам процесс коррекции и абилитации. При оказании своевременной психолого-педагогической помощи повышаются шансы успешной адаптации детей-инвалидов и их семей к общественной жизни и укрепления морального и психологического климата в таких семьях [16].

Многими авторами отмечается, что психологическая травма рождения ребёнка с ограниченными возможностями острее переживается родителями, которые сами здоровы и не имеют психофизических дефектов. Если же родители имеют такие же дефекты, как и ребёнок, то рождение ребёнка с ОВЗ не становится причиной травматизации. В последнем случае, родители идентифицируют дефект ребёнка со своим собственным, и в их сознании он воспринимается как норма [14].

Наблюдаются особенное отношение родителей к ребёнку с ОВЗ. Часто родители ребёнка с ОВЗ испытывают к нему двойные чувства: с одной стороны, они любят его так же, как могли бы любить ребёнка без нарушений в развитии, с другой стороны, они злятся на него, боятся или даже отвергают. Это связано с тем, что ребёнок желанный, но нарушения, с которыми он родился, часто бывают неожиданными, и родители это остро переживают [2].

Нередко родители надеются на чудесное излечение ребёнка и много сил и времени тратят на поиск особенных врачей или больницу. В попытках

справиться с чувством вины и излить свой гнев на кого-то, а не на ребёнка, родители часто выбирают один из двух путей: либо они наказывают себя, решая посвятить всю свою жизнь служению ребёнку, либо перекладывают вину на других – обличают врачей, «совершивших ошибку» и т.д. [25].

Отмечается, что женщина, родившая больного ребёнка, переживает стресс значительно более глубокий, чем мужчина. Женщину заставляет страдать даже сам факт того, что она родила «вместо чуда это больное существо». Нередко у матерей в первые месяцы после родов наблюдаются истерики, они переживают чувство глубокого одиночества и испытывают ощущение «конца жизни». Немаловажным фактором дополнительной травматизации женщин является необходимость постоянно находиться с ребёнком-инвалидом. Значительная нагрузка, связанная с необходимостью повседневных забот о ребёнке, ведёт к повышению физической и моральной нагрузки, вызывает астенизацию, утомление, невротизацию и депрессивные состояния. У матерей детей с ОВЗ нередко наблюдается снижение самооценки, отказ от реализации жизненных планов, потеря интереса к себе как к женщине и личности, снижается удовлетворённость жизнью [22].

Выраженные психофизические нарушения ребёнка, а также личностная незрелость матери, проявляющаяся в неспособности перенести такой жизненный удар, могут служить источником материнской депривации [22].

Подводя итог, отметим, что, не смотря на интерес к проблемам развития лиц с ограниченными возможностями здоровья, сегодня недостаточное внимание уделяется эмоциональному состоянию родителей, воспитывающих детей рассматриваемой категории. Часто работа специалистов с родителями ограничивается консультацией по поводу особенностей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, к раскрытию основных типологических особенностей, свойственных тому или иному типу дизонтогенеза. При этом практически не уделяется внимание тому факту, что зачастую в психологической помощи нуждаются не только дети с ОВЗ, но и их родители, испытывающие разные деструктивные эмоции

и чувства: от беспомощности, безысходности, неуверенности в себе до чувства вины.

Родители, воспитывающие ребенка с ОВЗ, не всегда могут определить свою роль в новых сложных условиях. Им не всегда под силу создать условия, которые позволят ребенку нормально развиваться, обучаться и самореализовываться. Данную сложившуюся ситуацию многие семьи не в состоянии изменить самостоятельно. Родителю, не включенному в коррекционный и абилитационный процесс, сложно изменить сложившиеся стереотипы своего взаимодействия с ребенком, что тормозит сам процесс коррекции и абилитации. При оказании своевременной психолого-педагогической помощи повышаются шансы успешной адаптации детей-инвалидов и их семей к общественной жизни и укрепления морального и психологического климата в таких семьях [22].

Всё сказанное определяет необходимость разработки комплекса методов и средств для психологической помощи и поддержки родителей, воспитывающих ребёнка с ОВЗ.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Анализ литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Рождение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья всегда является травматичным для родителей. В семье, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. Отношение родителей к ребёнку с ОВЗ может принимать самые разные формы в зависимости от личностных и культурных особенностей родителей. Нередко родители испытывают жалость к ребёнку, страх перед его будущим или чувство стыда за рождение больного ребёнка. Часто отцы не принимают ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и постепенно отдаляются от семьи. Отцы с такой установкой холодно относятся к ребёнку. Родители, сумевшие принять болезнь своего ребёнка, несмотря на трудности, которые они испытывают, переживают огромное счастье от контактов с ним.

2. Несмотря на интерес к проблемам развития лиц с ограниченными возможностями здоровья, сегодня недостаточное внимание уделяется эмоциональному состоянию родителей, воспитывающих детей рассматриваемой категории. Часто работа специалистов с родителями ограничивается консультацией по поводу особенностей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, к раскрытию основных типологических особенностей, свойственных тому или иному типу дизонтогенеза. При этом практически не уделяется внимание тому факту, что зачастую в психологической помощи нуждаются не только дети с ОВЗ, но и их родители, испытывающие разные деструктивные эмоции и чувства: от беспомощности, безысходности, неуверенности в себе до чувства вины.

## ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

### 2.1. Процедура исследования

Цель эмпирического исследования – на основании анализа высказываний на форумах для родителей детей с ОВЗ выявить переживания родителей детей с ОВЗ.

Объект исследования – субъективное пространство смыслов и субъективных значений лиц, являющихся родителями детей с ОВЗ в ресурсах русскоязычной сети Интернет.

Предмет исследования – тексты сообщений родителей детей с ОВЗ – пользователей форумов сети Интернет, имеющие содержание переживаний.

Испытуемые: родители детей с ОВЗ – пользователи форумов для родителей детей с ОВЗ.

Задачи исследования:

1. Разработка алгоритма поиска в сети Интернет высказываний родителей детей с ОВЗ.

2. На основе контент-анализа содержания сообщений на форумах выделить перечни смысловых категорий переживаний родителей детей с ОВЗ.

3. Провести сравнительный анализ высказываний родителей детей с ОВЗ, отражающих переживания.

Гипотеза: анализ высказываний на форумах родителей детей с ОВЗ отражает состояние хронического стресса родителей, проявляющийся, в том числе, в семантической категории, которая может рассматриваться в качестве фактора риска развития депрессии.

Исследуемые – пользователи форумов:

- 1) <http://invamama.ru/>;
- 2) <https://forum.materinstvo.ru/>.

Метод исследования: контент-анализ.



## Описание метода исследования

Для исследования переживаний родителей детей с ОВЗ мы использовали метод контент-анализа, который представляет собой количественный анализ текстов и текстовых массивов с целью последующей содержательной интерпретации выявленных числовых закономерностей.

Материалом для анализа являлось содержание сообщений на форумах (различные фразы и слова). Контент-анализ осуществлялся традиционным способом, т.е. «вручную».

Традиционный вариант контент-анализа предусматривает выделение категорий, отобранных на основании теоретического анализа публикаций по проблеме переживаний родителей детей с ОВЗ: «Прошное», «Настоящее», «Будущее», «Здоровье ребенка», «Отношения в семье», «Взаимодействие с социумом», «Образование ребенка», «Эмоциональные состояния родителя».

В качестве единиц контент-анализа фигурировали слова, словосочетания, отдельные законченные предложения, имеющие эмоциональную окраску и сущность переживаний.

## 2.2. Анализ и интерпретация результатов

В нашем случае, практически все пользователи форумов были матерями. Процент отцов и других родственников, которые оставляют комментарии и создают новые темы на форумах, крайне мал.

В ходе исследования было выявлено, что самым распространенным переживанием является переживание родителя о собственных эмоциональных состояниях, что составляет 30% от всего количества комментариев. Следующим по численности являются переживания о здоровье ребенка – 24%. Комментарии, связанные с обучением и образованием особенного ребенка, охватывают 19% всех сообщений, связанных с переживаниями. 16% переживаний относится к отношениям

внутри семьи. 11% комментариев описывают переживания по поводу взаимодействия с социумом. Данные показатели отражены в рис. 1.

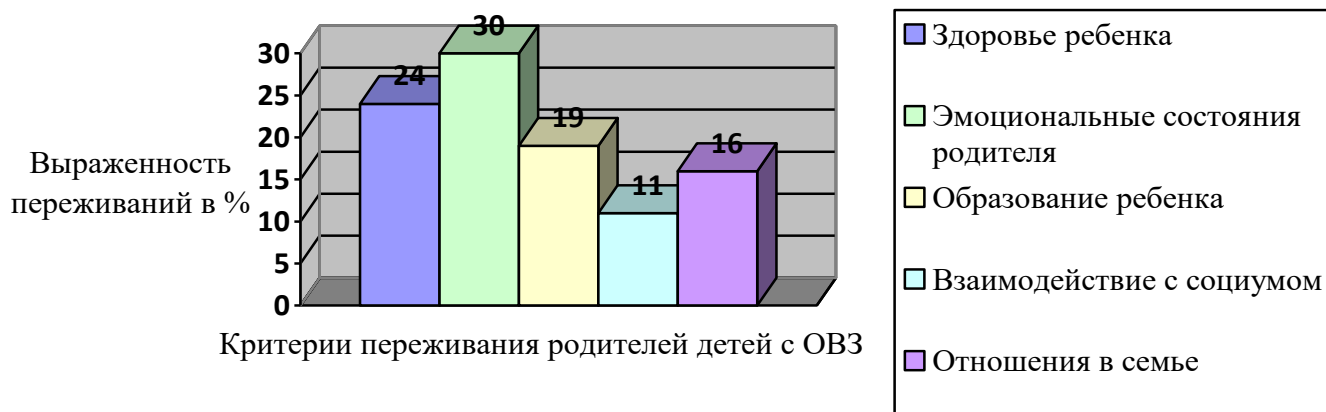


Рис. 1. Процентное соотношение содержания переживаний родителей детей с ОВЗ

Рассмотрим более подробно полученные данные. Сообщения о внутренних переживаниях встречались нам чаще всего. Как правило, они ярко эмоционально окрашены и сразу бросаются в глаза. Они точно, четко и лаконично описывают те переживания, которые свойственны родителям особенных детей.

Очень содержательный комментарий одной из матерей, чья дочь больна шизофренией, где перечислено сразу множество переживаний: принятие диагноза, сложность в реагировании на поведение дочери, отношения с родственниками, негативные чувства матери, отношение с окружающими. Описан целый спектр переживаний на различные темы, и, как правило, с этим сталкиваются практически все родители детей с ОВЗ: «Я не могу внутри себя «принять» такой диагноз. С дочкой сложно – ведь она ничем не больна (соматически), у нее нет (пока что) отставания в развитии, и на ее «своеобразное» поведение бывает очень сложно реагировать. В школу мы ходим с попеременным успехом (лечение пока не дает желаемого эффекта), и я чувствую, если так пойдет и дальше, нас оттуда просто

«выживут». Отношение родственников – тоже отдельный вопрос. Но самое ужасное не это, а то, что я чувствую: я сама начинаю где-то глубоко-глубоко в душе стыдиться своего ребенка, и даже злиться. Но я и правда иногда не понимаю, где кончается болезнь и начинается что-то еще (желание позлить, озлобленность...). Врачи говорят – в вашем случае это одно и то же, но кому от этого легче?? Очень ранит иногда отношение окружающих, но что можно требовать от них, если у меня самой такие мысли?».

Данный комментарий охватывает сразу множество сфер и показывает всю сложность переживаний, их объем и одновременность, однако центральными переживаниями являются принятие диагноза, злость и стыд, что говорит о наличии у матери второй фазы родительского стресса. На этой фазе происходит смена сильнейших чувств. Принятие быстро сменяется злостью, которая может проявляться по отношению к медицинским работникам, родственникам или может быть направлена на самого родителя. Кроме того, присутствует замешательство из-за непонимания происходящего, в данном случае непонимание течения болезни и как реагировать на ее проявления.

Так же показательным для второй фазы стресса является сообщение другой матери ребенка с ДЦП: «Было много злости и обиды, на врачей, что не увидели ДЦП раньше и мы раньше не начали лечение. И на врачей, что говорили о том, что я придумываю ребёнку несуществующие болезни. Злость и на себя была, что я сама виновата, хотя винить себя не за что». Злость зарождается через горе и чувство неожиданной потери, которое невозможно побороть и объяснить. Также оно может возникнуть из-за неудовлетворения потребностей в процессе общения с ребенком.

Нам попадались такие сообщения: «Откуда брать веру?... За свои мысли прям ненавижу себя!!!»; «Стыдно и грешно.. что я то опустила руки...»; «У меня отчаяние»; «Иногда становится так невыносимо, что кажется – я с этой болью не справлюсь»; «...такое отчаяние и беспомощность»; «...очень тяжело, я просто не знаю как быть...»; «До сих

пор не могу себе найти места душа болит до невыносимости»; «...все эти годы живу с чувством вины, которое порой меня съедает заживо»; «иногда руки опускаются, бывают депрессии...»; «...сомнения и злость и отчаяние...». Такие комментарии говорят о наличии третьей фазы родительского стресса – фазы горевания. Она характеризуется чувством хронической печали в связи с отсутствием положительной динамики у ребенка и полной его зависимости от родителей. В данной фазе родители ощущают бессилие и разочарование.

Сообщения следующего плана показывают нам наличие необходимости в поддержке для родителя особого ребенка: «Поделитесь своими секретами, помогите хоть добрым словом, а то я все больше и больше впадаю в депрессию, не знаю как жить с таким вот действительно замечательным, но сложным ребенком. Я очень сильно люблю своего сына – этот вопрос вне сомнений, но, наверное не хватает мне сил и бойцовских качеств». Родители нуждаются в моральной поддержке, в данном случае, именно от таких же родителей, которые не понаслышке знакомы с проблемами особенного родительства, но которые при этом научились справляться с трудностями и ощущают себя более ли менее стабильно. Приободрение, общение и контакт в кругу единомышленников сможет помочь сохранить равновесие, не впасть в депрессию. Это показывает важность создания родительских клубов для родителей особенных детей, где есть возможность не только поделиться советом, но и проводить совместный досуг. Как правило, изначально родители детей с ОВЗ испытывают желание закрыться от внешнего мира и ограничить все социальные контакты, так как сталкиваются с непониманием со стороны социума. Непонимание и пренебрежительное отношение вызывает у таких родителей отрицательные эмоции. А такой клуб для родителей особенных детей создаёт более благоприятную почву для общения и налаживания контактов, способствующую сближению и объединению «товарищей по несчастью».

Комментарии, связанные с переживаниями о здоровье ребенка составляют 24%. При этом нужно отметить, что основная масса комментариев на форумах для родителей детей с ОВЗ связана именно с темой здоровья, лечения, симптомов и диагнозов. Однако они имеют в основном консультационно-информационный характер, и в основной массе не несут в себе эмоциональной окраски и информации о переживаниях.

Матери находятся в поиске различных вариантов лечения, в поиске клиник и врачей, в том числе целителей. Переживания преимущественно связаны с непониманием диагнозов и растерянностью перед специфической медицинской информацией и терминами, требующими определенных знаний. Например, мы встречали такие комментарии, как: «Я не знаю как наш малыш еще жив и не представляю, что все эти диагнозы значат... Я понять не могу, разве может быть одновременно микроцефалия и гидроцефалия?».

Фраза «Я не знаю, как наш малыш еще жив...» говорит о непредсказуемости ситуации и нахождении родителей в «подвешенном» состоянии, когда повлиять на эту ситуацию невозможно и остается только ждать каких-либо изменений и помощи извне.

Также о непредсказуемости говорят подобные комментарии: «...вот теперь переживаю, как бы судороги не начались, опять перестал спать по ночам, так что, чего ожидать дальше даже не знаю». Это ситуация нестабильности и постоянного стресса. Такая ситуация вынуждает родителя каждодневно подстраиваться под новые условия, а так же требует специфических знаний для быстрого реагирования. Однако мы понимаем, что в реальности это осуществить невозможно. Родитель не обладает той медицинской и другой специфической или профессиональной информацией, которая необходима для моментальной помощи собственному ребенку. Каждый родитель делает все по мере своих возможностей. Однако моральные ресурсы для быстрой адаптации у таких родителей

исчерпываются довольно быстро, что вызывает хронический стресс и накопление психологических и других проблем.

Можно отметить большое желание родителей в том, чтобы вылечить своего ребенка или облегчить симптоматику. Интересен факт, что о проблемах со здоровьем родители предпочитают советоваться на форумах с другими родителями детей с ОВЗ, т.е. с не профессионалами. Желают получить совета от тех, кто возможно уже сталкивался с данной ситуацией. Т.е. проблема требует сбора любой доступной информации, и родители не теряют возможности это сделать любыми доступными способами. В то же время это не может свидетельствовать о том, что в реальной жизни такие родители не прибегают к помощи квалифицированной медицинской помощи.

Но, даже квалифицированная медицинская помощь далеко не всем родителям дает чувство уверенности. Мать ребенка пишет: «После последнего лечения наступило такое разочарование и апатия, результаты нулевые и после остеопата тоже ничего не изменилось...». Женщина пишет о чувствах апатии и разочарования после безрезультативного лечения. По сути, состояние апатии является рычагом нервной системы, используемое для защиты и спасения психики от накопившегося напряжения. Это значит, что ресурсы организма истощены, а в случае длительной апатии это может быть симптомом депрессивных расстройств.

В теме здоровья существует тот факт, что некоторые родители верят в чудесное исцеление их ребенка, не верят диагнозам и не доверяют врачам, а также находятся в поиске представителей нетрадиционной медицины. Об этом говорит следующий комментарий: «...мы нашли одного хорошего целителя, он сказал, что он нам поможет, он с понедельника конкретно возьмется за нас, одна надежда только на него, уверил нас что излечит его полностью и детей он лечит бесплатно».

Мы не знаем частоту таких обстоятельств, как ухудшения состояния здоровья, появление новых симптомов и безрезультатности лечения у детей с ОВЗ, но можем предположить, что данные случаи ударяют по уверенности

родителей в выздоровлении ребенка, вызывают негативно окрашенные эмоции и наступление различных симптомов психических расстройств или способствуют их развитию.

Переживания на тему образования ребенка с ОВЗ находится на третьем месте по численности комментариев и насчитывает 19% от всего количества комментариев с переживаниями. В основном, они связаны с разногласиями с педагогом, обучающим ребенка или непосредственно с проблемами обучения, выбором программы, школы, методик.

О конфликте с педагогом говорит следующий комментарий: «Настаивать на смене педагога? Сидеть тихо и слушать грязь и вранье? Терпеть ради ребенка?». Часто мы встречали сообщения о непонимании педагогом особенностей ребенка с ОВЗ, обучающимся в общеобразовательной школе, его непринятии, как самим педагогом, так и детьми.

Также родителей волнует обучение по адаптированной программе, непосредственно сам процесс обучения и другие проблемы в сфере образования, например: «Как должен обучать педагог учитель такого ребенка по адаптированной программе 7. 2, если в классе 1+29 человек?!!»; «Пока нет решения директора о создании отдельного класса – ресурсного, хотя я готова организовать этот класс!! И ведь много таких детей, которым нужна специализированная программа и комфортные условия для обучения!!».

Некоторые матери углубляются в проблему образования и самостоятельно решают вопрос с обучением своего особенного ребенка. Для этого они изучают образовательные программы и получают специальное образование, о чем свидетельствует комментарий одной из матерей: «Я сама пишу по ночам все адаптированные программы по всем предметам в школе по программе Школа России. Конечно – это очень тяжело...». Данная ситуация встречается довольно часто, когда мать ребенка получает специальное образование и меняет профиль работы, чтобы помочь своему ребенку в развитии на более высоком и профессиональном уровне.

16% переживаний относятся к внутрисемейным отношениям, в частности, к отношениям с мужем. Частой причиной переживаний является скорый уход мужа из семьи, когда он узнает о болезни ребенка. Об этом говорят следующие комментарии: «Муж ушел когда Тимоше было всего 3 месяца, в этой борьбе я осталась абсолютно одна»; «У меня беда, горюшко... муж ушел»; «Нас папа бросил сразу после рождения. Ну не понравились мы ему»; «С мужем развелась, оказалось для него ребенок все равно что кукла - сломалась можно выкинуть!!! Через две недели после Сашиного рождения он поставил меня перед выбором – либо я пишу отказ, и мы живем вместе долго и счастливо, либо он живет долго и счастливо, а мы с сынулей за бортом».

Ситуация ухода мужей от жен с больным ребенком встречается довольно часто. Отцу очень трудно принять ребенка с особенностями здоровья, и он постепенно отдаляется от семьи, что накладывает на женщину еще больше трудностей, как психологических, так и материальных. Негативное 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. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она также отдаляется от супруга, что приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.

Кроме того, в данный процент переживаний по поводу внутрисемейных отношений входят комментарии о том, что родственники имеют тенденцию жалеть мать и больного ребенка, о чем говорит следующее сообщение: «Родственники жалеть меня стали «бедненькая, как тебе тяжело». Им бы наоборот пристыдить, может и раньше одумалась. Теперь с ними воюю чтоб сынульку не жалели и в занятия со своими причитаниями не лезли». Мы предполагаем, что данное отношение имеет причину незнания со стороны родственников. Часто люди не имеют представления о том, как обращаться с инвалидами и какую реальную помощь можно оказывать.



Жалость оказывается единственным вариантом отношения и поддержки матери и ее особенного ребенка. Однако в жалости такие люди, как правило, не нуждаются. Дети особенно в ней не нуждаются, так как ощущают потребность отношения к ним на равных, иначе это приводит к чувству беспомощности, раздражению, а так же тормозит их развитие.

Одним из комментариев про отношения в семье был таков: «Сегодня моему сладкому сыночке Илюшиньке шесть лет, день рожденья! Должен был быть праздник, а его нет. Старшие дети, а им ведь уже 21 и 20 лет, даже не поздравили братишку, муж тоже (где-то в рейсе). Крестная приехать не смогла, вот только я и младшая дочь (гулять умотала) поздравили его. Вот сижу, смотрю на сыночку и так обидно за него. Я ведь не прошу подарки или деньги. Я просто хотела, чтоб все собрались и отпраздновали, с ним поигрались, но нет никого!!! Вот так семья была, пока я могла им что-то дать, а теперь мы с сыночкой и дочей им не нужны. Боже как же погано на душе!». В данном случае семья не принимает брата за полноценного члена общества, из-за чего складываются напряженные отношения. Члены семьи ведут себя крайне отстраненно, игнорируют факт наличия родственника с особенностями здоровья, чем глубоко травмируют мать ребенка. Не получая моральной поддержки от семьи, мать берет всю ответственность за переживания, воспитание и развитие особенного ребенка на себя. Мы предполагаем, что в данной ситуации также важным является глубина нарушений здоровья ребенка, от чего может прямо пропорционально зависеть отношение родственников.

Проблема взаимодействия с социумом занимает 11% от всего количества комментариев с переживаниями родителей. Здесь мы рассматриваем отношения вне семьи. В основном, данные переживания связаны с реакцией людей на особенного ребенка. «Девочки, скажите, как реагировать на то, как здоровые детки относятся неадекватно (боятся, смеются, тычат пальцем) на твоего ребенка-инвалида. Просто вчера у меня была такая ситуация, до сих пор комок в горле стоит от слез»; «Нас многие

не понимают из окружающих, я к этому уже привыкла...». С данной ситуацией сталкиваются многие родители детей с ОВЗ, и не каждый родитель понимает, как нужно вести себя, когда такое происходит. Кроме того, негативное отношение к ребенку со стороны общества отрицательным образом сказывается и на психологическом состоянии его матери.

Важной частью данного вопроса также является социализация особенного ребенка. Она зависит не только от принятия его другими детьми и взрослыми, но и от его индивидуальных особенностей. «У дочери был острый лимфобластный лейкоз. Сейчас в ремиссии, 2 года находимся дома. По причине основного заболевания она не может посещать садик, да и на посещение развивалок врачи разрешения не дают (низкий уровень иммунитета). 1,5 года назад еще и сменили место жительства. В общем, нет у неё друзей. Весь ее мир – это я и бабушки. На улице она к детям близко не подходит, только может понаблюдать за ними. Да еще сейчас зима, холода сильные... Вопрос в том, как ее социализировать?»; «Вот и мой не контактный, а в сентябре в школу по адаптированной программе. Вот и переживаю»; «Дело в том, что у моего сильные речевые нарушения, и он сильно переживает, если его начинаешь дразнить даже в шутку. А вот если начнут это делать посторонние дети, для него это может быть трагедией. Замкнется тогда и всё». Данные переживания небезосновательны и требуют индивидуального подхода. Для ее решения основным направлением будет работа с ребенком и консультирование родителя, без как таковой психологической помощи родителю, т.к. здесь не затронуты его личностные эмоциональные переживания.

Также, мы подвергли исследуемый материал семантическому анализу, по которому были определены отдельные слова и частота их использования в комментариях родителей детей с ОВЗ категории «эмоциональные состояния родителя». Пример характеристики приведен в таблице 1.

Таким образом, в высказываниях родителей отмечается беспомощность, растерянность, незнание того, как справляться со

сложившейся ситуацией, о чем говорит часто употребляемый оборот «не знаю».

Таблица 1

Характеристика семантического поля категории «эмоциональные состояния родителя» для текстов высказываний респондентов

Элементы семантического поля	Частота упоминаний
не знаю	59
плачу	37
не могу	34
не хочу	29
депрессия	26
шок	25
страх	21
злость	20
обида	20
боль	19
вина	17
ужас	17
кошмар	16
истерика	16
стыдно	16
нервы	15
не верю	15
отчаяние	14
растерянность	13
ненавижу	11
горе	10
невыносимо	7
опускаются руки	6
не хочу жить	1

Фразы «не могу» и «не хочу» говорят о не готовности принимать случившееся и предпринимать какие-либо действия в данной ситуации. Это может сопровождаться страхом перед неизвестностью, тревогой, а также свидетельствовать о хронической усталости, апатии и иссякнувших психологических ресурсах.

О том, что переживания по поводу болезни ребенка имеют негативную окраску, свидетельствует употребление слова «депрессия», которым родители описывают свои чувства и эмоции. Яркие негативные переживания выражает слово «шок», что наглядно показывает наличие состояния острого стресса и первую стадию его переживания. Далее за этим следуют слова «злость», «обида», «боль», «вина», что ярко иллюстрирует протекание данной стадии у родителей.

Фраза «не верю» отражает вторую фазу – фазу негативизма. Третья фаза характеризуется чувством горечи, безнадежности, гнева и об этом свидетельствуют слова «отчаяние», «растерянность», «ненавижу», «горе».

Самыми редко употребляемыми фразами были «невыносимо», «опускаются руки» и «не хочу жить», что может свидетельствовать о депрессии или субдепрессии, и так же о протекании третьей стадии горевания, когда возможны суицидальные мысли.

Так же мы допускаем взаимосвязь остроты протекания каждой из фаз с количеством употребляемых элементов семантического поля. Так, об этом может свидетельствовать количество употребляемых слов, которые относятся к первой фазе, когда переживания имеют наибольшую остроту переживаний. Далее от фазы к фазе острота переживаний ослабевает и становится более глубокой. Это отражается в постепенном уменьшении употребляемых слов, характеризующих яркие эмоциональные состояния родителей.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В ходе исследования комментариев родителей детей с ОВЗ методом контент-анализа было выявлено, что самыми распространенными являются переживания родителей о собственных эмоциональных состояниях, что составляет 30% от всего количества комментариев. Следующим по численности являются переживания о здоровье ребенка – 24%. Комментарии, связанные с обучением и образованием особенного ребенка охватывают 19% всех сообщений, связанных с переживаниями. 16% переживаний относится к отношениям внутри семьи. 11% комментариев описывают переживания по поводу взаимодействия с социумом.

В ходе анализа семантического поля категории «эмоциональные состояния родителя» было выявлено соответствие фазам стрессового состояния.

Первая фаза «шока» характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания. Она является самой острой и ярко эмоционально окрашенной. Это выражают элементы семантического поля, такие как: «не знаю», «не могу», «не хочу», «депрессия», «шок», «страх», «злость», «обида», «боль», «вина», «ужас», «кошмар», «истерика».

Второй фазой является развитие неадекватного отношения к дефекту. Характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией родителей ребенка. Данную фазу кратко отражает фраза «не верю».

Третья фаза характеризуется чувством горечи, безнадежности, гнева. Данное состояние отражают слова: «отчаяние», «растерянность», «ненавижу», «горе». В данной стадии возможны суицидальные мысли и развитие депрессии, о чем могут свидетельствовать фразы: «невыносимо», «опускаются руки», «не хочу жить».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важным фактором полноценного развития ребенка с ОВЗ является психологическое здоровье его родителей. Данная категория родителей крайне нуждается в квалифицированной психологической поддержке, однако часто работа специалистов с родителями ограничивается консультацией по поводу особенностей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

По результатам работы мы можем видеть многообразие родительских переживаний, которые возникают с рождением ребенка с ОВЗ. Главными являются внутриличностные переживания родителя в связи со сложившейся ситуацией. Это сильные деструктивные чувства и эмоции, которые могут приводить к депрессии и отрицательно сказываться не только на родителе, но и на ребенке и психологическом климате в семье в целом.

В нашем исследовании мы выявили взаимосвязь фаз стрессового состояния с элементами семантического поля, которые отражают данные фазы и остроту их протекания (по количеству употребляемых элементов семантического поля). Четвертой фазой является принятие, помощь, в достижении которой может оказать психолог, зная сущность переживаний родителей данной категории и протекания первых трех фаз.

Работа показала важность дальнейшего исследования данной проблемы в режиме реального взаимодействия с родителями детей с ОВЗ и последующей разработке программы по психологической поддержке данной категории родителей.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акатов Л.И. Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений // Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М., 2004. С. 256–288.
2. Арутюнян А.М. Проблемы семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья // Санкт-Петербургский образовательный вестник. 2016. С. 41–43.
3. Бажук О.В. Социально-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей-инвалидов, в процессе социальной интеграции в условиях социально-психологической службы «LIFE». Омск: Полиграфический центр КАН, 2015. 53 с.
4. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Часть 2: Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психологический журнал. 2006. № 2(27). С. 113–123.
5. Бондырева С.К. Переживание (психология, социология, семантика): учеб. пособие. М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2007. 160 с.
6. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2009. 472 с.
7. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 150 с.
8. Василюк Ф.Е. Психология переживаний. М.: Изд-во МГУ, 1985. 200 с.
9. Василюк Ф.Е. Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования). М.: Смысл, 2005. 191 с.
10. Вяткин Б.А. О системном анализе психических состояний // Новые исследования в психологии. 1987. № 1. С. 3–7.

11. Гринина Е.С. Отношение младших школьников с интеллектуальным недоразвитием к представителям ближайшего социального окружения // Молодой учёный. 2015. № 2-6(17). С. 371–374.

12. Диденко Е.Я. Проблема организации психологической помощи семьям, воспитывающим детей с сенсорными нарушениями // Психология и педагогика: методы и проблемы практического применения. 2008. №11-1. С. 56–62.

13. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2015. 105 с.

14. Евтеева Н.В. Поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, в условиях Хабаровского краевого центра помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития // Наука и образование: современные тренды. 2015. №1(7). С. 297–333.

15. Егорова М.О. Услуга «Организация группы поддержки для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья». М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2013. 57 с.

16. Жигорева М.В. Роль семьи в системе коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии // Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь. М., 2006. С. 146–153.

17. Заборина Л.Г. Изучение состояния психологической напряженности и эмоциональных переживаний у родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Сибирский психологический журнал. 2007. №26. С. 136–140.

18. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2002. 464 с.

19. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.

20. Калинина С.В. Повышение реабилитационного потенциала семьи, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья, на основе ресурсного подхода // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2016. №5. С.47–50.



21. Левин П. Исцеление от травмы: уроки природы // Московский психотерапевтический журнал. 2003. №1. С. 23–25.
22. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии. М., 2008. 44 с.
23. Лысенко И.Н. Особенности психотерапии родителей детей-инвалидов// Развитие профессионализма. 2016. №1. С. 198–199.
24. Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. 352 с.
25. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций. М.: Генезис, 2006. 235 с.
26. Мизгарова Е.И. Проблемы организации комплексного сопровождения родителей, воспитывающих ребенка-инвалида // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики. 2015. С. 349–351.
27. Миронова Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству: автореф. дисс. к.псих.н. Уфа, 2011. 68 с.
28. Нищаклова Е.В. Психологическая помощь родителям в воспитании «особых» детей // Психологическая помощь родителям. 2015. №4. С. 38–42.
29. Прохоров А.О. Психические состояния и их функции. Казань, 1994. 234 с.
30. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720 с.
31. Селютина Н.В. Сравнительное исследование некоторых особенностей эмоциональной сферы у детей 6-7 лет с нарушениями в развитии // Вестник Университета Академии Образования. 2007. №3. С. 28–36.
32. Скрицкая Т.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. Новосибирск: ИГПУ, 2002. 62 с.
33. Словарь психолога-практика. Минск: Харвест; М.: АСТ, 2001. 976 с.

34. Ткачёва В.В. Семья ребёнка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М., 2014. 160с.
35. Ткачёва В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М., 2006. 318 с.
36. Токарева И.Ф. Психологические особенности родителей детей-инвалидов // Развитие профессионализма. 2015. №3(55). С. 50–67.
37. Федосеева О.А. Проблемы родителей, имеющих ребёнка с ограниченными возможностями // Молодой учёный. 2013. № 9.
38. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
39. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. №2. С. 22–36.
40. Шадриков В.Д. Мир внутренней жизни человека. М.: Логос, 2006. 392 с.
41. Шульга Т.И. Технология помощи при сопровождении замещающих семей, воспитывающих детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ОВЗ: монография. М.: Федеральный институт развития образования. 2016. 172 с.