

Семья, имеющая ребенка с нарушением развития.

Подготовила: учитель-логопед МБДОУ «Детский сад № 45»

Лобода Татьяна Валерьевна



Речевая коммуникация, если учесть все виды речи (говорение, слушание, письмо), является постоянным состоянием человека. Естественно, что нарушения речи приводят к перестройке личности. В некоторых случаях у детей с нарушениями речевого развития возникает чувство неполноценности. Так, например, маленькие дети обычно легко переносят заикание, а более старшие очень тяжело его переживают, так как осознают свой дефект. На почве первоначального непереносимого чувства смущения, вызванного своей неправильной речью, может появиться состояние подавленности, ребенок стремится к уединению.

Разумная семья всегда старается воздействовать на формирование детской речи, начиная с самых ранних лет жизни. Очень важно, чтобы ребенок с самого раннего возраста слышал правильную, отчетливую речь, на примере которой формируется его собственная речь.

Но не каждый ребенок во время развития самостоятельной речи переживает период, когда при подражании слышимым словам может выполнять правильные акустико-артикуляционные связи. У детей с проблемами акустико-артикуляционных связей возникают фонетически неправильные слова. У них не развивается своевременно правильное произношение и дефект в дальнейшем не исчезает, а переходит в постоянный недостаток произношения.

Дети с фонетико-фонематическими недостатками почти не отличаются по личностным качествам от детей с нормальным речевым развитием, кроме отношения к своему речевому дефекту.

По этому критерию дети делятся на 2 группы:

- 1) болезненно относящиеся к своему речевому дефекту;
- 2) безболезненно относящиеся к своему речевому дефекту.

Причиной болезненного отношения к своему дефекту может быть:

- сравнение своей речи с речью других детей;
- насмешки детей над дефектом речи ребенка с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- укоры родителей и близких родственников и т. д.

Причиной безболезненного отношения к своему речевому дефекту может быть:

- неосознание своего дефекта;
- отсутствие внимания родителей к дефекту речи ребенка;
- попустительское отношение родителей к дефекту ребенка.

Последнее может быть обусловлено тем, что у самих родителей такой же дефект, с которым они живут, и он им не мешает; либо родители считают, что речь - это не самое главное в жизни; либо перспектива, которая уготована ими для ребенка никак, по их мнению, не связана с активной речевой деятельностью.

В любом случае на отношение ребенка к своему речевому дефекту огромное влияние имеет отношение к нему со стороны родителей. И то, как они настраивают ребенка по отношению к данному дефекту, какие установки ему дают, является основным формирующим компонентом отношения ребенка к своему речевому дефекту.

Установка может быть попустительской: «Не обращай внимания, твой папа всю жизнь так говорит, и ничего страшного», «Много детей говорят значительно хуже, чем ты, а учатся на четверки и пятерки», «Посмотри, сколько знаменитых людей не выговаривают какие-то звуки: певцы, писатели, телеведущие, и их дефект им не мешает».

Ребенок внушаем, и очень скоро, при отсутствии насмешек со стороны других детей, он придет к выводу, что его собственная речь нормальна, а небольшой дефект - это проявление индивидуальности.

Возможна другая установка: «Ты уже такой большой, а говоришь, словно тебе два года. Ты слышал, чтобы у нас в семье кто-нибудь так говорил? С такой речью тебя не возьмут в школу, с тобой не будут общаться дети. Над тобой все будут смеяться. Неужели так трудно произнести нормально, как все?!».

Комплекс неполноценности, внушаемый родителями, усилится еще больше, если ребенок слышит насмешки со стороны сверстников. Ребенок может замкнуться или приобрести еще один речевой дефект (например, заикание).

В начале обучения ребенок с нарушениями речи очень неуверен в себе, отказывается от поручений, даже самых легких, остро переживает все критические этапы в обучении. Неуверенность в себе порой сочетается с болезненной чувствительностью, ослабляет волю ребенка и стремление к преодолению дефекта.

Неполноценность речи и связанная с этим неуспешность в обучении приводят к ряду психологических изменений и снижению самооценки ребенка. При правильном подходе семьи к воспитанию ребенка с проблемами в речевом развитии, правильном педагогическом воздействии можно избежать подобных проблем. Необходимо сформировать у ребенка осознанное отношение к работе над речью, стремление преодолеть свой дефект

Как известно, существуют и более тяжелые нарушения речевого развития детей, которые формируются на основе органической патологии мозга или сложных функциональных отклонений. Это такие дефекты, как алалия, анатрия, тяжелые варианты дизартрии и т. д.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии является испытанием для всех членов семьи. Родители, связывая с детьми свои надежды, принимают на себя обязанность воспитать человека следующего поколения, который, возможно, реализует их неосуществленные мечтания. Однако близкие аномального ребенка не имеют оснований надеяться на многое. Создается психологическое

противоречие между ожиданиями и физической невозможностью их осуществления. Это противоречие еще более усугубляется в случае единственно возможного ребенка в семье, когда его физический дефект может оцениваться родителями как крах всех упований.

Отмеченная психологическая ситуация, носящая подчас глубоко драматический характер, ставит вопрос о трансформации всех семейных отношений. Недаром американский специалист в области семейной терапии Дж. Фрамо высказал мысль, правильность которой впоследствии была подтверждена многочисленными наблюдениями: «В любой семье, где есть ребенок с теми или иными нарушениями, имеет место искаженный брак» При этом во многих случаях роль родителей вынужденно ограничивается непосредственным уходом за ребенком и практически не выходит за рамки потребностей текущего периода. Так, А. С. Спиваковская показала, что родительская позиция в семьях, где есть дети с нарушениями развития, в частности с тяжелыми речевыми нарушениями, отличается неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, адресуется к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительской позиции в семьях с нормальными детьми, где она характеризуется адекватностью, прогностичностью, адресуется к завтрашнему дню, к будущему ребенка.

Некоторые исследователи считают, что по мере роста и развития ребенка с тяжелой речевой патологией в семье возникают новые стрессовые ситуации, новые проблемы, к решению которых родители совершенно не подготовлены. Вследствие этого конструктивная и динамическая помощь является необходимой таким семьям на всех этапах жизни ребенка.

Реакция родителей на тяжелый речевой дефект ребенка бывает обусловлена как их опытом и переживаниями при возникновении предыдущих кризисов в их жизни, так и особенностями личности. Индивидуумы, которые уже испытали или пережили какие-либо кризисы, лучше подготовлены к жизненным невзгодам, и им легче справиться с новой бедой - появлением аномального ребенка. Однако для всех рождение аномального ребенка в огромной степени изменяет их жизнь, и оптимизм, который сопровождает ожидание нового человека, надежды на успех в его будущей жизни вытесняются чувством жертвенности, досады или озлобления. При таких условиях у некоторых людей нередко обостряются проблемы внутрисемейных отношений, возможен уход от активного межличностного взаимодействия.

Г.Г. Гузевым была сформулирована модель поведения семьи в процессе медико-психологического консультирования, которая с достаточной степенью приближения может быть распространена на все виды консультирования семей с детьми с отклонениями в развитии различной этиологии.

Все многообразие реакций родителей на появление аномального ребенка можно условно разделить на 4 основные фазы.

Первая фаза характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности при рождении ребенка с дефектом развития, ответственность за судьбу больного ребенка, ощущение беспомощности. Сложная гамма чувств и отрицательных эмоций выбивает людей из привычных рамок жизни, приводит к нарушениям сна, изменениям в характере и во взаимоотношениях между супругами. Часто длительное заболевание ребенка и последующая инвалидность, отсутствие эффекта от лечения, состояние безнадежности ухудшают взаимоотношения между родителями, приводят к семейным неурядицам и даже разрушению семьи.

Интересен в этом смысле вывод, к которому пришли сотрудники редакции английского журнала «Lancet» в 1971 году. Они, в частности, утверждали, что при оценке состояния аномального ребенка

трудно решить вопрос, кто больше нуждается в медицинской помощи и лечении - мать ребенка или сам ребенок.

Результатом такого состояния родителей часто является резкое падение самооценки. Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. В таких случаях требуется применение ряда психокоррекционных мероприятий, а затем уже следует проводить консультирование семьи.

Нередко шоковое состояние родителей трансформируется в негативизм, отрицание поставленного диагноза. Период такого негативизма и отрицания рассматривается исследователями как вторая фаза состояния семьи. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувство стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги.

Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые родители многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить «неверный» диагноз. Другие родители признают диагноз, но при этом становятся неоправданными оптимистами в отношении прогноза развития и возможностей излечения. Так начинают формироваться семейные мифы, искажающие реальную ситуацию, мешающие адекватной адаптации.

По мере того как родители начинают принимать диагноз и понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль. Это депрессивное состояние, связанное с осознанием истины, характеризует третью фазу.

Трудно до конца оценить степень воздействия такого сильного потрясения. Травма может изменить взаимоотношения родителей с другими членами семьи и между собой. Наличие в семье аномального ребенка отрицательно сказывается на ее жизни и деятельности, динамике супружеских отношений, приводит к дезорганизации и реорганизации роли родителей. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции. Нередко такие переживания подавляют интерес к работе, к другим делам. Этот синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, неизменности его психического и физического дефекта.

Четвертая фаза - это самостоятельное, сознательное обращение родителей за помощью к специалистам. Это начало социально-психической адаптации, когда родители уже в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты. Часть родителей способна самостоятельно достичь периода зрелой адаптации, большинство же, по мнению специалистов, нуждаются в психологической и медицинской помощи и поддержке.

Рассматривая все жизненные фазы семьи, имеющей ребенка с недостатками в развитии, в частности с тяжелой речевой патологией, F. Ferber пришел к выводу, что основной груз забот по уходу за ребенком-инвалидом лежит преимущественно на матери. Было проведено клиническое исследование психического состояния матерей, имеющих аномальных детей. Так выделились две группы.

Матери первой группы отличались подвижностью, активностью. Известие о болезни или отклонениях в развитии ребенка у них вызывало выраженные депрессивные реакции длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. У некоторых матерей этому предшествовал

психогенный ступор, сменявшийся через несколько минут бурными рыданиями, отчаянием, тоскливым настроением и т.д. Вину за случившееся они брали на себя. Иногда это сопровождалось суицидальными мыслями. У женщин нарушался сон, усиливалась депрессия. По прошествии определенного времени у таких матерей формировалось стойкое субдепрессивное настроение, часто прерывавшееся слезами и тревожными опасениями за настоящее и будущее ребенка. Такое состояние особенно сильно овладевало ими в то время, когда они не были заняты какими-либо делами,- например в вечерние часы, перед сном. У женщин этой группы значительно усиливалась раздражительность, по малейшему поводу возникали вспышки гнева, что затем вызывало раскаяние. Наряду с депрессией у таких матерей отмечались астенические явления: головные боли, тяжесть и сжимающие боли в груди, колебание артериального давления. С годами личностные особенности матерей претерпевали характерную динамику. Женщины становились более замкнутыми, теряли интерес к окружающему, суживался круг прежних привязанностей. Они становились как будто спокойнее, но и безразличнее.

Вторую группу составляли женщины, для которых были характерны меньшая активность, стремление к уединению, небольшой круг знакомых. В болезни или дефекте ребенка они обвиняли медицинский персонал. Сообщение о сущности нарушения у ребенка принимали достаточно спокойно. Причиной этого, вероятно, могли явиться неверные представления о нарушении в развитии ребенка, далекие от реальности. Матери не представляли в полной мере тяжести состояния ребенка. С течением времени матери осознавали положение, в котором оказались, и вместе с этим у них рождалась тенденция жить сегодняшним днем, не строить планы на будущее. У многих из этих матерей возникало депрессивное состояние: настроение заметно ухудшалось и появлялись приступы отчаяния. Периоды пониженного настроения удлинялись до нескольких суток, сопровождались наплывами тревожно-горестных мыслей.

Таким образом, у матерей обеих групп, несмотря на различие психических состояний, которые можно было наблюдать вначале, в итоге обнаруживалась стойко выраженная депрессия, сопровождавшаяся чувством горя, сострадания ребенку, необходимости самопожертвования ради него.

Отцы детей, имеющих нарушения в развитии, были редкими участниками исследований. Обычно сведения об отцах аномальных детей добываются из разговора с матерями. Так, в частности, установлено, что большинство отцов реагируют на рождение аномального ребенка скорее психологическим отказом от него, и прежде всего тогда, когда речь идет о сыне.

Большинство матерей, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть, за то, что он существует. Отец, напротив, прежде всего смотрит в будущее. Его больше интересует, каким вырастет его сын или дочь. При наличии тяжелого речевого дефекта у ребенка достижение успеха невозможно. Это приводит отца к разочарованию и, если он не видит никаких перспектив, а усилия жены направлены целиком на уход за больным ребенком и она полностью поглощена своим горем, то будущее начинает видеться отцу беспросветным и он нередко уходит из семьи. Другие исследования показали, что отцы сильнее, чем матери, чувствуют свою ущербность перед общественностью из-за очевидного дефекта у их ребенка и испытывают опасения, что поведение аномального ребенка сильно поразит окружающих. Так, например, у отцов детей с грубой речевой патологией было обнаружено тяжелое депрессивное состояние, чувство неудовлетворенности, гнев и агрессивность по отношению к членам семьи.

Приводятся данные о неадекватной и противоречивой позиции родителей по отношению к своим аномальным детям. Отмечается, что родители аномальных детей, с одной стороны, инвалидизируют ребенка, сопротивляются обретению им свободы и независимости, с другой - они желают более

быстрого развития ребенка, преодоления социальных последствий дефекта. Родители болезненно воспринимают все неудачи ребенка в обучении и в общении с окружающими.

Участие семьи в коррекции речевого развития ребенка

Развитие речи происходит в тесной взаимосвязи с формированием всех психических процессов. Общение с окружающими и разнообразный практический опыт ребенка с самого начала опосредованы языком.

Ребенок с отставанием в развитии речи нуждается в особом подходе. В первые годы жизни любое отклонение в развитии проявляется прежде всего в речевом отставании. Речь является основой формирования социальных связей ребенка с окружающим миром. Поэтому при отставании в развитии речи у ребенка всегда возникают дополнительные проблемы, связанные с общением.

Необходимо, чтобы мать уделяла достаточное внимание речевому общению с ребенком, стимулируя его к использованию слов и предложений. Первой задачей матери является формирование у ребенка потребности в общении. А для этого малышу надо, прежде всего, ощутить реальное преимущество речевого общения с окружающими. Это может быть, например, в ситуации, когда малыш хочет, чтобы мать взяла его на руки. Он тянет к ней руки, стремится криком привлечь ее внимание, наконец ему удается произнести звукосочетания, похожие на слово «неси» - и мать тут же берет его на руки.

Такие же ситуации возникают при манипуляции с игрушками, когда ребенок связывает произнесение первых слов или звукосочетаний со значимым для него действием или предметом.

Как только ребенок произнес нужное слово, мать награждает его радостной улыбкой и выполняет его просьбу.

Развитие речи начинается с формирования обозначающей функции слова, что тесно связано с предметно-практической деятельностью ребенка. С шести месяцев ребенка следует учить соотношению предмета с обозначающим его словом, т. е. постепенно развивать ситуативное понимание обращенной к нему речи.

Для формирования речи важное значение имеет моторное развитие ребенка, дифференциация слухового восприятия и развитие ориентировки в окружающем, а также формирование потребности в общении.

В дошкольном возрасте для стимуляции речевого развития ребенка важное значение имеет работа с картинками. Взрослый стимулирует у ребенка развитие диалогической речи (ответы на вопросы) с опорой как на сюжетные картинки, так и на серии картинок, учит его составлению рассказов.

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной прежде всего на развитие моторики речи, коммуникативного поведения.

На отношение родителей к речевому дефекту ребенка влияют несколько обстоятельств: глубина самого дефекта, интеллектуальный уровень родителей, просвещенность в сфере логопедии (знания об особенностях речевых дефектов и о дефекте собственного ребенка), компетентность родителей в вопросах воспитания ребенка, понимание его психологии, а также собственные особенности характера, семейные отношения и т. д.

Отношение родителей к дефекту, естественно, отражается на отношении ребенка к своей речи, так как родитель является авторитетом. Для того чтобы установки родителей были адекватными, необходимо вести просветительскую работу с ними.

Такая работа может включать в себя:

- 1) ознакомительные беседы в детских садах и школах;
- 2) сообщения на стендах в детских садах, школах и поликлиниках;
- 3) индивидуальные беседы с родителями по вопросам состояния речевого развития их детей;
- 4) психологическая помощь родителям, тяжело переживающим ситуацию аномального развития ребенка, и т. д.

Лечение ребенка с незначительными отклонениями в речевом развитии в первую очередь сводится к укреплению организма ребенка. В этом отношении большое значение имеют правильный режим и питание, физкультура, различные водные процедуры. Необходимо попытаться выяснить причины невропатии и устранить неблагоприятные психогенные факторы, действующие на ребенка. Так, при нарушениях аппетита родители должны принять меры, чтобы у ребенка не было отвращения к еде и вырабатывался положительный рефлекс на процесс кормления. Важно установить четкий режим кормления. Пища не должна быть слишком холодной или горячей. Категорически запрещается кормить ребенка насильно, особенно при недомогании, перекармливать его, кормить, чередуя угрозы и обещания. Иногда, чтобы разрешить трудности, связанные с кормлением ребенка, ему бывает полезно пребывание в небольшом детском коллективе.

При наличии у ребенка страха ни в коем случае нельзя смеяться над ним или путем грубого насилия стараться его преодолеть. Надо пытаться вводить пугающий объект в сферу его познавательных интересов. Не следует рассказывать на ночь волшебные сказки, разрешать просмотры телепередач. Перед сном все резкие раздражители должны быть устранены.

Категорически запрещается запугивать ребенка различными реальными или мифическими «пугалами». Ребенка нужно последовательно и осторожно знакомить с окружающим миром, постепенно вводить в сферу деятельности ребенка новые для него объекты, давая им соответствующие объяснения.

Активное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом психотерапии. В настоящее время убедительно показано, что родители при соответствующем руководстве могут эффективно помогать своим детям, вместе с тем преодолевая свои стрессовые состояния.

В настоящее время важное значение придается также привлечению родителей к обучению своего ребенка. Показано, что при соответствующей подготовке эффективность их работы в качестве учителей своих детей может быть исключительно высока и крайне полезна как для ребенка, так и для самих родителей.

