

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

*М.В. Маркова, Т.Г. Ветрила***О РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: функционирование семьи, психический статус родителей, ребенок с нарушением психического развития

Конец XX – начало XXI столетия отмечен повышенным интересом специалистов различного профиля (психологов, социологов, медиков, демографов, экономистов, педагогов и др.) к проблемам современной семьи. Традиционно семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребенка.

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, для которых характерен высокий уровень проявления «проблемности». Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в обществе в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок.

Традиционно, проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, в нашей стране рассматривались исключительно через призму проблем самого ребенка. Работа с родителями проблемного ребенка, в большинстве случаев, ограничивалась консультациями по вопросам его обучения и воспитания, но при этом упускался из внимания очень серьезный аспект – эмоциональное состояние самих родителей.

Изучением межличностных отношений в семье с нормально развивающимся ребенком занималась большая группа ученых: Л. И. Божович (1968) [1], А. А. Бодалев (2002) [2], Э. Г. Эйдмиллер (1999, 2007) [3, 4], В. В. Кришталь (2008) [5]. Исследованию же проблем семьи, межличностных отношений в семьях, имеющих аномально развивающихся детей, посвящено сравнительно немного работ. Анализ отдельных проблем семьи аномального ребенка изложен в трудах Е. М. Мастюковой, А. Г. Московкиной (2003) [6], В. В. Ткачевой (2003-2006) [7-9], И. В. Добрякова, О. В. Заширинской (2007) [10], М. Н. Марютина (2007) [11], О. Ю. Андриенко

(2008) [12] и др.

Авторы обращают внимание на различные стороны сложных процессов взаимодействия аномального ребенка с окружающими, восприятия этого ребенка близкими для него людьми и развития самого ребенка как личности. Однако целенаправленного изучения такого рода отношений в семьях, имеющих ребенка с нарушением развития, до настоящего времени не проводилось.

Необходимо отметить, что проблема оказания помощи лицам, имеющим отклонения в развитии, в том числе, с использованием потенциала семьи больного, в разные исторические эпохи воспринималась по-разному. Так, изучение истории отношения к аномальным детям в древних Греции и Риме свидетельствует о негуманном обращении с ними, что трактовалось как защита жизнеспособности нации и даже обосновывалось великими философами того времени [13].

Гуманистические тенденции в отношении к аномальным лицам возникают только в эпоху Возрождения. Первым гуманистом, высказавшим мысль о необходимости проявления заботы о воспитании и обучении слабоумных и обосновавшим свою позицию, был знаменитый славянский педагог Ян Амос Коменский (1592-1670). Он считал, что учить можно всех аномальных детей. В связи с этим Я.А.Коменский писал: «Возникает вопрос: можно ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания? - Отвечаю: из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме нечеловека» [14].

Понимание необходимости оказания общественной помощи таким лицам приобретает особую значимость к концу XVIII века. Многие историографы утверждают, что впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц

была доказана на рубеже XVIII и XIX веков известным французским психиатром Жаном Итаром (1775-1838). Чуть позже эта проблема начинает рассматриваться уже как научная: возможности лечения и воспитания лиц с отклонениями в развитии первыми стали исследовать и изучать врачи (Ф. Пинель, Ж. Эскироль, 1838; Э. Сеген, 1903 и др.). Они же являлись и первыми наставниками и педагогами душевнобольных лиц. Разработкой вопросов воспитания и обучения лиц с аномалией развития занимались А. Бине и Т. Симон (1910, 1911), Д. Бурневиль (1884), D. Bourneville (1899), Daniel et Philippe (1899), J. Decroly (1905), Ж. Демур (1909), J. Demoor (1898), J. Demoor et G. Daniel (1898, 1900); М. Монтессори (1913), De Santctis (1906), Ж. Филипп и П. Бонкур (1911) и др. [цит. по 15].

В России стали обращать внимание на возможность использования семейного окружения как для профилактики, так и для лечения различных психических расстройств в первой половине XIX века. В конце 30-х годов по инициативе одного из основателей общественной психиатрии в России И. Ф. Рюля впервые в мировой практике была проведена общегосударственная перепись душевнобольных [16]. Одновременно с обобщением результатов переписи И. Ф. Рюль составил «Краткое наставление», в котором рассказывалось о том, «каким образом должно обходиться с умалишенным доколе он не будет помещен в заведение». Наряду с общими советами в «Наставлении» определялись меры, которые должны предпринимать члены семьи в отношении душевнобольного лица. Среди них упоминалось о «приветливом обхождении в разговоре между собой», о «стабильности положительных привычек и образа жизни, что служит укреплению характера умалишенного». Богатым родителям, дети которых отправлялись ими в «исправительные заведения» из-за своего непослушания, вменялось в обязанность, после возвращения непослушного сына или дочери, вести с ним или с нею разъяснительные беседы в домашних условиях и занимать полезным делом [цит. по 16].

Одновременно расширялась практика лечения душевнобольных в семьях, имеющих возможность их содержать. Указывалось на необходимость гуманистического отношения близких к умалишенному лицу и рассматривалась возможность лечебного воздействия на больного при участии членов семьи. С 1859 года в рамках развития семейного патронажа обсуждалась проблема оказания специального воздействия

лечащим врачом на семью больного. Имелось в виду не только постоянное наблюдение и контроль за состоянием больного, но и «просветительные беседы с членами семьи, дабы они, по доброму относясь к подопечному, своими разговорами положительно влияли на его самочувствие» [16]. Таким образом, первоначально проблема семьи с аномальным ребенком или с аномальным лицом рассматривалась в аспекте привлечения семьи для использования ее благотворного воздействия на состояние больного.

Опыт работы с семьями в патронаже обсуждался на I съезде отечественных психиатров. На этом съезде известным русским психиатром С. С. Корсаковым были установлены категории больных, которых он считал возможным лечить дома (в основном к ним были отнесены больные неврастенией). Расширение масштабов содержания душевнобольных в семьях, включающего применение лечебных мероприятий наряду с «моральным воздействием», предполагало необходимость правильного понимания их состояния ближайшим окружением (членами семьи).

А. М. Шерешевский, И. И. Щиголев (1995) [16] также отмечают, что психологическое лечение в семьях давало неплохие результаты при территориальной близости размещения семей. Семья больного становилась не только известным фоном для проведения лечебных мероприятий и психотерапии, но и ее определенным компонентом. Семья содействовала врачу в правильном выборе метода и создавала соответствующую обстановку для его использования. К началу XX века в крупных городах России были созданы и апробированы разнообразные формы лечения душевнобольных в семьях.

Известные в этой области специалисты придавали особое значение проведению разъяснительных мероприятий для родителей о природе возникновения дефекта, освещению недостатков семейного воспитания и оказанию родителям специальной помощи.

Так, В. П. Кашенко обосновывал идею положительного психологического воздействия семьи на больного необходимостью создания препятствия для его аутизации. При лечении психических нарушений известный психиатр подчеркивал важность «благоприятного стечения индивидуальных особенностей семьи» [17]. Оказывая помощь родителям в воспитании ребенка в семье, он, в первую очередь, обращался к «разъяснению родителям дефективности характера и трудности воспитания» такого ребен-

ка, а также давал рекомендации относительно режима дня, тактики отношения к ребенку и специальной литературы для чтения родителям.

О включении родительской темы в спектр обсуждаемых вопросов свидетельствуют труды и публикации известных психиатров, психологов и педагогов начала века. Представляют интерес, при освещении данной темы, публикации Ж. Демура, который согласно мнению Г. И. Россолимо, был «одним из лучших специалистов в Европе» того времени по проблеме аномального детства. Его монография «Ненормальные дети, воспитание их дома и в школе», вышедшая в России в 1909 г., охватывала широкий спектр вопросов, касающихся аномальных детей, включая и проблему контактов с родителями и их просвещение [цит. по 15].

В другой монографии немецкого ученого и педагога Б. Мэннеля «Школы для умственно-отсталых детей», переведенной на русский язык в 1911 г. врачом М. Владимирским, дается систематическое изложение состояния школ для умственно отсталых детей в Германии и отдельная глава («Родители и жизненные условия ученика») посвящается проблемам родителей подопечных [цит. по 15].

Истоки формирования семейной психотерапии на территории Российской империи связаны с образованием врачебно-воспитательных учреждений и организацией семейных патронажей для психически больных. В 1882 г. такое врачебно-воспитательное учреждение было создано в Петербурге. Возглавил его известный врач и педагог И. В. Маляревский. Опытом работы в подобных учреждениях заинтересовались в то время и за рубежом. В. М. Бехтерев, давая ответ на запрос, сообщал, что «12 учреждений такого рода достигают успехов в этом деле не только лечением, но и воспитанием призываемых» [16]. В применяемых И. В. Маляревским и его последователями мерах врачебного воздействия и воспитания огромное значение имела «диагностика взаимоотношений в семьях и выявление неправильности воспитания в формировании проявлений душевной болезни». Уделяя особое внимание «семейному воспитанию с родственниками» И. В. Маляревский отмечал, что «педагогическая неумелость родителей приводит в домашних условиях к образованию в детях развитого эгоизма, отсутствию сознания долга перед окружающими, к излишнему самолюбию, нередко принимаемому за душевное страдание». Исправление дефектов воспитания осуществлялось врачом в процессе бесед, про-

водимых с ребенком отдельно или по мере необходимости вместе с родителями. Для родителей отдельно проводились «совещания», на которых раскрывались недостатки семейного воспитания. Помощь в таких центрах при участии семьи оказывалась детям, которые имели «слабые степени идиотии, аномалии органов чувств и нервной системы, болезненные извращения детского ума и нрава, психические дефекты, выражающие душевную слабость» (то есть, в соответствии с современной классификацией, практически всем детям с отклонениями в развитии).

С 1912 г. в Петербурге при Психоневрологическом институте была открыта вспомогательная школа, при которой функционировали курсы для родителей. В программу этих курсов входило ознакомление с «учением о характерах и общая психопатология детского возраста». Проводились совместные занятия родителей и детей, на которых рассматривались не только сложные конфликтные ситуации в семье, но и давались советы и рекомендации по их устранению «путем взаимных уступок и отвлечения нервных детей от предмета их раздражительности». С 1907 по 1912 гг. подобный «кружок совместного воспитания и образования» работал и в Москве. С его программой был ознакомлен В. М. Бехтерев [16].

Таким образом, идея использования семьи в качестве организационно-лечебного и воспитательного компонента реализовывалась на территории Российской империи лучшими представителями медицинской науки в течение длительного времени и в различных формах.

Развитие этой идеи нашло свое продолжение и в советскую эпоху в работах ведущих отечественных психологов и психиатров (Л. С. Выготского (1982, 1983) [18, 19], М. С. Певзнер (1959, 1973, 1979) [20-22], К. С. Лебединской (1979, 1983) [22, 23], Ж. И. Шиф (1965) [24], Б. И. Пинского (1962) [25], С. Я. Рубинштейн (1986) [26] и др.).

Проблема изучения проявлений эмоциональных расстройств у родителей детей, имеющих отклонения в развитии, впервые возникла и стала дискутироваться в профессиональных кругах в XX веке.

Одним из первых упоминает о травмирующем воздействии душевнобольного на семью Э.Крепелин (1902, 1910) «...большинство из них живут десятки лет в состоянии слабоумия и полной беспомощности и составляют для семьи и для общества тяжелое, с каждым годом возрастающее бремя».

Первые работы, освещающие этот аспект проблемы, появились за рубежом [цит. по 10]. Спектр проблем, предлагаемых к обсуждению в этих работах, достаточно широк.

Одни авторы обращают внимание на различные формы влияния (эмоционального, социального и экономического) ребенка с нарушением развития на семью.

Другие выделяют понятия физического, финансового и эмоционального стресса в этих семьях [цит. по 10].

Третьи предлагают ввести понятие реабилитации в отношении этих семей, целью которой является обеспечение их эмоциональной стабильности и освобождение от психического стресса [27].

Большинство зарубежных авторов описывают большой диапазон невротических и психических расстройств у родителей детей с нарушениями развития [цит. по 15].

Среди рассматриваемых проблем, у исследователей вызывает интерес вопрос о степени выраженности и длительности эмоционального стресса. Некоторые авторы обращают внимание на смягчение эмоциональных расстройств в среднем лишь спустя 10 лет после рождения такого ребенка [цит. по 10]. Отмечается также тенденция к социальной изолированности и отчужденности таких семей.

Заслуживает внимания и вызывает интерес проблема, раскрывающая формы и этапы адаптации к стрессу семьи, воспитывающей аномального ребенка. Эта проблема широко дискутируется также в зарубежной литературе. Одни авторы считают, что семья, имеющая ребенка с нарушением развития, переживает две основные фазы кризиса: вначале (1 фаза) - неприятие факта нарушения развития, которое проявляется в виде шока или отрицания существования проблемы, а затем (2 фаза) приспособление к пониманию происшедшего и его принятие.

Другие считают, что наиболее популярной стала схема трех стадий, которую проходят родители больных детей в процессе своей жизни. В первой стадии, которая носит название эмоциональной дезорганизации, у родителей больных детей наблюдаются аффективно-шоковые реакции. Вторая стадия имеет характер реинтеграции, в период которой возможна частичная реалистическая оценка стрессовой ситуации родителями. Третья стадия - это зрелая адаптация, когда и отец и мать больного ребенка в состоянии правильно оценить создавшуюся ситуацию [цит. по 15].

В начале 80-х гг. XX века вышеописанная упрощенная двух или трех- фазовая модель кризисных состояний родителей трансформируется за рубежом в структурированную и многоступенчатую модель: 1) неуверенность, 2) отчаяние, 3) отрицание факта нарушения развития, 4) «пораженчество», 5) согласие, 6) принятие факта нарушения развития [цит. по 15].

На сегодняшний день установлено, что рождение и воспитание аномального ребенка вызывает у родителей комплекс негативных реакций и переживаний, которые обобщаются понятием «родительский стресс».

По мнению исследователей, он носит стадийный характер [28]. Содержанием первой стадии - эмоциональной дезорганизации - являются следующие состояния и реакции родителей: шок, растерянность, беспомощность, страх. Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности и задаются вопросом: «Почему это случилось именно со мной?»

Вторая стадия или фаза рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. На этой стадии развивается так называемое, «шоппинг – поведение», родители переводят ребенка от одного консультанта к другому, стремясь убедить себя, что специалисты не компетентны и ответственны за состояние ребенка.

Третья фаза родительского стресса - горевание. Чувство гнева или горечи может породить стремление родителей к изоляции, но, в то же время, найти выход в форме «эффективного горевания».

Четвертая стадия адаптации характеризуется эмоциональной реорганизацией, приспособлением, принятием больного.

Детальное рассмотрение кризисных состояний и переживаний родителей как процесса адаптации к новой жизненной ситуации проведен исследователем E. Schuchardt (1979) [цит. по 15]. Автор выделяет восемь таких кризисных состояний:

1. Неизвестность, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рушится привычная «нормальная» жизнь.

2. Известность, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональ-

ном уровне и ее отрицанием на уровне эмоций и чувств.

3. Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

4. Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Выделяются две основные стратегии такого поведения: поиск медицинского «светилы», врача-волшебника и поиск чудесного исцеления путем прямого обращения к Богу.

5. Депрессия. Переживание чувств безысходности, апатии и отчаяния в связи с безуспешностью усилий, предпринятых на предыдущем этапе.

6. Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

7. Активизация. Высвобождение сил, вследствие принятия факта нарушения развития, которые раньше уходили на борьбу и отрицание, и активное построение и осуществление жизненных планов.

8. Солидарность. Объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности.

В отечественной науке этот аспект проблемы наиболее полно впервые был освещен в работах Р. Ф. Майрамяна (1974, 1976) [28, 29], предметом научного изучения которого стала семья умственно отсталого ребенка, что нашло отражение в его кандидатской диссертации «Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологические и психологические аспекты проблемы)» [29]. Впервые ситуация, сложившаяся в результате рождения в семье умственно отсталого ребенка, рассматривалась как «психотравмирующая, затрагивающая значимые для личности матери ценности». Автор высказал мнение, что блокирование в достижении психологически значимой для матери цели является одной из причин возникновения самых различных психопатологических расстройств. Травмирующая ситуация рассматривалась в качестве источника нарушения психического здоровья и резкого изменения сложившегося жизненного стереотипа. Психическая травма была тем более выражена, чем более для матери было значимым рождение здорового ребенка; обычно это отмечалось в тех семьях, где ребенок родился первенцем.

Обследование 102 женщин, имеющих умственно отсталых детей в тяжелой и глубокой

степени (имбецильность и идиотия), проводившееся с применением клинико-катамнестических методов и модифицированного теста ММРІ, показало, что клиническая картина психопатологических нарушений и их выраженность у матерей умственно отсталых детей характеризуется преобладанием аффективных расстройств. Причем характер психопатологического синдрома зависел от периода заболевания, преморбидных особенностей личности и факторов социального окружения.

Динамика психогенного заболевания характеризовалась автором как «смена психопатологических нарушений затяжными невротическими синдромами, а затем формированием различных типов патологического развития личности». Было подчеркнуто, что «психопатологические (синдром тревожной депрессии, выраженный аффект тоски и др.) и психосоматические расстройства (колебания АД, головные боли, тошнота, бессонница, нарушения терморегуляции, нарушения менструального цикла, психогенный зуд, крапивница, ранний климакс и др.) более выражены и чаще наблюдаются у личностей, преморбидно отличавшихся акцентуированными чертами характера».

Серьезный анализ результатов воздействия психотравмирующей ситуации на личностные особенности родителей и выявление взаимосвязи между отклоняющимся поведением родителей и особенностями аномалии развития их ребенка дан в работе Б. А. Воскресенского (1979) [30], целью которой была попытка установить особенности психотравмирующего воздействия на основе изучения личностных особенностей родителей детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения. Автором были обследованы 124 родителя. В процессе исследования выявилось, что патогенным может быть не просто «длительное эмоциональное и физическое напряжение в сочетании с соматической ослабленностью, а невозможность для больного прийти к некоторому выводу, остановиться на определенном решении, чего требовало от него неблагоприятное, психотравмирующее стечение обстоятельств». Также автором установлено, что «психотравмирующие переживания включают в себя фактор перенапряжения, истощения, но ведущим, «ключевым» является нарушение привычного стереотипа - трудность в принятии решения, проблема выбора. Она может возникать при различных психических травмах, но именно она сама по себе, независимо от житейского содержания события, является «клю-

чевым» для определенной личности (определенного уровня и типа реагирования) переживанием», влияющим и на форму дезадаптации (неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз).

Той же проблеме были посвящено диссертационное исследование В. А. Вишневого (1987) [31], в задачи которого входило изучение особенностей психогенного реагирования родителей на появление в семье ребенка с инвалидизирующим заболеванием. Было обследовано 143 родителя. Проведенное исследование показало, что воздействие длительной, неразрешимой, объективно крайне тяжелой психической травматизации (рождение в семье больного детским параличом ребенка) в двух третьих случаев вызывает у матерей появление депрессивной симптоматики, которая затем проявлялась в следующих формах: депрессивный невроз – затяжная невротическая депрессия – депрессивное невротическое развитие личности.

В исследовании рассматривались формы реагирования матерей в различные периоды их жизни с больным ребенком (три периода). Начальный период характеризовался острым проявлением эмоционально насыщенного депрессивного эффекта, обусловленного фиксацией внимания на психотравмирующих событиях, аффективно измененным мышлением и характерными механизмами психологической защиты, «надеждой на светлое будущее», общеневротическими расстройствами. На втором этапе преобладала стойкая и менее яркая депрессивная симптоматика с волнообразными колебаниями настроения. Отмечались постоянные вегетативные нарушения, астенические расстройства, сужение круга интересов, сохраняющиеся ошибки суждений, видоизменение психологической защиты и некоторое уменьшение аффективных расстройств. На третьем этапе депрессивная симптоматика становилась монотонной, исчезали колебания настроения. Наряду с этим имели место характерологические нарушения, обусловленные изменением эмоциональности. Вегетативно-соматические расстройства трансформировались чаще всего в психосоматические заболевания. Отмечался рост депрессивности и тревожности, усиливалась фиксация на фрустрирующей ситуации. У некоторых лиц были выявлены различные варианты невротического и патохарактерологического развития личности (истерическое, астеническое, возбужденное, паранойальное).

Таким образом, до начала 90-х гг. XX века

учеными – психиатрами делались активные попытки изучения семьи, в которой воспитывался ребенок с ограниченными возможностями. Однако, затем эти исследования вышли из поля психиатрии и стали активно разрабатываться педагогами, социальными работниками и др.

В настоящее время, несмотря на важность вышеизложенного, в научной литературе и клинической практике психиатрии и медицинской психологии отсутствуют системные разработки, направленные на повышение успешности семейного функционирования и медико-психологическую реабилитацию членов семей, в которых воспитывается ребенок с нарушением психического развития.

С учетом актуальности вышесказанного, нами на базе Евпаторийской городской психиатрично-наркологической больницы проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с нарушением психического развития (у 82% диагностированы нарушения кластера F 8 – расстройство психологического развития, у 18% – кластера F 7 – умственная отсталость).

Проведенное предварительное исследование подтвердило данные наличия у родителей таких детей психических состояний тревожно-депрессивного спектра, а также об имеющихся особенностях семейного функционирования, связанных с фактом наличия в семье больного ребенка.

Из 200 обследованных семей у членов 164 из них установлено преобладание высокого уровня реактивной тревожности (по методике Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина), симптомов тревоги (по клинической шкале Кови) и наличия легкой ситуативной депрессии или субдепрессивного состояния (по методике Зунге) [32]. Кроме того, эти супружеские пары выявились в той или иной степени неудовлетворенными своими брачными отношениями (согласно методике В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко) [33]. Показатели удовлетворенности браком среди женщин колебались от «полной неудовлетворенности» до «скорее удовлетворенности, чем неудовлетворенности», а среди мужчин – от «полной неудовлетворенности» до «скорее неудовлетворенности, чем удовлетворенности».

В то же время, члены 36 семей из общего числа обследованных, продемонстрировали успешность семейных отношений и отсутствие аффективных нарушений.

Таким образом, литературные данные и предварительные результаты собственных исследований позволяют нам сделать вывод о необходимости разработки и внедрения в практику ком-

плексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, включающей мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышение успешности семей-

ного функционирования. Такой комплексный подход даст возможность как поднять эффективность реабилитации детей, так и повысить качество жизни родителей детей с нарушением психического развития.

*М.В. Маркова, Т.Г. Ветрiла*

## ПРО РОЗРОБКУ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Харківська медична академія післядипломного навчання

На підставі аналізу наукової літератури та даних власних досліджень зроблено висновок про необхідність всебічного вивчення феномену функціонування сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, на основі чого стане можливою розробка та впровадження комплексної системи медико-психологічної реабілітації таких сімей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 38-45).

*M.V. Markova, T.G. Vetrila*

## ABOUT DEVELOPMENT OF COMPLEX SYSTEM MEDICO-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF FAMILIES, WHICH EDUCATE CHILD WITH VIOLATION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT

Kcharkiv medical academy of postgraduated education

On the basis of analysis of scientific literature and these own researches a conclusion about the necessity of comprehensive study of the phenomenon of functioning of family which educates a child with violation of psychical development is done, on the basis of what development and introduction of the complex system of medico-psychological rehabilitation of such families will become possible. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 38-45).

### *Литература*

1. Божович Л. И. Личность и ее развитие в детском возрасте / Л. И. Божович. — М. : Просвещение, 1968. — 464 с.
2. Бодалев А. А. Психология общения. Избранные психологические труды - 3-е издание, переработанное и дополненное / А. А. Бодалев. — Из-во : МПСИ, 2002 - 320 с.
3. Эйдмиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдмиллер, В. Юстицкий. — СПб: ЗАО «Из-во Питер», 1999. — 656 с.
4. Добряков И. В. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие. / И. В. Добряков, И. М. Никольская, Э. Г. Эйдмиллер — СПб. : Речь, 2007. — 352 с.
5. Кришталь В. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Харків : Фоліо, 2008. — 990 с.
6. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина. М.: Владос, 2003. 408 с.
7. Ткачева В. В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В. В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. М.: Академия, 2003. С. 280-290.
8. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. М.: УМК «Психология», 2004. 192 с.
9. Ткачева В. В. Рекомендации родителям, воспитывающим дошкольников с церебральным параличом / В. В. Ткачева // Коррекционная педагогика. 2006. № 1 (11). С. 6076.
10. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие : Хрестоматія / авторы-составители И. В. Добряков, О. В. Заширинская. СПб. : Речь, 2007.-400 с.
11. Марютин М. Н. Комплементарность социальных ролей агентов реабилитации детей-инвалидов : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. н. : спец. 14.00.52 — социология медицины / М. Н. Марютин. — Волгоград, 2007. — 25 с.
12. Андриенко О. Ю. Изменение социальных функций и ролевых отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. социол. н. : спец. 22.00.04 - социальная структура, социальные институты и процессы / О. Ю. Андриенко. — Хабаровск, 2008. — 23 с.
13. Сенека Луций Анней. Нравственные письма к Луцилию / Луций Анней Сенека [Перевод и примечания С. А. Ошерова]. — М. : "Наука", 1977. — 384 с.
14. Коменский Ян Амос. Материнская школа / Ян Амос Коменский. — М. : "Учпедгиз", 1947. -217 с.
15. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. — Режим доступа : [http://prosv.ru/ebooks/Levchenko\\_Psiholog\\_pomosh/1.html](http://prosv.ru/ebooks/Levchenko_Psiholog_pomosh/1.html)
16. Шерешевский А. М. Частные психиатрические больницы в России / А. М. Шерешевский, И. И. Щиголов. " СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 1995. " 79 с.
17. Кашенко В. П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. 2-е изд. / В. П. Кашенко. М. : Просвещение, 1994. 223 с.
18. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч. — М.:Педагогика, 1982. — Т. 1. — 366 с.
19. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Собр.соч. — М.: Педагогика, 1983. - Т. 5. — 208 с.
20. Певзнер М. С. Дети-олигофрены / М. С. Певзнер. - М. : Просвещение, 1959.
21. Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии / М. С. Певзнер, Т. А. Власова. — М. : Просвещение, 1973.
22. Певзнер М. С. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности / М. С. Певзнер, К. С. Лебединская, Г. П. Бертынь. — М. : Просвещение, 1979.
23. Лебединская К.С. Степени умственного недоразвития при олигофрении // Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. М.: Просвещение, 1983. С.18-22.
24. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / под ред. Ж. И. Шиф — М. : Просвещение, 1965.
25. Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников / Б. И. Пинский — М. : Педагогика, 1962.
26. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн — М. : Просвещение, 1986.
27. Грачева В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Грачева // Дефектология. - 1999.

- № 3. - С. 30-36.

28. Майрамян Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В. М. Банщикова, Н. М. Шибанова. М., 1974. Т. 2. С. 295-297.

29. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологический и психологический аспекты проблемы) : автореферат дис. на соискание уч. степени ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 – психиатрия / Р. Ф. Майрамян. – Первый Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова МЗ СССР. – Москва, 1976. - 26 с.

30. Воскресенский Б. А. «Ключевые» переживания при основных формах неврозов / Б. А. Воскресенский // Журн. невропатол. и психиатр. - 1979. – в. 79: 6. – С. 1191-1195.

31. Вишневский В. А. Динамика депрессивного невроза : автореф. дис. на соискание уч. степени ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 – психиатрия / В. А. Вишневский. М., 1987. 28 с.

32. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара : Издательский дом «БАХРАХ», 1999. – 672 с.

33. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.

Поступила в редакцию 18.03.2009