

УДК / UDC 376.2

Особенности взаимоотношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

И. К. Шац¹, А. И. Смирнова²

*¹Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

*²Школа-интернат «Красные Зори»
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. В исследовании в рамках «циркулярной» модели семейной системы рассматриваются взаимоотношения в семьях детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА).

Материалы и методы. Обследовано 133 семьи: 73 семьи, воспитывающие детей с нарушением опорно-двигательного аппарата; дети проживали и обучались в условиях специализированной школы-интерната, и 60 семей со здоровыми детьми.

Использовались методы диагностического интервью в рамках индивидуальных бесед, групповых педагогических мероприятий, семейного консультирования и психотерапевтических сессий; применялся опросник родительского отношения и опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3). При анализе процессов, происходящих в семьях детей, мы воспользовались «циркулярной» или «круговой» моделью семейной системы Д. Олсона.

Результаты. Проведен анализ параметров семейной адаптации и сплоченности в этих семьях. Выявлено преобладание хаотичного уровня адаптации в семьях, воспитывающих детей с НОДА, что свидетельствует о пребывании семьи в ситуации хронического стресса и кризиса.

Обсуждение и выводы. Знания о взаимоотношении в семье необходимы для комплексной психолого-педагогической коррекционной программы, которая должна включать просветительскую работу с семьями, помощь по реорганизации детско-родительских отношений, тесное сотрудничество родителей и педагогов по оптимизации семейного воспитания детей с НОДА.

Ключевые слова: нарушения опорно-двигательного аппарата, модель семьи, сплоченность, семейная адаптация, воспитание.

Для цитирования: Шац И.К., Смирнова А.И. Особенности взаимоотношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2020. № 2. С. 86–100.

Features of relationships in families of children with musculoskeletal disorders

Igor' K. Shats¹, Anna I. Smirnova²

¹Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation

²“Krasnye Zori” boarding school, Saint Petersburg

Introduction. A study in the framework of the "circular" model of the family system examines the relationship in families of children with musculoskeletal disorders (NODA).

Materials and methods. 133 families were examined: 73 families raising children with impaired musculoskeletal system; children lived and studied in a specialized boarding school, and 60 families with healthy children.

Diagnostic interview methods were used as part of individual conversations, group pedagogical activities, family counselling and psychotherapeutic sessions; the Parental Attitude Questionnaire and the Family Adaptation and Cohesion Scale Questionnaire (FACES-3) were used. In analyzing the processes occurring in children's families, we took advantage of D. Olson's "circular" or "circular" model of the family system.

Results. An analysis of the parameters of family adaptation and cohesion in these families has been carried out. The prevalence of chaotic adaptation in families raising children with NODA was revealed, which indicates that the family is in a situation of chronic stress and crisis.

Discussion and conclusions. Knowledge of family relations is necessary for a comprehensive psychological and pedagogical correctional program, which should include educational work with families, assistance in the reorganization of child-parental relations, close cooperation between parents and teachers to optimize family education of children with NODA.

Key words: musculoskeletal disorders, family model, cohesion, family adaptation, upbringing.

For citation: Shats, I.K., Smirnova, A.I. (2020) Osobennosti vzaimootnoshenii v sem'yakh detei s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Features of relationships in families of children with musculoskeletal disorders]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No 2. P. 86–100. (In Russian).

Введение

Воспитание как система воздействия на ребенка наравне с наследственными факторами является определяющей для формирования его личности, влияет на поведение и во многом определяет всю последующую жизнь. Феномен воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье является также одним из важнейших, а нередко единственным ресурсом становления личности ребенка, его социализации и самореализации¹.

¹ Санникова А.И., Тверская О.Н. Характеристика современной семьи как среды развития ребенка с особыми образовательными потребностями [Электронный ресурс]: электрон. учеб. пособие. Пермь, 2011. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

В семьях детей с ограниченными возможностями здоровья воспитание часто приобретает негармоничные формы, приводящие к серьезным педагогическим, психологическим и социальным проблемам [10]¹. Последствия таких стилей воспитания различны. Неправильное отношение и поведение родителей и педагогов вызывают у детей ответные характерологические и патохарактерологические реакции, нарушения поведения, адаптации и патологическое формирование личности [2; 3; 8]², которое впоследствии практически не поддается коррекции психологическими, педагогическими и медицинскими методами.

Последнее десятилетие показало, что количество детей с патологией опорно-двигательного аппарата стабильно сохраняется, а с диагнозом ДЦП и последствиями травм неуклонно растет³. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) и членов их семей выявляется достаточно большой круг клинических, психологических и педагогических проблем [1; 4; 5].

Цель данной статьи – анализ функционирования семейной системы, в первую очередь, параметров семейной адаптации и сплоченности в семьях, имеющих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Данная публикация является фрагментом большого исследования особенностей семейного воспитания детей с НОДА.

Обзор литературы

К сожалению, исследований на тему обучения и воспитания детей с НОДА немного [1]⁴. Семьи, воспитывающие детей с физическими нарушениями, оказываются в трудной жизненной ситуации. Необходимость изменения сложившегося уклада жизни, пересмотр семейных ролей, финансовые проблемы часто приводят к личному кризису у родителей вплоть до распада супружеских отношений [10]. Детско-родительские отношения (стили воспитания) напрямую зависят от целостности и сбалансированности внутрисемейных отношений в целом. Представления о функционировании семейной системы необходимы для профилактики и коррекции негармоничных стилей воспитания в семьях детей с НОДА.

¹ Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.

² Там же.

³ Здравоохранение в России. 2017: стат. сб. М.: Росстат, 2017. 170 с.

⁴ Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие. М.: Академия, 2001. 192 с.

Факторов, влияющих на стили воспитания в различных семьях, много, это прежде всего личностные особенности родителей, их представления о воспитании, фобия утраты ребенка, родительские чувства, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания [13; 14].

Кроме того, есть факторы, связанные с ситуацией тяжелой, хронической болезни (проблемы) ребенка. Работ, посвященных причинам неправильного воспитания больных детей, к сожалению, крайне мало. Нами в разные годы предпринимались попытки изучения причин воспитательской растерянности родителей больных детей [9]¹. В семьях детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) наравне с обычными причинами, влияющими на тот или иной стиль воспитания, можно выделить эмоциональные и социально-психологические причины, существенно влияющие на формирование семейного воспитания.

Эмоциональными детерминантами являются выраженные негативные переживания членов семьи, определяющие тот или иной стиль воспитания ребенка с ОВЗ. Родители переживают хронический стресс, что снижает способность к ясному и четкому мышлению [7]. Воспитательская растерянность родителей в связи с серьезными заболеваниями или патологическими состояниями ребенка обусловлена психической травмой самих родителей, какой для них является сам факт болезни ребенка. Травма приводит к различным эмоциональным изменениям у родителей [11].

Одним из таких частых эмоциональных нарушений, которое фиксируется на долгие годы, а иногда на всю жизнь является страх потери ребенка. Результатами такого страха становятся повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т.д. Страх «подпитывается» реальной или мнимой возможностью рецидива болезни или новым заболеванием. Эти переживания заставляют родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их, в других случаях – мелочно опекают его².

¹ Шац И.К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учеб. пособие. СПб.: СпецЛит, 2016. 303 с.

Шац И.К. Дети с ограниченными возможностями здоровья: диагностика клинико-психологических, психолого-педагогических проблем и динамическое сопровождение: учеб. пособие. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. 180 с.

² Шац И.К. Дети с ограниченными возможностями здоровья: диагностика клинико-психологических, психолого-педагогических проблем и динамическое сопровождение: учеб. пособие. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. 180 с.

К социально-психологическим причинам относятся взаимоотношение и взаимодействие между родителями, другими членами семьи, включая здоровых детей. Во многих семьях детей с ОВЗ складываются такие семейные отношения, при которых здоровые братья и сестры несут ответственность за ребенка с заболеванием (нарушениями). Этим детям приходится заниматься уходом и воспитанием своих больных сибсов, они превращаются в «маленьких и.о. родителей» [11]. Социальная самоизоляция, непростые отношения семьи с родственниками, взаимодействия семьи с социумом также серьезно влияют на воспитание, формирование личности больного ребенка. Любое разделение факторов, влияющих на воспитание, довольно условно, так как все детерминанты воспитания динамично взаимосвязаны [12]. Без понимания причин негармоничного воспитания невозможно осуществить педагогическую коррекцию стиля воспитания и оказать эффективную психологическую помощь семье ребенка с ОВЗ.

Материалы и методы

Нами было обследовано 73 семьи, воспитывающие детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Дети жили и учились в условиях специализированной школы-интерната для детей с НОДА. Контрольную группу составляли 60 семей со здоровыми детьми. Таким образом, обследовано 133 семьи.

Исследование проводилось с помощью диагностического интервью, в рамках индивидуальных бесед, групповых педагогических мероприятий, семейного консультирования и психотерапевтических сессий, кроме того использовались опросник родительского отношения и опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) [6]¹. При анализе процессов, происходящих в семьях детей, мы воспользовались «циркулярной» или «круговой» моделью семейной системы Д. Олсона. Циркулярная модель является одной из наиболее известных и применяемых моделей для описания структуры семейных взаимоотношений [8].

В семейной психологии/психотерапии гармоничные, здоровые семьи принято называть функциональными, дисгармоничные – дисфункциональными. Согласно диагностической модели Д. Олсона, включающей

¹ Эйдеймиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

2 критерия – сплоченность и гибкость, можно выделить 16 типов семейных систем. Из них 4 являются сбалансированными или функциональными, 8 – среднесбалансированными или полуфункциональными и 4 крайних типа – несбалансированными или дисфункциональными. Нами были проанализированы два основных параметра структуры семьи, представленных в «циркулярной модели», – семейная сплоченность и семейная адаптация [14].

Семейная сплоченность – это степень эмоциональной связи между членами семьи. При максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной – автономны и дистанцированы друг от друга. Для диагностики семейной сплоченности используются показатели «эмоциональная связь», «семейные границы», «принятие решений», «время», «дружья», «интересы» и «отдых». Семейная адаптация – характеристика того, насколько гибко, быстро семейная система способна приспособливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров. Для ее диагностики используются следующие параметры: «лидерство», «контроль», «дисциплина», «правила» и «роли» в семье.

В рамках «круговой модели» различают четыре уровня семейной сплоченности и адаптации в пределах от экстремально низкого до экстремально высокого. Уровни семейной сплоченности называются: разобщенный, разделенный, связанный и сцепленный. Уровни семейной адаптации обозначаются как: ригидный, структурированный, гибкий и хаотичный [14].

Результаты

Анализ семейной сплоченности. Успешность функционирования обеспечивается разделенным и связанным уровнями семейной сплоченности, дисфункциональные семьи характеризуются разобщенным и сцепленным уровнями, которые относятся к экстремальным, крайним уровням семейной сплоченности. Сравнительный анализ полученных данных позволил выявить следующие особенности семейной сплоченности в семьях с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Разделенный уровень семейной сплоченности выбрали большинство семей как в основной экспериментальной (27 семей – 39,7%), так и контрольной группы (30 семей – 50%), хотя в семьях со здоровыми детьми этот показатель был достоверно выше ($p < 0,05$). В семьях с разделенным

типом сплоченности отмечается некоторая эмоциональная отстраненность (раздельность). Важной социально-психологической характеристикой разделенной семьи является потребность ее членов проводить время отдельно, вне семьи. Интересы и друзья являются обычно разными, но существует и области интересов и взаимодействия, значимые для всех членов семьи. Такие семьи способны собираться вместе, обсуждать свои проблемы, оказывать поддержку друг другу, принимать совместные решения. Но, несмотря на это, их взаимоотношения отличаются некоторой эмоциональной отстраненностью. Разделенный уровень семейной сплоченности обеспечивает нормальное функционирование семьи.

К связанному типу семьи отнесло себя практически равное количество семей как в экспериментальной группе, так и группе со здоровыми детьми (25 семей – 34,2%) и (21 семья – 35%) соответственно. Связанные или объединенные семьи характеризуются высокой степенью эмоциональной близости, лояльностью во взаимоотношениях и определенной зависимостью членов семьи друг от друга. Члены семьи часто проводят время вместе, это время для них важнее, чем время, посвященное индивидуальным друзьям и интересам. В таких семьях существуют крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности. Часто отдельные члены семьи не могут действовать независимо друг от друга.

Разобщенный уровень семейной сплоченности в данном исследовании встречался достоверно чаще ($p < 0,05$) в семьях воспитывающих детей с НОДА (19 семей – 26,1 %), чем в семьях со здоровыми детьми (8 семей – 13,3%). В семьях с разобщенным уровнем семейной сплоченности ее члены эмоционально разделены, мало привязаны друг к другу и ведут себя несогласованно, неспособны оказывать поддержку друг другу и совместно решать жизненные проблемы. Изолируясь друг от друга, подчеркивая свою независимость, они скрывают свою неспособность устанавливать близкие взаимоотношения. При сближении с другими у них возрастает чувство тревоги. В семье с разобщенным уровнем семейной сплоченности, члены семьи часто эмоционально далеки друг от друга и почти не испытывают взаимной привязанности. Такие семьи практически никогда не собираются вместе, не имеют общих интересов, у них появляются трудности в оказании внутрисемейной поддержки.

Таким образом, по уровням семейной сплоченности больше 79% семей, имеющих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата функционировали сбалансировано, хотя в семьях со здоровыми детьми

этот показатель был выше (85%). К дисфункциональным семьям по уровню семейной сплоченности можно отнести почти треть (19 семей – 26,1%) семей больных детей, в семьях здоровых детей этот показатель был в 2 раза (8 семей – 13,3%) ниже. Таким образом, в семьях с детьми с НОДА мы видим сочетание различных уровней семейной сплоченности, чаще разделенного типа.

Анализ семейной адаптации. Для успешного функционирования семейной системы необходимы структурированный и гибкий уровень адаптации. Дисфункциональные семьи характеризуются ригидным и хаотичными уровнями, которые относятся к экстремальным, крайним уровням семейной адаптации.

Сравнительный анализ семейной адаптации в экспериментальной и контрольной группах выявил следующие закономерности и тенденции. Большинство семей с детьми с НОДА (62 семьи – 84,9%) отнесли свои семьи к хаотичному стилю семейной адаптации. Хаотичные семьи характеризуются высокой степенью непредсказуемости. Такое состояние система часто приобретает в момент кризиса, например, при рождении ребенка, разводе, потере источников дохода и т.д. Проблемным оно становится, если система застревает в нем надолго. Такой тип системы имеет неустойчивое и ограниченное руководство и испытывает недостаток лидерства. Решения являются импульсивными и непродуманными. Роли неясны и часто смещаются от одного члена к другому. Для таких семей характерно отсутствие лидера и частая смена ролей. Хаотичный уровень адаптации показывает, что семья находится в кризисе или близка к нему.

Такой семье необходимы разные виды помощи, прежде всего, семья нуждается в психологической, социальной помощи, а также в педагогической. Часто есть потребность в финансовой и организационной помощи. В контрольной группе с хаотическим уровнем адаптации находилось 36,7%, что свидетельствует о том, что во многих современных семьях выявляется кризисное реагирование на жизненные вызовы, деструктивные процессы и эти семьи нуждаются в помощи.

В процессе исследования было установлено, что в семьях детей с НОДА сбалансированные уровни (структурированный и гибкий уровни семейной адаптации), которые характеризуют семью как нормально функционирующую, встречались реже всех остальных уровней (у 11 семей –

15,1 %) а в контрольной группе таких семей было больше половины (32 семьи – 53,3 %). Достоверность различий между основной и контрольной группами по этим показателям была очень высокой ($p < 0,001$). Структурированные семьи характеризуются умеренной гибкостью, в них присутствует некоторая степень демократического руководства, предполагающая переговоры по проблемам между членами семьи, включая и мнение детей. Роли и внутрисемейные правила стабильны, имеется возможность их обсуждения. В этих семьях существуют определенные дисциплинарные правила. Гибкие семьи также характеризуются демократическим стилем руководства. Переговоры в этих семьях ведутся открыто и активно, включая детей. Роли разделяются со всеми членами семьи и меняются, когда это необходимо. Правила могут быть изменены и соотнесены с возрастом членов семьи. Иногда, правда, в таких семьях может не хватать лидера, и члены семьи завязают в спорах друг с другом. Следует заметить, что разница между группами в первую очередь была по гибкому уровню и достигала очень существенных различий ($p < 0,001$).

Таким образом, исследование показало, что в большинстве семей воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата преобладал хаотический уровень адаптации к разным жизненным проблемам и ситуациям. Такой вид адаптации к окружающему миру относится к экстремальному, проблематичному уровню и ведет к нарушениям функционирования семейной системы, что указывает на необходимость помощи этим семьям.

Анализ удовлетворенности семейной жизнью. Члены семьи (в основном матери) оценивали восприятие своей семьи по параметрам сплоченности, адаптации и удовлетворенности дважды – как они видят свою семью в реальности, в момент обследования и в идеале – какой бы хотели ее видеть. Расхождение между реальностью и идеалом определяло степень удовлетворенности, существующей семейной системой. Чем расхождение было больше, тем сильнее было недовольство. Идеал указывал, каких изменений семейного функционирования хотели бы добиться опрашиваемые члены семьи [14].

С целью определения уровня удовлетворенности семейной жизнью мы сравнили реальные и идеальные оценки по обеим шкалам сплоченности и адаптации, степень расхождения этих оценок показал уровень семейной удовлетворенности. Анализ реальных и идеальных оценок показал, что часть семей как в основной, так и в контрольной группах не

удовлетворены семейной жизнью. Часть семей (37,5%) детей с НОДА были недовольны уровнем своей сплоченности, в контрольной группе таких было 84,3%. Недовольных семейной адаптацией в экспериментальной группе было 13,8%, а в контрольной 86,4%. Эти результаты иллюстрируют психологическое состояние семьи. В семьях больных детей не верят в возможность изменений в их жизни и у них нет сил для этих изменений, что матери подтверждали во время бесед и встреч.

Сравнительный анализ показателей удовлетворенности семейной жизнью позволил уточнить особенности семейного функционирования в экспериментальной и контрольной группах. Больше половины (42 семьи – 57,9%) семей детей с НОДА хотели бы иметь связанный уровень сплоченности, впрочем, в контрольной группе таких семей было еще больше (43 семьи – 71,6%). Такой выбор говорит о желании иметь эмоционально близкие отношения в семье и определенную зависимость с высокой степенью сплоченности.

Треть семей (23 семьи) с больными детьми оценила свою семью как разобщенную с низкой эмоциональной привязанностью, с невозможностью оказывать поддержку друг другу и совместно решать жизненные проблемы. Из них 9 семей (12,4%) хотели бы иметь сцепленный уровень сплоченности с чрезмерной эмоциональной близостью, лояльностью. В сцепленных семьях практически отсутствует личное пространство, независимость членов семьи. Эти оба полярные уровни сплоченности делают семейные системы плохо сбалансированными. Такое желание можно объяснить компенсаторными механизмами и впадением в крайности, что характеризует такие семейные системы как весьма неустойчивые. Конечно, большинство семей (64 семьи – 87,5%) хотели бы иметь сбалансированный вид сплоченности с разделенным или связанным уровнем сплоченности. По параметрам сплоченности достоверных различий с контрольной группой не было, результаты были очень схожими.

Подавляющее количество обследуемых семей (62 семьи – 84,9%) имеющих детей с НОДА оценили свой уровень адаптации, как хаотичный и 67 семей (91,7%) в идеале хотели бы тоже иметь семью с хаотичным уровнем адаптации. В контрольной группе была такая же тенденция, хотя существенно менее выраженная. В свободной беседе многие родители в обеих группах объясняли, что признаки хаотичного уровня адаптации воспринимаются ими как некая внутрисемейная свобода, с минимумом ответственности. Это говорит о некой социальной незрелости в

современных семьях. Другая часть семей в обеих группах (достоверно больше в группе с больными детьми – $p < 0,001$) находилась в психологическом кризисе. Косвенно это подтверждалось желанием стремиться к крайним, находящимся в группе риска, вариантам семейной адаптации.

Таким образом, при сравнительном анализе параметров семейной адаптации, сплоченности и удовлетворенности в семьях больных и здоровых детей были выявлены достоверные различия по большинству параметров (табл.).

Таблица

Показатели функционирования семьи

Параметры семейной адаптации, сплоченности и удовлетворенности	Сумма рангов		р-уровень
	Семьи больных детей	Семьи здоровых детей	
Реальная сплоченность	5313,00	5127,00	0,34
Реальная адаптация	4180,00	6260,00	0,001
Идеальная сплоченность	4741,00	5699,00	0,18
Идеальная адаптация	3682,00	6758,00	0,001
Удовлетворенность реальная	4296,50	6143,50	0,001
Удовлетворенность идеальная	4122,50	6317,50	0,001

В семьях детей с НОДА была заметно ниже реальная адаптация. Это совершенно понятно, так как наличие больного ребенка существенно снижает адаптацию семьи, делает ее уязвимой в психологическом и социальном плане.

Даже представления об идеальной адаптации в семьях экспериментальной группы достоверно были ниже, чем в семьях контрольной группы. Эти данные подтверждались на индивидуальных и групповых встречах высказываниями родителей об отсутствии сил, желаний и планов на будущее. В семьях с детьми с НОДА уровень семейной удовлетворенности (реальной и идеальной) был достоверно ниже, чем в семьях со здоровыми детьми. Это объясняется заниженными притязаниями, члены семьи больного ребенка намного ниже оценивали, как свои реальные, так и потенциальные возможности, их мечты и планы на будущее, представления о том, что надо их семье для идеальной жизни были проще и скромнее, чем в семьях здоровых детей.

Обсуждение и выводы

В обследованных семьях выявлены разнообразные уровни семейной сплоченности и адаптации. Чаще всего в семьях воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата встречался разделенный и связанный уровни семейной сплоченности. Но тем не менее более четверти семей можно отнести к разобщенному уровню семейной сплоченности, что является признаком нарушения функционирования семейной системы. По данному признаку количество семей воспитывающих детей с НОДА существенно выше, чем семей со здоровыми детьми.

В семьях, воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, преобладал хаотичный стиль адаптации, что свидетельствует о пребывании семьи в ситуации кризиса. В семьях, воспитывающих здоровых детей, чаще встречался гибкий стиль семейной адаптации, что говорит о нормальном функционировании семейной системы. В семьях, воспитывающих детей с НОДА, был выше удельный вес таких типов, как хаотично-разобщенный, хаотично-разделенный и хаотично-связанный, а также гибко-разобщенный и гибко-разделенный. В семьях со здоровыми детьми был выше удельный вес сбалансированных семейных систем, таких как гибко-разделенный и гибко-связанный.

В семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата выявилась достоверная закономерность в стремлении к крайним, находящимся в группе риска вариантам адаптации и сплоченности.

Все эти данные убедительно показывают, что семьи детей с НОДА переживают стресс и часто психологический кризис. Такое находящееся в группе риска функционирование семей с больными детьми непосредственно и косвенно влияет на стили воспитания в таких семьях. Без знания процессов, происходящих в семье, невозможна профилактика и коррекция негармоничных стилей воспитания. Для улучшения функционирования семьи, снижения последствий семейного стресса и переживаний кризиса, улучшения внутрисемейных отношений и коммуникации необходима комплексная психолого-педагогическая программа, включающая просветительскую работу с семьями, помощь по реорганизации детско-родительских отношений, тесное сотрудничество родителей и педагогов по оптимизации семейного воспитания детей с НОДА.

Список литературы

1. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Особенности психического развития детей и отношение к ребёнку в семье // Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М.: Просвещение, 1993. С. 8–13.
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 256 с.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
4. Мамайчук И.И. Семейные отношения: психологический анализ и пути коррекции // Дошкольное воспитание. 2003. №5. С. 37–42.
5. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: Владос, 2004. 407 с.
6. Психологическая диагностика. М.: Владос, 1998. 472 с.
7. Фонтана Д., Перри Г., Брум А., Джеллико Х. Как справиться со стрессом. Как справиться с кризисом. Как жить с вашей болью. М.: Педагогика-Пресс, 1995. 352 с.
8. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 208 с.
9. Шац И.К. Современные медико-психологические проблемы в детской онкологии и некоторые пути их решения // Социальные и психологические аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями и их семьям. СПб., 2005. С. 36–53.
10. Шац И.К. Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
11. Шац И.К., Коваленко В.В. Эмоциональные детерминанты негармоничного воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2015. Т. 3. Педагогика. № 3. С. 15–26.
12. Шац И.К., Коваленко В.В. Социально-психологические детерминанты негармоничного воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2014. № 3. Т. 3. Педагогика. С. 93–102.
13. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная терапия. СПб., 2001. 44 с.
14. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990. 192 с.

References

1. Ippolitova, M.V., Babenkova, R.D., Mastyukova, E.M. (1993) Osobennosti psikhicheskogo razvitiya detei i otnoshenie k rebenku v sem'e [Features of children's mental development and attitude towards the child in the family]. In: *Vospitanie detei s tserebral'nym paralichom v sem'e* [Raising children with cerebral palsy in the family]. Moscow: Prosveshchenie. P. 8–13. (In Russian).
2. Lichko, A.E. (1983) *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov* [Psychopathies and character accentuations in adolescents]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).

3. Lichko, A.E. (1985) *Podrostkovaya psikhatriya: Rukovodstvo dlya vrachei* [Adolescent psychiatry: a guide for physicians]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).
4. Mamaichuk, I.I. (2003) *Semeinye otnosheniya: psikhologicheskii analiz i puti korrektsii* [Family relations: psychological analysis and ways of correction]. *Doshkol'noe vospitanie – Preschool education*. No 5. P. 37–42. (In Russian).
5. Mast'yukova, E.M., Moskovkina, A.G. *Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razviti* [Family education of children with developmental disabilities]. Moscow: Vlados. (In Russian).
6. (1998) *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics]. Moscow: Vlados. (In Russian).
7. Fontana, D., Perri, G., Brum, A., Dzhelliko, X. (1995) *Kak spravit'sya so stressom. Kak spravit'sya s krizisom. Kak zhit' s vashei bol'yu* [How to cope with stress. How to deal with the crisis. How to live with your pain]. Moscow: Pedagogika-Press. (In Russian).
8. Chernikov, A.V. (2001) *Sistemnaya semeinaya terapiya: Integrativnaya model' diagnostiki* [Systemic family therapy: integrative diagnostic model]. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass". (In Russian).
9. Shats, I.K. (2005) *Sovremennye mediko-psikhologicheskie problemy v detsko* onkologii i nekotorye puti ikh resheniya [Modern medical and psychological problems in pediatric oncology and some ways to solve them]. In: *Sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty pomoshchi detyam s onkologicheskimi zabolevaniyami i ikh sem'yam* [Social and psychological aspects of care for children with cancer and their families]. St. Petersburg. P. 36–53. (In Russian).
10. Shats, I.K. (2010) *Psikhologicheskaya podderzhka tyazhelobol'nogo rebenka* [Psychological support for a seriously ill child]. St. Petersburg: Rech'. (In Russian).
11. Shats, I.K., Kovalenko, V.V. (2015) *Ehmotsional'nye determinanty negarmonichnogo vospitaniya v sem'yakh detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya* [Emotional determinants of non-harmonic upbringing in families of children with disabilities]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. Vol. 3. No 3. P. 15–26. (In Russian).
12. Shats, I.K. Kovalenko, V.V. (2014) *Sotsial'no-psikhologicheskie determinanty negarmonichnogo vospitaniya v sem'yakh detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya* [Socio-psychological determinants of non-harmonic education in families of children with disabilities] *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. Vol. 3. No 3. P. 93–102. (In Russian).
13. Ehidemiller, Eh.G., Dobryakov, I.V. *Kliniko-psikhologicheskie metody semeinoi diagnostiki i semeinaya terapiya* [Clinical and psychological methods of family diagnosis and family therapy]. St. Petersburg. (In Russian).
14. Ehidemiller Eh.G., Yustitskii V.V. *Semeinaya psikhoterapiya* [Family psychotherapy]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).

© И.К. Шац, 2020

© Igor' K. Shats, 2020

Вклад соавторов

Шац И.К.: концепция и дизайн исследования, сбор и анализ материала;
Смирнова А.И.: сбор и анализ материала, статистическая обработка данных.

Author contributions

Shats I.K.: concept and design of research, collection and analysis of material;
Smirnova A.I.: collection and analysis of material, statistical processing of data.

Информация об авторах

Шац Игорь Константинович, доктор медицинских наук, профессор, Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, e-mail: ikshatz@yandex.ru.

Смирнова Анна Игоревна, директор, Школа-интернат «Красные Зори». Санкт-Петербург, Российская Федерация, e-mail: mamvs@rambler.ru

Information about the authors

Igor' K. Shats, Dr. Sci. (Med.), Full Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, e-mail: ikshatz@yandex.ru.

Anna I. Smirnova, Director, "Krasnye Zori" boarding school, Saint Petersburg, e-mail: mamvs@rambler.ru

Поступила в редакцию: 09.06.2020

Received: 09 June 2020

Принята к публикации: 19.06.2020

Accepted: 19 June 2020

Опубликована: 29.06.2020

Published: 29 June 2020